

# Huisartsenberaad

## Een andere vorm van samenwerken

F. J. HUTTER EN K. REENDERS, HUISARTSEN TE HOOGVEEN

**Auteurs achten heroriëntering, praktisch en mentaal, van de huisarts-solist ten opzichte van de eisen, waaraan het functioneren van de huisarts moet voldoen, een moeilijke opgave. Zij beschrijven een in Hoogeveen toegepaste organisatievorm, die deze heroriëntering vergemakkelijkt en bevordert en die huns inziens de opvatting ontzenuwt, als zouden gewenste veranderingen in het functioneren van de huisarts alleen in een gezondheidscentrum kunnen worden gerealiseerd.**

De huisarts wordt de laatste jaren overspoeld met rapporten en artikelen, die op zijn functioneren betrekking hebben. Zelfs al zou hij geneigd zijn de aangeboden lectuur ongelezen in de prullenmand te laten verdwijnen, dan delen zijn krant, radio en televisie hem toch omstandig mee wat er allemaal aan zijn functioneren schort en dient te veranderen. Dikke rapporten zijn door zijn brievenbus gegleden: "Hoe helpt de dokter?" van het N.H.G.; „Structuurnota" van Hendriks; „Blauwdruk van de L.H.V." enzovoort, allemaal met de bedoeling de huisarts te motiveren die centrale rol in het eerste echelon te vervullen, welke deskundigen nodig achten.

Het gevaar bestaat en is zeker niet slechts denkbeeldig, dat de drukbezette huisarts, die dagelijks zijn uiterste best probeert te doen, zich ongewild gaat afsluiten voor alle informatie die hem wil doen veranderen. „Doe ik het dan niet goed?", vraagt hij zich vertwijfeld af. Daarbij komt dat allerlei door hemzelf onderschreven veranderingen in zijn lokale situatie (praktijk, woonplaats) nauwelijks zijn te realiseren.

Er ontstaat ons inziens een steeds breder wordende kloof tussen enerzijds enthousiaste rapportenschrijvers, die een ideaalopstelling *in vitro* op papier zetten en anderzijds de hardwerkende huisartsen, die dit ideaalbeeld mee moeten helpen verwezenlijken *in vivo*.

### Veranderde eisen

De noodzakelijke veranderingen in het functioneren van de huisarts schijnen of lijken daarom alleen in groepspraktijken en gezondheidscentra realiseerbaar. Daar immers is de geneigtheid tot samenwerken met anderen aanwezig en is men bereid eigen handelen kritisch te eva-

luieren. Hoe zal echter de solist met de mentale instelling van de kleine zelfstandige samen met collega-solisten de visie, tijd en geestkracht vinden om te voldoen aan de eisen, welke de rapportenschrijvers hem stellen? Ter verduidelijking noemen wij een paar kwaliteitseisen waaraan de huisarts moet voldoen:

– samen, met collega's, samenwerken met maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen in zogenaamde *home-teams*;

– met specialisten op een moderne manier samenwerken: de specialist dient consultatief op te gaan treden; zo moet een verschuiving van patiëntenzorg van het dure tweede naar het eerste echelon plaatsvinden;

– zodanige verandering van zijn medamenteuze therapie dat de kosten gedrukt en de bijwerkingen worden verminderd; de ideale huisarts schrijft bijna in het geheel niet voor, maar praat met de patiënt;

– zijn wandel en handel als huisarts laten toetsen door collega's;

– meewerken aan de vestiging van nieuwe collega's in zijn regio;

– mee verantwoordelijkheid dragen voor nieuw op te leiden huisartsen;

– eventueel reageren op gezondheidsbelemmerende factoren in zijn omgeving of te wel maatschappijkritiek leveren;

– de legale eisen, die vrouw en kinderen aan hem stellen als partner en vader (moeder), honoreren (privé).

Om enigszins aan deze door ons onderschreven, lang niet volledige lijst van eisen te voldoen is een grondige herziening, praktisch en mentaal, van het werkpatroon bij vele huisartsen gewenst. Gesteld dat de huisarts-solist deze eisen zou onder-

schrijven, hoe kan hij dan op lokaal niveau de bestaande en vaak historisch gegroeide situatie zodanig veranderen dat er een model wordt verkregen, dat aan alle gewenste verlangens tegemoet komt? Bij dat streven moet als primaire voorwaarde worden gesteld; dat alle huisartsen dit veranderingsproces kunnen volgen.

### Ontstaan Hoogeveens model

In onze regio hebben wij ondanks de moeite die het in eerste instantie heeft gekost, een organisatievorm gevonden, waarin alle huisartsen zich hebben kunnen vinden en die tot nu toe bevredigend heeft gewerkt.

Het Hoogeveens huisartsenberaad – zo luidt de officiële naam – bestaat sinds juni 1973 nadat de L.H.V. zich positief over zijn oprichting had uitgesproken. Zijn doelstelling is het onderling overleggen en het nemen van beslissingen over gezamenlijke belangen, behalve als deze reeds door P.H.V. of N.H.G. worden behartigd. Over de aanleiding tot het oprichten van het beraad werd al iets geschreven in het interview met collega Van Omme (geneesheer-directeur van het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen) in „huisarts en wetenschap" van augustus 1976. De meeste huisartsen wilden een uitbreiding van hun diagnostische mogelijkheden door inschakeling van de röntgenoloog als consulterend specialist. Bij bespreking van dit verlangen in de medische staf van het ziekenhuis, kwam de vraag op, hoe de verantwoordelijkheden zouden komen te liggen als alle huisartsen volledig van de röntgenologie gebruik konden gaan maken. Bij contacten tussen directie van Bethesda en enige huisartsen groeide de gedachte een soort equivalent van de medische staf bij de huisartsen op te richten. De onderhandelende huisartsen zouden dan niet als individuen maar namens een duidelijk georganiseerde groep spreken. Het manco van de P.H.V. Meppel-Hoogeveen deed zich nu tevens gelden. De belangen van de artsen rondom het Diakonessenhuis te Meppel interesseerden de Hoogeveense huisartsen niet en omgekeerd. Een eigen P.H.V. Hoogeveen oprichten leek te zwaar geschut en diende de P.H.V. – volgens haar doelstelling: behartiging van de materiële belangen der leden – voor wat wij wisten?

Een nieuwe organisatievorm met eigen doelstelling en reglement bleek de enige mogelijkheid te zijn. De reeds bestaande goede relatie tussen collega Van Omme en enige huisartsen heeft de oprichting zeker versneld. Er was bovendien al redelijk veel contact tussen de huisartsen in de

regio: wekelijkse klinische middagen, eigen nascholingsavonden van huisartsen en het gezellige koffieuurtje op de zaterdagmorgen met de specialisten in het ziekenhuis. De voedingsbodem voor deze nieuwe vorm van samenwerken bleek voldoende vruchtbaar te zijn.

## Situatieschets

Uitgenodigd werden om lid te worden van het beraad zij, die regelmatig naar het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen verwezen. Nu, na drie jaren ervaring zijn 21 huisartsen lid; namelijk alle huisartsen in de regio Hoogeveen. Van deze huisartsen werken veertien in de plaats Hoogeveen en zeven in de omgeving. Zij verzorgen samen ruim 50.000 patiënten. Van deze huisartsen zijn twaalf solist (twee hebben geregeld een arts, die hen assisteert.) Er is een groep van drie huisartsen, in een gezondheidscentrum. Tenslotte zijn er 2 associatiepraktijken van twee artsen en is er een artsenechtpaar. Van deze 21 huisartsen zijn zes huisartsopleiders.

Het ziekenhuis Bethesda telt 300 bedden en er werken ongeveer 25 specialisten. Daarnaast is er een verpleegtehuis met 150 bedden. Tot zover een summiere situatieschets.

## Doel en organisatie

Hoe functioneert dit beraad, gelet op zijn ruime doelstelling en de lokale situatie? Hoe worden besluiten genomen?

Er is een bestuur dat per kalenderjaar wordt verkozen en dat te nemen besluiten voorbereid en eventueel lopende zaken regelt.

Daarnaast worden per kalenderjaar afgevaardigden benoemd, die namens het beraad met derden kunnen onderhandelen, zowel op verzoek van derden als op eigen initiatief van het beraad. Er is een aantal commissies gevormd en er is een delegatie naar het overlegorgaan van medische staf met directie van Bethesda.

Besluiten over belangrijke zaken worden genomen met meerderheid van stemmen. Wanneer één der artsen zich niet wenst te binden aan een genomen besluit kan hij dat melden bij de secretaris binnen 21 dagen na de vergadering, waarin het besluit is genomen en heeft hij het recht in de volgende vergadering van het beraad zijn bezwaren kenbaar te maken. Daarna zal in die vergadering over zijn bezwaar een beslissing vallen, wederom bij meerderheid van stemmen. Bij blijvende tegenstelling zal de bezwaarde huisarts zich óf bij de meerderheid neerleggen óf de consequentie moeten aanvaarden van verdere samenwerking in het huisartsenberaad af te zien. Volgende besluiten zullen dan zonder hem worden genomen en even-

tuele met derden te maken afspraken zullen voor hem niet gelden. Gedurende de drie jaar van het bestaan van het beraad heeft nog niemand de behoefte gevoeld zich aan een eenmaal genomen besluit te onttrekken.

De vraag moet worden beantwoord wat uiteindelijk met deze structuur te bereiken valt en reeds is bereikt.

Twee taken van het beraad zijn daarvoor illustratief: het overlegorgaan en de apotheccommissie (een artikel hierover is in voorbereiding).

## Het overlegorgaan

Het overlegorgaan wordt gevormd door vertegenwoordigers van directie, medische staf en (drie namens) het huisartsenberaad. Zes keer per jaar komt men samen. Allerlei zaken, die eerst in één van de drie geledingen aan de orde zijn geweest, worden daar besproken. Vooral uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden van de huisarts en wrijfpunten tussen huisartsen en specialisten zijn geregeld terugkerende onderwerpen van gesprek. Er werd vanuit dit orgaan de aanzet gegeven tot het doen functioneren van een diagnostisch centrum. Van tijd tot tijd brengen röntgenoloog en klinisch chemicus aan het beraad verslag over het gebruik, c.q. misbruik door de huisartsen van de onder hun verantwoordelijkheid vallende diagnostische mogelijkheden. Dit feedback-mechanisme werkt voor beide partijen zeer bevredigend. Door het overlegorgaan kan kritiek op elkaar van onder de tafel er op worden gebracht. Daardoor is het mogelijk geworden, om maar iets te noemen, de verwijfsbrief van de huisarts naar de specialist te standaardiseren. Enige keren hebben vertegenwoordigers van het beraad namens het overlegorgaan van gedachten gewisseld met specialisten, met wie naar het gevoelen van de huisartsen wrijfpunten bestonden. Daardoor was het mogelijk kritiek op elkaar bespreekbaar te maken en de onderlinge verhouding te verbeteren. Wederzijdse kennismaking van nieuwe specialisten met huisartsen werd geregeld en het beraad mag een profielschets indienen bij een vacature voor specialist. Duidelijk is hier getracht via het overlegorgaan een (nog) beter contact tussen intra- en extramurale gezondheidszorg te **verwezenlijken**.

Ook voor verbetering van de samenwerking binnen het eerste echelon heeft het beraad een grote rol gespeeld en veel tot stand gebracht.

1 Bijna alle leden van het beraad zitten in een zevental hometeams: per team nemen naast twee tot drie huisartsen als vaste leden twee of drie maatschappelijk

werkers deel; een psychiater van het ziekenhuis of van de Sociaal Psychiatrische Dienst neemt geregeld deel aan de besprekingen van geselecteerde moeilijke „gevallen”, terwijl in bijna elke vergadering een van de verpleegkundigen van de S.P.D. aanwezig is en adviezen kan inbrengen. Ad hoc kunnen leidsters van gezinszorg of wijkverpleegkundigen worden uitgenodigd op eigen verzoek of op verzoek van één der teamleden.

Als huisartsen hebben wij na aanvankelijke aarzeling geleerd hoe wij samen met de andere hulpverleners problemen beter kunnen oplossen dan vroeger en minder vaak naar de psychiater behoeven te verwijzen. Dat deze samenwerking intensief is geworden blijkt uit het jaarverslag van de Stichting Maatschappelijke dienstverlening Hoogeveen en Omstreken over 1975. Bijna de helft van de verwijzingen vonden via de huisarts plaats. Aan verdere uitbouw en effectuering wordt gewerkt.

2 Tweemaal per jaar komen alle hometeamleden, wijkverpleegkundigen en vertegenwoordigers van de federatie gezinsverzorging bijeen, om over deze vorm van samenwerking van gedachte te wisselen. Tevens is er een studiec commissie eerste lijn, waarin één bestuurder en één werker van elk der vier geledingen zitting hebben, om te rapporteren over verdere integratiemogelijkheden in het eerste echelon.

3 Los van eerder genoemde samenkomsten hebben huisartsen en wijkverpleegkundigen maandelijks een koffieuurtje waarbij onderlinge patiënten-contacten kunnen worden uitgewisseld. In een derde deel van Hoogeveen is een experiment begonnen, waarbij de wijkverpleegkundige wat de curatieve zorg betreft niet wijkmaar artsgebonden gaat werken. De nazorg voor uit het ziekenhuis ontslagen patiënten is al enige jaren via een afzonderlijke dienst gerealiseerd.

Concluderend kan worden gesteld dat de samenwerking in het eerste echelon over de volle breedte van het veld plaatsvindt. Gelukkig zijn de regio's van het beraad, de kruisvereniging, stichting maatschappelijke dienstverlening en federatie gezinsvorming bijkans dezelfde, zodat een eventueel opzetten van een districtsgezondheidsdienst wordt vergemakkelijkt.

## Vestigingsbeleid

Vooruitlopend op plannen inzake praktijkverkleining en vestigingsbeleid heeft het beraad na ampele overwegingen een commissie van drie gevormd, die binnen zes maanden verslag uitbrengt over hun gesprekken met ieder lid van het beraad afzonderlijk. Bij die gesprekken worden de volgende punten aan de orde gesteld:

- 1 analyse van de verdeling van de patiënten over de regio;
  - 2 registreren van wensen ten aanzien van eventuele praktijkverkleining; afstoten van patiënten in een bepaalde regio;
  - 3 registreren toekomstvisie van de huisarts ten aanzien van het al of niet afstoten van de apotheek en van associëren of solo blijven.
  - 4 ieder lid heeft het recht deze commissie over bepaalde gegevens geheimhouding op te leggen.
- Wij hopen hierdoor voldoende gegevens te verkrijgen om over mogelijkheden tot vestiging van nieuwe huisartsen en hergroepering van patiënten naar stadswijken te kunnen praten.

## Slotbeschouwing

Het huisartsenberaad is voor ons een ideale manier gebleken om samen stap voor stap beslissingen te nemen over eigen functioneren. Wij hebben het gevoel al veel te hebben bereikt van wat alom van de huisarts wordt verlangd. De betrokkenheid der leden blijkt uit het hoge opkomstpercentage op de vergaderingen. De motieven tot het schrijven van dit artikel zijn uiteenlopend geweest: een gevoel van tevredenheid over het bereikte verwoorden, wordingsgeschiedenis van het beraad eens op het papier zetten, anderen op gedachten brengen van nieuwe mogelijkheden en de opvatting te ontzenuwen als zouden veranderingen alleen in gezondheidscentra zijn te realiseren. Er blijven frustraties bestaan doordat bepaalde wensen (nog) niet in vervulling konden gaan.

*Samenvatting. Het functioneren van de huisarts in de gezondheidszorg staat ter discussie. Er worden vele nieuwe eisen aan hem gesteld, die tot een veranderingsproces bij de modale huisarts noodzaken.*

*Het huisartsenberaad, waarin zich ruim twintig huisartsen uit onze regio Hoogeveen verenigden, bleek een bruikbaar organisatie-model te zijn om als totale groep dit veranderingsproces positief door te maken.*

*Summary. The general practice council: another form of collaboration. The function of the general practitioner in health care is under discussion. Many new demands necessitate a process of change in the average general practitioner. The general practice council formed by some 20 general practitioners of our region (Hoogeveen), proved to be a valid organization model which enabled the participants as a group to undergo this process of change as a positive experience.*

# Uit het jaarverslag 1975 van de Geneeskundige Hoofdinspecteur

In het onlangs verschenen jaarverslag 1975 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur wordt naar voren gebracht dat de taak van de Geneeskundige Hoofdinspectie – zoals aangegeven in de Gezondheidswet – duidelijk verschuift. Was vroeger de volksgezondheid in zijn totaliteit of voor wat betreft bepaalde groepen hoofdpunt van aandacht, met daarnaast het niveau van zorgverlening door beroepsbeoefenaars en instellingen, gedurende de laatste jaren is een even zwaar accent komen te liggen op de gezondheidszorg. Steeds duidelijker blijkt dat visies en standpunten ten aanzien van de gezondheidstoestand en de zorgverlening niet kunnen worden losgemaakt van een visie betreffende de gezondheidszorg. Elk oordeel over de volksgezondheid en de zorgverlening dient te worden geplaatst in het kader van structuur, functie en kostenbeslag van de respectieve delen van de gezondheidszorg dan wel van de totaliteit ervan.

Deze ontwikkeling aan te duiden, zo gaat het verslag verder, betekent het positieve karakter ervan te onderstrepen: geen technische visie te willen geven zonder aansluiting te zoeken met het wijde kader waarin de delen functioneren, geen technisch oordeel te willen uitspreken zonder verband met de grote maatschappelijke context waarin gezondheidstoestand en hulpverlening zijn geplaatst.

Het hier geconstateerde wordt in het verslag slechts een afspiegeling genoemd van hetgeen in de gehele gezondheidszorg plaatsvindt. Immers, zo wordt gezegd, overal in den lande neemt men waar dat bij de betrokkenen – individuele beroepsbeoefenaars dan wel instellingen en instanties – naast hun klassieke taak van zorgverlening en verbetering van de gezondheidstoestand, bereid zijn een extra dimensie aan hun taak te geven. Allereerst wordt mee gedacht over de structuur en de wijze van functioneren van de gezondheidszorg, meer en meer voelt ieder zich verantwoordelijk voor de maatschappelijke aspecten als kostenbeheersing en economisch gebruik van de ter beschikking staande middelen.

Het is duidelijk, zo wordt de paragraaf over dit thema besloten, dat in deze tijd een technocratische ivoren toren niet meer

past en niet meer verantwoord kan zijn. Wèl vraagt de genoemde extra-dimensie een extra inspanning die de aanwezige apparaten, in het veld zowel als bijvoorbeeld in de geneeskundige inspectie, zwaar belasten en waarvoor een extra potentieel noodzakelijk is om een bepaald niveau van functioneren te kunnen waarborgen.

## Gezondheidszorg en publiek

In aansluiting op het hiervoor geconstateerde stelt het verslag vast dat eveneens duidelijk is hoezeer de maatschappij zich met de gezondheidszorg bezig houdt. De gezondheidszorg is bij het publiek, bij de maatschappelijke groeperingen en bij de informatie-media geworden tot een zaak van grote aandacht en interesse. Dat is begrijpelijk en juist te noemen waar het gaat om iets dat een ieder onmiddellijk en persoonlijk aangaat en dat bovendien een van de meest opvallende en imponerende maatschappelijke structuren aan het worden is, een industrie die meer dan een kwart miljoen werkers telt en bijna 9 procent van het nationale inkomen besteedt.

## Bevolkingsonderzoek

Gewag makende van kritiek op de volksgezondheidszorg, zoals die de inspectie wel ter ore is gekomen, wordt gezegd dat sommige desiderata niet altijd zijn gebaseerd op voldoende inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden van datgene waarom wordt gevraagd. Als voorbeeld hiervan wordt genoemd het steeds meer algemeen geuite verlangen naar bevolkingsonderzoek op allerlei dreigende ziektebeelden, waarbij, zeker niet ten onrechte, de aandacht vooral is gericht op de chronische degeneratieve ziekten en maligne tumoren, die de voornaamste oorzaak van ziekte en dood zijn geworden. Het wordt zinvol geacht enige woorden te wijden aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van een dergelijk massaal bevolkingsonderzoek en dienaangaande leest men dan in het verslag het volgende: Hierbij dient voorop te staan dat bevolkingsonderzoek dat gerekend kan worden