

DR. H. LAMBERTS

### Van afspraakspreekuur tot home-team

Wanneer een auteur zijn opvattingen aan het papier heeft toevertrouwd, is hij blijvend aan het gevaar blootgesteld, dat de harde werkelijkheid van alledag in de loop der jaren steeds sterker gaat afwijken van wat hij ooit als wenselijk, noodzakelijk of zelfs onontkoombaar aan zijn lezers heeft voorgeschoteld. Omstreeks 1960 verschenen in *Huisarts en Wetenschap* drie artikelen die in dit opzicht de tand des tijds hebben doorstaan.

#### Inleiding

Vooraf voor actuele, door de omstandigheden in een bepaalde tijd gekarakteriseerde onderwerpen – zoals de organisatie van de huisartspraktijk – geldt dat een opvatting al verouderd kan blijken voordat de inkt goed en wel is opgedroogd. Drie ruim twintig jaar oude artikelen uit *Huisarts en Wetenschap* bevatten echter allerminst verouderde opvattingen over de manier waarop de huisarts zijn werkwijze het best kan organiseren. In 1959 schreef *Ten Cate* over het invoeren van een afspraakspreekuur voor de huisarts, in 1960 propageerde *Buma* de groepspraktijk als een voorkefelijke mogelijkheid om de status van de huisarts te verbeteren, en in 1962 beschreef *Huygen* het home-team in bewoordingen die nog maar nauwelijks aan werkelijkheidswaarde blijken te hebben ingeboet.

#### Het afspraakspreekuur

*Ten Cate* beschrijft in een helder artikel, op grond van gekwantificeerde ervaringen, de invoering van een afspraakspreekuur in zijn praktijk. Ook al steekt de wachttijd in zijn wachtkamer – gemiddeld 24 minuten – gunstig af tegen de wachttijd bij Van Deen – gemiddeld liefst 38 minuten –, toch trekt *Ten Cate* zich het economisch verlies voor het Nederlandse volk aan. „Wanneer we aannemen, dat bij iedere huisarts 10.000 consulten per jaar worden afgelegd, dan betekent dit in geheel Nederland  $\pm$  36 miljoen consulten per jaar of  $\pm$  18 miljoen wachturen, waarvan  $\pm$  40 procent d.i.  $\pm$  7,2 miljoen uur door personen,

die in het arbeidsproces zijn ingeschakeld. In uurloon van f 1,41 per uur omgerekend (volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek het gemiddelde bruto-uurloon van nijverheidsarbeiders per oktober 1956) zou het wachten bij de huisarts het Nederlandse volk dus per jaar op  $\pm$  10 miljoen gulden komen te staan, nog afgezien van de niet in geldswaarde uit te drukken tijd welke met dit wachten wordt doorgebracht door huisvrouwen en anderen, die niet in bovengenoemde categorie vallen”.

Vervolgens beschrijft *Ten Cate* hoe – wanneer tenminste een doktersassistente in de praktijk beschikbaar is – het afspraaksysteem vlot kan worden ingevoerd. Hij heeft dan al vastgesteld dat slechts 37 procent van de spreekuurcontacten zogenaamde „eerste consulten” zijn. Dit houdt in dat in ieder geval voor 63 procent van alle contacten gemakkelijk een afspraak gemaakt kan worden. Uitgaande van het gegeven dat slechts 2 procent van de afspraken zich over een termijn van meer dan twee maanden uitstrekt, berekent *Ten Cate*, welke tempo-rijsing bij het invoeren van een afspraakspreekuur wenselijk is.

Het vrije spreekuur blijkt al snel een ongenewenste plaats in de dagindeling in te nemen. De auteur instrueert zijn assistente niet meer met de patiënten over het vrije spreekuur te spreken, zodat deze mogelijkheid langzamerhand in het vergeetboek zal raken. Hij raadt iedereen af nog aan een dergelijk spreekuur te beginnen.

De voordelen van een afspraakspreekuur voor zowel de patiënten als voor de huisarts, komen duidelijk naar voren. Het is aardig om te lezen dat in de

vijftiger jaren de Commissie van Toezicht inzake het Ziekenfondswezen slechts akkoord wenste te gaan met het invoeren van een afspraakspreekuur indien de patiënten dagelijks de gelegenheid hadden de auteur tijdens een vrij spreekuur te consulteren. De Commissie van Toezicht was bevreesd, dat door de vermelding „uitsluitend volgens afspraak” achter de naam van de auteur in de lijst van ziekenfondsartsen een precedent zou ontstaan. „Men vreest, dat een aantal andere artsen ditzelfde zouden willen vermelden en hiervan dan misbruik zouden maken door nooit voor hun patiënten bereikbaar te zijn.”

#### Groepspraktijken

*Buma* schrijft in 1960 naar aanleiding van een studiereis naar Engeland een belangrijk artikel over groepspraktijken voor huisartsen. Hij begint zijn beschouwing met vast te stellen dat de huisarts de ruggegraat van de gezondheidszorg is: „Iedereen zit erop”. Maar de huisarts neemt niet langer genoegen met zijn status. Hij laat zich niet langer onderdrukken, de geboorte van het Nederlands Huisartsen Genootschap is daarvoor ook een aanwijzing.

Om de status van de huisarts te verbeteren zal ook aandacht aan de organisatie en de efficiëntie van de praktijkvoering moeten worden gegeven. *Buma* somt in een lovend betoog talrijke voordelen op van samenwerking tussen huisartsen in de vorm van groepspraktijken. Hij concludeert dat een dergelijke ontwikkeling in Nederland snel navolging verdient. Daarbij is het echter wel nodig een aantal termen goed te omschrijven. „Het essentiële van de groep, in ons geval van de groepspraktijk, ligt in het behouden van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen patiënt. In een groep blijft de persoonlijke arts-patiënt relatie, welke de vorm van samenwerking tussen de artsen van de groep onderling ook mag zijn, behouden. Dit in tegenstelling tot het team, waarin men collectief verantwoordelijk is voor bepaalde verrichtingen, bijvoorbeeld bij een operatie, aan het Medisch Opvoedkundig Bureau en andere.” Dit misverstand over het verschil tussen een groep en team houdt *Buma* in zijn artikel consequent overeind. Hij beschrijft de groepspraktijk als volgt: „De organisatorische essentie is hierin gelegen, dat een aantal huisartsen, meestal drie tot zes, buitenshuis een gecombineerde praktijkruimte ter beschikking heeft, met een aantal collectieve voorzieningen – receptie, secretariaat, laborator-

um, bibliotheek, maatschappelijk werker, praktijkzuster, tot in een geval zelfs een benzinepomp toe – terwijl ieder zijn eigen patiënten houdt en daarvoor ten volle verantwoordelijk blijft.”

In het begin van de zestiger jaren leefden huisartsen nog echt met de twaalf deeltaken die in Woudschoten werden geformuleerd. Aan de hand van deze deeltaken licht *Buma* de grote voordelen van het samenwerken van huisartsen toe. Het is duidelijk dat *Buma* indertijd datgene een groepspraktijk noemt wat op dit moment een gezondheidscentrum is. De continuïteit, de hulpverlening aan de patiënt, de mogelijkheden voor consultatie, een ruimer voorzieningenpakket en vooral de samenwerking met maatschappelijk werkers en verpleegkundigen worden door hem naar voren geschoven. Daarnaast wijst *Buma* op de mogelijkheden om tot preventieprogramma's te komen en tot gerichte gezondheidsopvoeding en voorlichting. De nascholing en het werken aan de eigen deskundigheid zijn naar zijn mening in een groepspraktijk beter mogelijk. Zijn verwachting dat door gemeenschappelijke voorzieningen duidelijke financiële besparingen bereikt kunnen worden, blijkt achteraf ten onder te zijn gegaan in de hardheid van ons maatschappelijk bestel.

Wat zijn de potentiële bezwaren of gevaren van een groepspraktijk voor huisartsen? „Daar, waar de teamidee heerst, dreigt het gevaar dat ieder teamlid partieel verantwoordelijk is voor de gang van zaken en niemand de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor het wel en wee van de patiënt.”

En hoe staat het met de beroemde „vrijheid” van het medisch beroep?

„In Engeland zijn bepaalde artsen bang gebruik te maken van de plaatselijke centra, zoals die bijvoorbeeld in de nieuwe stad Harlow met grote consequentie zijn gebouwd, uit vrees voor controle op hun werk. Ik meen, dat deze vrees irrationeel is. Afgezien, dat ze in strijd is met een der grondslagen van ons beroep, zoals vastgelegd in de twaalf punten van de World Health Organization is dit een kwestie van duidelijke afspraken en bewaking hiervan.”

„Ook de vrees voor het minder persoonlijk worden van de verhouding tot de patiënten bestond er niet. Ik zou haast zeggen integendeel. Men achtte het een winst iets zakelijker tegenover zijn patiënten te staan en iets minder in emotionele relaties te worden betrokken.”

„Al met al was mijn indruk, dat er aanzienlijke winst te behalen is in velerlei opzichten. Principiële bezwaren heb ik

niet kunnen ontdekken en ik meen dan ook dat experimenten in ons land dringend aanbeveling verdienen, teneinde ook hier een oordeel te krijgen over groepsgewijze praktijkvoering onder onze verhoudingen.”

### Het home-team

In 1962 introduceerde *Huygen* in *Huisarts en Wetenschap* het home-team. Hij brengt het begrip „huis” (home) niet alleen in verband met het huis van de patiënt, maar ook met het huis van de huisarts. „Daar ontvangt hij zijn patiënten en dit drukt ongetwijfeld een stempel op zijn werk en op de opvatting, welke de bevolking over hem heeft. De woning en ook het gezin van de huisarts is zeker van belang voor de sociale rol, welke de huisarts vervult.” De nadruk blijft echter toch liggen op het feit dat er thuis voor zieken wordt gezorgd en dat daarbij niet alleen de huisarts, maar ook talrijke andere hulpverleners betrokken zijn!

„Het is duidelijk dat het gewent is, dat de huisarts ook zo nauw mogelijk samenwerkt met alle anderen, die hun zorgen tot zijn patiënten uitstrekken. Wanneer men echter in dit verband van een „home-team” zou willen spreken, wordt het woord „team” misschien wat lichtvaardig gebruikt. Incidentele samenwerking betekent nog geen teamvorming. Hiervoor is nodig dat de leden geregeld bijeenkomen en hun standpunt als min of meer gelijkwaardig kunnen inbrengen. Bij de zorg voor patiënten, die thuis worden verpleegd, speelt de huisarts de hoofdrol. Hij geeft aan wat er moet gebeuren en hoe dit moet worden uitgevoerd. Hij is degene die daarbij de verantwoordelijkheid draagt. Strikt genomen is hij dus niet zozeer leider van het team, maar eerder opdrachtgever, onder wiens supervisie de wijkverpleegster, de fysiotherapeut en anderen thuis werken.”

Het is duidelijk dat het team voor *Huygen* iets anders is dan voor *Buma*. Het is eveneens duidelijk dat de afgelopen jaren de verhoudingen tussen de verschillende teamgenoten in Nederland gewijzigd is. Dit maakt echter het artikel van *Huygen* niet minder belangrijk of minder actueel.

*Huygen* ontwikkelt zijn ideeën op grond van zijn persoonlijke praktijkervaringen als lid van een parochieel charitatief centrum in een dorp. Naast een onderwijzer, die tevens president van de Vincentius-vereniging is, en de armenmeester – in het dagelijks leven adjunct-directeur van een ziekenfonds – nemen

hulpverleners als de geestelijke, de maatschappelijk werker, de wijkverpleegkundige en de huisarts aan de besprekingen van het centrum deel.

Het is interessant te zien hoe het *Huygen* steekt dat bij deze besprekingen blijkt dat er in „zijn” gezinnen veel maatschappelijke problemen liggen die hem onbekend zijn. „Het is dan een pijnlijke verrassing, wanneer we tot de ontdekking komen, dat ons belangrijke zaken zijn ontgaan die wel aan anderen bekend zijn. Het gaf mij dan ook een schok toen ik hoorde van verschillende gevallen van alcoholisme onder mijn patiënten, waarvan iedereen wist behalve ikzelf. Hetzelfde geldt voor ernstige financiële zorgen en andere belangrijke problemen, die aan mijn aandacht waren ontgaan.”

Als taak voor het home-team ziet *Huygen* niet zozeer de zorg voor de individuele patiënt alswel die voor het „home”, het gezin. „Het gaat daarbij niet alleen om het in nood verkerende en hulpbehoevende gezin, maar ook om het zieke, gestoorde, zwakke en bedreigde gezin.”

„Uitgaande van het medische standpunt zijn mijns inziens de kernfiguren voor een dergelijk „home-team” of gezinsteam: de huisarts, de wijkverpleegkundige, de algemeen maatschappelijk werkende die het dichtst bij het gezin staat en de geestelijke verzorger.”

De auteur verwacht een vijfvoudige winst: pooling van informatie, dieper inzicht door een gezamenlijke evaluatie en een gezinsdiagnose, en een gezamenlijk plan van actie zijn vooral voor de patiënt van direct belang. Daarnaast kunnen de hulpverleners van elkaar leren en tenslotte kan het vak-isolement worden doorbroken, waardoor de solohulpverlener zich minder eenzaam en machteloos voelt.

*Huygen* verheelt niet dat er ook iets tegenover dient te staan. Samenwerken kost tijd, de statusverschillen tussen de verschillende hulpverleners kunnen een probleem vormen, de persoonlijkheden sluiten soms minder goed op elkaar aan, soms is het moeilijk de communicatie gaande te houden en tenslotte kan het beroepsgeheim in het gedrang komen. Over dit laatste zegt *Huygen* het volgende: „Men dient onderscheid te maken tussen datgene wat alleen de medicus bekend is, datgene wat de patiënt ook aan anderen heeft geopenbaard en datgene wat publiek bekend kan worden geacht. Wat het laatste betreft bestaat er mijns inziens nauwelijks een probleem. Wat het eerste betreft zal de arts hierover alleen mogen spreken met uitdrukkelijke toestemming van de pa-

tiënt. Wanneer een van de andere leden van het „home-team” echter iets ter sprake brengt, wat de patiënt aan hem of haar heeft geopenbaard, mag de arts hierover mijns inziens meepraten, voorzover het in discussie is gebracht. Ieder moet voor zichzelf uitmaken of hij gerechtigd is te spreken over hetgeen hij in het midden zou willen brengen; dikwijls zal hij daarvoor de toestemming van de patiënt moeten vragen.

„De ervaring heeft mij geleerd dat de moeilijkheden in theorie veel groter zijn dan in de praktijk. In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiekelijk bekende situaties – al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.”

Huygen besluit zijn oproep om het home-team een kans te geven op een voor hem kenmerkende manier, door alvast te wijzen op het feit dat er ook ondersteuning en opleiding nodig zal zijn. De home-teams kunnen behoefte hebben aan advies of aan een specifiek consult. „Het lijkt mij in elk geval gewenst, dat er een uitwisseling van gedachten plaatsvindt tussen hen, die reeds met anderen in de bovenbedoelde geest hebben samengewerkt.”

Buma, J. T. Enkele beschouwingen over groepspraktijken. (1960) *Huisarts en Wetenschap* 3, 298-302.

Cate, R. S. ten. Afspraakspreekuur voor de huisarts. (1958) *Huisarts en Wetenschap* 1, 186-190.

Huygen, F. J. A. Het home-team. (1962) *Huisarts en Wetenschap* 5, 119-123.

## Nota bene

Een huisarts die bij zorgvuldig onderzoek geen lichamelijke afwijkingen vindt in geval van nekpijn, buikpijn of pijn onder in de rug, terwijl zijn anamnese wél een verband met respectievelijk agressie, angst of perspectiefverlies aan het licht brengt, kan zonder belangrijk risico voor zijn patiënt afzien van verder medisch onderzoek. (Stelling bij: W. W. Oosterhuis. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen. *Diss. Universiteit van Amsterdam*, 1982.)

# Verwijzing van niet-zwangere vrouwen naar een abortuskliniek

L. QUERIDO\*

De aan het Vrelinghuis (de kliniek van Stimezo Utrecht) verbonden artsen worden regelmatig geconfronteerd met abortusverzoeken voor vrouwen die bij nader onderzoek niet zwanger blijken te zijn. De vraag rijst of dit soort verwijzingen voorkomen zou kunnen worden.

## Inleiding

In 1979 kon bij drieënvijftig van de 4263 naar het Vrelinghuis verwezen vrouwen (1,2 procent) de diagnose zwangerschap na gynaecologisch onderzoek niet zonder meer bevestigd worden. Een aansluitend uitgevoerde immunochemische zwangerschapstest bleek in alle gevallen negatief. In deze bijdrage wordt onderzocht, in welke opzichten de groep niet-zwangere vrouwen afwijkt van de groep wel behandelde (zwangere) vrouwen.

## De onderzoeksgroep

Van de drieënvijftig niet-zwangere vrouwen waren er eenendertig (58 procent) afkomstig uit Nederland; van de 3942 wel behandelde vrouwen waren er 1102 (28 procent) afkomstig uit Nederland. Vergeleken met de behandelde vrouwen waren de Nederlandse vrouwen in de onderzoeksgroep dus duidelijk oververtegenwoordigd.

Verder bleek er een positief verband te bestaan tussen de leeftijd van de vrouw en de kans om bij aankomst in de kliniek

niet zwanger te blijken: van het totale aantal vrouwen in de leeftijdscategorie tot 30 jaar was 0,9 procent niet zwanger, in de leeftijdscategorie 30-39 jaar was dit 1,4 procent en in de categorie van 40 jaar en ouder bedroeg dit percentage zelfs 5 procent.

## De verwijzing

Van de drieënvijftig niet-zwangere vrouwen bezochten er zeven (13 procent) de kliniek op eigen initiatief. Dit percentage is ruwweg drie maal zo hoog als bij de wel zwangere vrouwen. Van de Nederlandse vrouwen uit de onderzoeksgroep werd 87 procent door de huisarts verwezen en van de Duitse vrouwen 71 procent door een gynaecoloog.

Bij zesendertig van de zesenvestig verwijzingen (78 procent) waren de bevindingen vermeld, die hadden geleid tot het stellen van de diagnose zwangerschap (tabel). In zestien gevallen (35 procent) was een gravide uterus al dan niet conform de amenorroe-duur vermeld (vier maal huisarts, twaalf maal gynaecoloog). Eveneens in zestien gevallen was alleen het (fout-)positieve

\* Huisarts te Utrecht.

Tabel. Gemeld onderzoek bij de verwezen niet-zwangere vrouwen en het land van herkomst van de verwijzer. Aantallen. N=46.

Onderzoek	Nederland	West-Duitsland	België	Totaal
Inwendig onderzoek (1)	3	13	–	16
Zwangerschapstest (2)	13	2	1	16
(1) en (2)	4	–	–	4
Niets vermeld**	8	2	–	10
Totaal	28	17	1	46

\*\* Bij navraag bleek ook geen onderzoek verricht te zijn.