

Dienstverbanden en gezondheidscentra

DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

De Stichting Wijkgezondheidscentrum Huizermaat heeft sinds kort niet alleen vier huisartsen en twee fysiotherapeuten in loondienst, maar ook een apotheker. Dit laatste is uniek voor Nederland. Uit het oogpunt van dienstverlening lijkt deze toevoeging zeer logisch en zal door de patiënten worden toegejuicht. Richt men zich echter op de organisatorische aspecten van deze samenwerking dan blijkt het dienstverband meer consequenties te hebben, die hier de aandacht krijgen.

Een recente wijziging van het Besluit Uitoefening Artsenij-Bereidkunst (artikel 15) heeft het mogelijk gemaakt dat een apotheker in dienst treedt bij een Stichting, welke een gezondheidscentrum exploiteert. Natuurlijk is deze wijziging gekoppeld aan tal van beperkende omstandigheden. Hoe zou dat in Nederland anders kunnen? In ieder geval gaf de staatssecretaris toestemming voor het dienstverband. Daarmee was echter een en ander nog niet verwezenlijkt omdat zich een volgend probleem aandiende: het vestigingsbeleid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP). Het ligt voor de hand dat een vestigingsbeleid dat geheel voor rekening komt van een beroepsvereniging, aan uitholling onderhevig kan raken wanneer door het tot stand brengen van gezondheidscentra en andere samenwerkingsvormen, in feite ook een vestigingsbeleid wordt gevoerd.

Na bemiddeling door de werkgroep pharmacie in Utrecht heeft echter de Stichting Wijkgezondheidscentrum Huizermaat in de loop van 1976 met de KNMP overeenstemming bereikt over medewerking aan een sollicitatieprocedure voor de apotheker. En nu is het dan zover: de eerste apotheker in dienst van een gezondheidscentrum. De toekomst zal wel leren of hij lang de enige zal blijven. Het is niet uitgesloten dat al vrij snel in Lunetten (Utrecht) een tweede dienstverband voor een apotheker met een gezondheidscentrum tot stand komt.

Het Wijkgezondheidscentrum Huizermaat voert een aantal overwegingen aan welke tot het dienstverband heeft geleid. Deze overwegingen zijn zonder uitzondering inhoudelijk en hebben te maken met ideeën of

zo men wil idealen als het gaat om de gezondheidszorg en om de maatschappelijke betekenis van wijkgezondheidscentra. Niet alleen inhoudelijke aspecten van het apothekersberoep worden naar voren geschoven, ook wordt gesteld dat gezondheidszorg een gezamenlijk belang is. Vanuit dit gezichtspunt is toetsing door de gemeenschap en door de gebruiker (in casu de patiënt), noodzakelijk. Het vrije beroep, zeggen de mensen uit Huizermaat, is in dit opzicht weinig toegankelijk. Een dienstverband bij een organisatie waarin de wijkbewoners vertegenwoordigd zijn, schept betere voorwaarden voor daadwerkelijke participatie. Ook wordt gewezen op de koppeling van salaris en omzet welke bij een dienstverband verbroken kan worden. Tenslotte is een belangrijk argument gelegen in de wens om de samenwerking van de verschillende disciplines binnen één organisatie een homogene structuur te geven waardoor enerzijds vrijblijvendheid wordt voorkomen en anderzijds een optimale situatie wordt geschapen waarin toetsing en onderlinge stimulering mogelijk zijn.

Helaas rijst echter de vraag of al deze inhoudelijke en ideële motieven door een ieder even goed worden verstaan. Daarmee wordt niet bedoeld dat er geen meningsverschil zou kunnen bestaan over de inhoud en de wenselijkheid van deze motieven, maar de vrees wordt uitgesproken dat er regelmatig een bijna uitzichtloze discussie zal ontstaan: van de zijde der hulpverleners worden de inhoudelijke aspecten van een verbeterde eerstelijns gezondheidszorg aangevoerd en de geldgevers lijken zich in toenemende mate te verschansen in de loopgraven van de kosten-baten-analyse. Het paard van het exploitatietekort wordt regelmatig aange-

troffen achter de nog langzaam voortsukkelende wagen van de doelstellingen van het samenwerkingsverband.

Illustratief daarvoor is bijvoorbeeld de tweede periode van vijf jaar welke het Withuis in Venlo weer is gegund om te blijven voortbestaan, gesteund vanuit de AWBZ. In de motivering klinkt steeds weer door, dat de overname van het exploitatietekort wordt gerechtvaardigd door de besparingen in hogere lijnen van de gezondheidszorg.

In Rotterdam zijn de gezondheidscentra Ommoord en Randweg een dienstverband met de gemeente aangegaan. Het is inmiddels een publiek geheim dat er tussen de gemeente en beide centra ernstige moeilijkheden zijn gerezen. Naast financiële problemen spelen hier ook onzekerheden over de rechtspositie en – eufemistisch gezegd – communicatiestoornissen een belangrijke rol. Voorlopig lijkt er in ieder geval weinig reden te zijn om een dienstverband met een gemeente als een ideale oplossing voor het exploiteren van gezondheidscentra, naar voren te schuiven.

Als het nu onontkoombaar is dat de discussie over al dan niet vermeende exploitatietekorten de inhoudelijke gedachtenwisseling blijft overstemmen, is er dan niet een andere oplossing te bedenken? Overigens is er wel haast geboden bij het bedenken van deze oplossing omdat de bekende „voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra” het eind van haar voorlopigheid inmiddels zeer dicht is genaderd. Zelfs een verlenging ervan met bijvoorbeeld twee jaar maakt ons niet hoopvoller over de snelle totstandkoming van een definitieve regeling.

Een realistische en definitieve regeling voor de structurele en niet te vermijden exploitatietekorten van gezondheidscentra, is gelegen in een aangepaste honorering en kostenvergoeding.

Het is voor een ieder zichtbaar en ook begrijpelijk dat bijvoorbeeld de gemiddelde praktijkomvang van huisartsen in gezondheidscentra belangrijk onder het Nederlands gemiddelde ligt. De schatting van ongeveer 500 patiënten minder, lijkt realistisch. Voor de wijkverpleegkundige is tenminste formeel in de normering van haar taak rekening gehouden met het feit dat samenwerken ongeveer twintig procent extra tijd kost.

Waarom zou bij de discussie over het onder de AWBZ brengen van het werk der Kruisverenigingen, tegelijkertijd ook niet de exploitatie van de gezondheidscentra – waarvan de wijkverpleegkundigen zo'n belangrijk onderdeel uitmaken – aan de orde kunnen komen? In feite gebeurt dat nu in Venlo en wellicht gaat het gebeuren in Huizermaat. Ook andere centra hebben een overeenkomst met de ziekenfondsen welke

de discussie over het onder de AWBZ brengen van gezondheidscentra kan vereenvoudigen. De vraag of het dienstverband voor de leden van een team een goede oplossing is, kan dan beantwoord worden tegen een duidelijke achtergrond van een gedekte financiering.

Nu terug naar de apotheker in Huizermaat. Door zijn dienstverband werd een belangrijke stap gezet in de goede richting. Het is te hopen dat aan de hooggestemde verwachtingen van hem en van het gehele team tegemoet wordt gekomen. In het bekende plan „Almere” – dat overigens nooit is uitgevoerd – werd de indruk gewekt dat de apotheker was toegevoegd om op basis van zijn traditionele bedrijfsvoering de mogelijke tekorten, die ontstaan door de in feite niet gehonoreerde aspecten van samenwerking en ontwikkelingswerk, ongedaan te maken. Hopelijk zal de apotheker in Huizermaat niet in een situatie komen te verkeren waarin hij – op grond van zijn traditionele inkomenspositie als Nederlands apotheker – de baten van zijn bedrijf ziet veranderen in een soort „overwinst” waarmee een deel van het exploitatietekort van het gezondheidscentrum wordt opgeheven. Zodoende zou men opnieuw het paard achter de wagen spannen.

Aanvulling

In de bijdrage Uit de universitaire huisartseninstituten in het decembernummer 1977, Evaluatie begeleiding van de huisartsopleiders, is tot onze spijt de ondertekening op pagina 513 achterwege gebleven. De auteur is H. J. Nijhuis, agoog, medewerker bij de beroepsopleiding huisartsgeneeskunde van het Gronings Universitaire Huisartsen Instituut.

Referaten

verzorgd door de studiegroep artikelendocumentatie.

76-32. The later years of cystic fibrosis. Editorial, (1976) *Lancet* II, 614.

Volgens Schwachman en Holsclaw heeft een kind met pancreasfibrose dat geen verschijnselen van meconiumileus vertoonde en een optimale verzorging krijgt momenteel een kans van 80 procent de volwassenheid te bereiken. Het intensieve contact tussen de kinderarts, de ouders en de patiënt moet bij het bereiken van het zeventiende levensjaar of daaromtrent worden verbroken in een vrij kritieke levensfase. Het kind krijgt adolescentieproblematiek, wil zelfstandig worden en kent zijn handicap. Afgezien van deze emotionele problemen zijn er de praktische problemen, zoals de regelmatige tapotage: op de volwassen leeftijd is het ontstaan van longafwijkingen het grootste gevaar. Wie gaat het verantwoordelijke werk van de kinderarts overnemen? De huisarts? En hoe moet deze overdracht geschieden? Aangezien de pancreasfibrose chronische longafwijkingen geeft, zal de hulp van een longarts onontbeerlijk zijn. Maar vele andere aspecten verdienen eveneens nauwgezette aandacht: De patiënten met leverafwijkingen zijn meestal al ontdekt. Recidiverende buikklachten met pijn en zelfs ileusachtige klachten ten gevolge van een ingedroogde faecesmasa, steriliteit bij mannen, het afraden van graviditeit bij vrouwen met chronische longafwijkingen, meer kans op diabetes mellitus, en moeilijkheden bij de beroepskeuze en sollicitaties kunnen zich nu voordoen.

Wie moet de patiënt begeleiden? Zeker niet het periodiek wisselende assistentenbestand van een polikliniek. Artsen, die een speciale belangstelling hebben voor deze patiënten en hun problemen en een groter aantal behandelen dan de individuele huisarts? Daarom willen vele kinderartsen de patiënten blijven begeleiden tot zij een vast beroep hebben en hen in contact hebben kunnen brengen met de juiste dokter die hen verder zal begeleiden. Dit is van des te meer belang daar de artsen die grote groepen kinderen met pancreasfibrose hebben behandeld, getroffen werden door het doorzettingsvermogen, de eierzucht en het intellect van deze kinderen.

M. Sanders

76-36. Planning for terminal care. Simpson, M. A. (1976) *Lancet* II, 192.

Dit is een indringend, vanuit de zieken-

huispraktijk geschreven, artikel. Ondanks alle kennis en kunde faalt de stervensbegeleiding vaak ergerlijk. Te vaak wordt de stervende lichamelijk en geestelijk geïsoleerd. Graag zou men zien dat de patiënt als volgt sterft: rustig zonder teveel opzien baren, liefst ongemerkt, zonder veel omstanders, zonder scènes. Bezoek zonder moeilijke vragen, maar wel dankbaar, dat hun verdriet niet laat merken, dat geen persoonlijke aandacht vraagt: „Iedereen in een ziekenhuis heeft het druk en heeft zieken die aandacht vragen.” De patiënt moet niet onverwachts (te vroeg) sterven, maar ook niet onverwacht te lang blijven leven (te laat).

Iedere arts heeft zijn eigen gedragslijn wat hij wel en wat hij niet over de ziekte aan de patiënt vertelt. Natuurlijk gaat het niet altijd zo, maar ter illustratie volgen dan enkele stervensgeschiedenissen over hoe het niet moet gaan.

Hoe moet het dan wel? Een patiëntgerichte benadering waarvoor geen vaste regels kunnen worden gegeven, maar waar toch altijd rekening wordt gehouden met de volgende aspecten. Zoveel mogelijk in overleg met en rekening houdend met de patiënt. De stervende moet eerlijk en zo begrijpelijk mogelijk op al zijn vragen antwoord krijgen. Verschijnselen als benauwdheid, angst en pijn kunnen en moeten zo goed mogelijk worden bestreden.

De patiënt moet duidelijk voelen dat zijn mening gewicht in de schaal legt.

Geef hem vooral niet het gevoel een opgegeven geval te zijn die familie en staf alleen nog maar tot last is. Indien de patiënt dit wil en de mogelijkheden zijn er, dan moet hij de gelegenheid hebben thuis te sterven. Geef hem de gelegenheid persoonlijke zaken te regelen en afscheid te nemen van wie hij wil op de wijze die hij verkiest. Iedereen die met een stervende te maken heeft, moet de mogelijkheid hebben over sterven en de dood te praten met een deskundige.

Geef de stervende de kans zijn laatste dagen zinvol te laten verlopen, temidden van hen die hem lief zijn in een zo persoonlijk mogelijke sfeer en stijl. Wanneer een patiënt in een terminaal stadium opnieuw wordt opgenomen, neem hem dan op een afdeling op waar hij voorheen al geweest is. Soms is er een juiste stervensbegeleiding, maar wij kunnen het veel beter dan wij gewoonlijk doen omdat wij de middelen welke er zijn onvoldoende gebruiken.

M. Sanders