Te leer in de eerste lijn

H. F. J. M. CREBOLDER

Op 11 september 1987 heeft Harry Crebolder zijn benoeming tot hoogleraar voor de coördinatie van het onderwijs in de eerstelijns gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg aanvaard met het uitspreken van de rede 'Te leer in de eerste lijn'. Zijn rede wordt hieronder vrijwel integraal afgedrukt.

Eerste lijn

Het nogal militairistische begrip 'eerste lijn' of 'eerste echelon' is in 1974 geïntroduceerd door de befaamde nota-Hendriks.[1] Denkbeelden over echelonnering van de gezondheidszorg waren al eerder wetenschappelijk verwoord door *Querido*, die ze in 1962 tijdens een zitting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) naar voren bracht.[2]

Met 'eerste lijn' wordt bedoeld: de professionele zorg die dichtbij huis ligt en voor iedereen rechtstreeks toegankelijk is. Daarin vinden we kerndisciplines waarbij de nadruk op zorg ligt, zoals algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg, en disciplines waarbij het accent op gezondheidszorg ligt, zoals wijkverpleging en huisartsgeneeskunde. De apotheker, verloskundige, tandarts en fysiotherapeut vinden er eveneens hun werkveld. Eerstelijns geneeskunde is in feite een synoniem voor huisartsgeneeskunde.

Bij de overgang van gezondheid naar ziekte, dan wel bij twijfel of er sprake is van ziekte, wenden mensen zich tot het eerste echelon. Is de ziekte of de twijfel ernstig genoeg, dan trekt men van het eerste naar het tweede echelon, waar zich specialisten en geavanceerde voorzieningen bevinden. En evenzeer is er een weg terug na geheel of gedeeltelijk herstel, of als er medisch-technisch geen genezing meer is te verwachten.

In de beweegredenen om de eerste lijn als zodanig te kenschetsen en de functie ervan te versterken, zijn vanaf het begin twee tendenzen te onderscheiden.[1] De ene is voornamelijk ideologisch van aard, betrekking hebbend op maatschappelijke normen en waarden. De meest wezenlijke daarvan is wel de autonomie van de eigen leefwereld van de patiënt, die zich onder meer uit in inspraak en participatie. En heel concreet vertaald kan dat zijn: de wens om thuis te bevallen en thuis te sterven. De andere is vooral economisch van aard, betrekking hebbend op doelmatigheid en ordening. Concreet betekent dat bijvoorbeeld, een zodanige afstemming van de functies van de eerste en tweede lijn, dat er geen onnodige verwijzingen plaatsvinden.

Meestal worden beide tendenzen tegelijkertijd en als vanzelfsprekend samenhangend gepresenteerd. Door de patiënt zoveel mogelijk in en door de eerste lijn op te vangen, wordt hij én dicht bij huis én goedkoop behandeld. Dicht bij huis betekent: thuis of in een voorziening daar vlakbij. Goedkoop wil zeggen – en nu citeer ik het rapport van de commissie Dekker: 'een terecht niet verwezen patiënt ontvangt goede zorg tegen de laagste prijs'.[3]

Primary health care

In deze ontwikkeling past het 'primary health care'-concept van de WHO. Eerstelijns gezondheidszorg is wel een letterlijke vertaling van primary health care (PHC), maar het WHO-concept gaat verder. Essentieel erin is de verbreding van 'medische zorg' naar 'gezondheidszorg'.[4]

De principes van de PHC zijn de volgende:

- de gezondheidszorg dient te zijn gerelateerd aan de noden van de bevolking, voor iedereen toegankelijk en acceptabel;
- participatie van de bevolking, individueel en collectief, is essentieel;
- PHC moet effectief en efficiënt zijn;
- PHC moet een onderdeel vormen van een landelijke samenhangende gezondheidszorg.

De eerste twee principes zijn van ideologische, de laatste twee van economische aard.

Primary health care is in 1978 de speerpunt van het WHO-beleid geworden en heeft zijn politieke beslag gevonden in de zogenaamde verklaring van Alma Ata.[5]

Paradox

Hoewel het gaat om een mondiale verklaring, maakt het document de indruk vooral bedoeld te zijn voor ontwikkelingslanden. Daar is de relatie tussen gezondheid en sociaal-economische factoren immers heel direct en duidelijk. De vicieuze cirkel 'armoede, onwetendheid en ziekte' is het kenmerk van die landen. Maar ook in het rijke Westen bestaat die relatie tussen gezondheid en sociaal-economische factoren, al is de levensverwachting hier veel beter.[6]

De paradox is dat dit PHC-model met enig succes wordt toegepast in rijke landen, terwijl het in de ontwikkelingslanden veel moeizamer vorm en inhoud krijgt. Naast gebrek aan geld, mankracht en infrastructuur is ook vaak de politieke wil afwezig om op nationale schaal een PHC-systeem op te bouwen. De aantrekkingskracht van een omvangrijk en goed geoutilleerd ziekenhuis is nog steeds groter dan een reeks eenvoudig ogende curatieve voorzieningen die een geïntegreerd geheel vormen met activiteiten gericht op zorg, preventie en voorlichting.

Ook in rijke landen is de praktijk van PHC echter moeilijk, zelfs bij het minder omvattende concept 'eerste lijn'. De medische faculteit in Maastricht is daarvan het levende bewijs. Het is door een complex van oorzaken niet gelukt om de voorzieningen in deze regio op een zodanige wijze te bundelen – te integreren – dat enerzijds een op traditionele leest geschoeid academisch ziekenhuis overbodig zou blijken en anderzijds de eerste lijn voldoende functioneel zou aansluiten op de tweede lijn.[7 8] Het lijkt erop dat de eerste lijn pas een echte kans krijgt als er een (over)verzadiging is bereikt aan ziekenhuisvoorzieningen.

Daaraan ligt mijns inziens een diepe psychologische drijfveer ten grondslag. De wetenschap dat er in de onmiddellijke nabijheid een adequate voorziening is om als levensbedreigend ervaren situaties op te vangen, geeft voldoende geestelijke rust aan ons allen om ten volle te kunnen profiteren van de potenties van het eerste echelon. Onderzoek gedaan rondom de vestiging van een nieuw ziekenhuis in Lelystad, waar

Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, hoogleraar voor de coördinatie van het onderwijs in de eerstelijns gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg.
Correspondentie: vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

voordien geen ziekenhuis bestond, ondersteunt die bewering. Voor de komst van het ziekenhuis werd de inwoners gevraagd in hoeverre zij het vervelend vonden dat er geen ziekenhuis was. 'Slechts 4 procent vond het niet vervelend, maar liefst 64 procent vond het zeer vervelend. Als belangrijkste reden hiervoor werd opgegeven dat men in noodgevallen niet op tijd in het ziekenhuis zou zijn en dat het vervelend is ver van je woonplaats in het ziekenhuis te liggen.[9]

Bensing houdt in haar artikel 'Wie wil in Nederland Primary Health Care' de twee ideologische en twee economische principes tegen het licht van de Nederlandse situatie.[10] Het zijn volgens haar twee stromingen die elkaar toevallig – door hun gelijktijdigheid – hebben gevonden en vervolgens een hecht en stabiel bondgenootschap hebben gesloten. Zonder elkaar zouden ze niet in staat zijn geweest zulk een krachtige beweging te mobiliseren. Maar op het uitvoeringsniveau, het niveau van de concrete maatregelen, zijn de beide stromingen vaak verwarrend en tegenstrijdig.

Samenwerking

Hoe staat het nu, dertien jaar na de nota-Hendriks, met die beide tendenzen om de eerstelijns gezondheidszorg te bevorderen?

De eenvoudige veronderstelling dat de zorgverlening én beter én goedkoper zou worden door het op één lijn plaatsen – echelonneren – van medische en niet-medische disciplines die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen, kon niet rechtstreeks worden bevestigd. De samenwerking van werkers van zulke diverse pluimage als huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijke werkers, bleek aanleiding te geven tot grote en achteraf voorspelbare obstakels. Men sprak elkaars taal niet of nauwelijks en aan gemeenschappelijke begrippen als zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid, werden heel verschillende interpretaties gegeven, samenhangend met een veelvoud van verschillen in achtergrond, optiek van werken en doelgroepen. Daarenboven zijn de verschillen in opleidingsniveau, sociale status en het vrije ondernemerschap versus dienstverband, bronnen van potentiële disharmonie.[10]

De huisarts staat in principe open voor iedere hulpvraag. De wijkverpleegkundige heeft ook een breed hulpaanbod, doch richt zijn aandacht vooral op zeer jeugdigen en op chronisch zieken en bejaarden. Hij heeft althans in theorie een meer op deelpopulaties gerichte en meer preventieve en voorlichtende werkwijze. De maatschappelijk werker ziet maar een klein segment van de populatie, met een specifieke materiële en immateriële problematiek en voor een groot deel na verwijzing. De taak van de gezinsverzorger is het op zeer concrete wijze handhaven van een min of meer stabiele psychosociale thuissituatie ondanks ziekte, handicap of andere uitvalverschijnselen en werken aan herstel van het eigen vermogen van de cliënt om thuis verder te kunnen leven.

Hoewel de extramurale fysiotherapie niet behoort tot het officiële kernkwartet, en de patiënt zich niet rechtstreeks tot hem kan wenden, behoort ook deze discipline daartoe te worden gerekend.[12] En ook de huidige doktersassistente zal zich meer en meer professionaliseren tot centrum- of teamassistente. Zij – in de toekomst ook hij – zal ook eigen taken gaan vervullen, met name in de sfeer van monitoring en preventie.[13]

De illusie van de beginjaren zeventig, als zou er een interdisciplinair hulpverleningsmodel bestaan of zijn te ontwerpen, is geleidelijk aan verlaten.[14] De medewerking van de overheid en de koepelorganisaties der kerndisciplines was te spaarzaam om een grote sprong voorwaarts te maken. De economische steun was te gering en te aarzelend. Te snel werden substitutie-effecten verwacht met betrekking tot de tweede lijn. Die worden nu pas zichtbaar en dan vooral in gezondheidscentra.[15] Dat wijst erop dat een verbeterde organisatiegraad op mesoniveau gunstige financieel-economische gevolgen heeft. Het tempo van de modernisering van de eerste lijn als geheel is echter nog te traag om te kunnen concurreren met de goed georganiseerde tweede lijn.

Sociaal versus medisch model

Ook op het ideologisch niveau is een belangrijke oorzaak aan te wijzen. Deze is gelegen in het onvermogen het sociale en het medische hulpverleningsmodel op een bevredigende wijze met elkaar te verbinden en zo een werkelijk integrale benadering te realiseren. Het medisch model houdt in: het trachten vast te stellen van een 'ziekte' met oorzaak, verschijnselen, verloop en diagnose die voert tot een therapeutische of preventieve actie. Het sociale model biedt een referentiekader waarbij centraal staat dat de mens een sociaal gevormd of vervormd wezen is, levend in, deelhebbend aan en de invloeden ondergaand van maatschappelijke structuren en processen.

Natuurlijk is het zo, dat de medicus practicus, en dan met name de huisarts, voortdurend rekening houdt met en oog en oor heeft voor psychische en sociale determinanten bij ziekte en ziektegedrag. Evenzeer zal de maatschappelijk werker zo nodig medische informatie bij zijn beleid betrekken. En vanzelfsprekend zal de wijkverpleegkundige de krachten van de patiënt en de directe omgeving mobiliseren om overname, aanvulling of herstel van de zelfzorg te bevorderen. Maar van een echte gezamenlijkheid c.q. integratie kan nauwelijks sprake zijn, omdat de vertrekpunten te verschillend zijn.

Al in 1972 kondigde *Lamberts*, op grond van de ervaringen in het gezondheidscentrum Ommoord, de op de werkvloer waar te nemen caesuur aan tussen het sociale en het medische model.[16] De huisarts is zich sindsdien meer gaan concentreren op de medisch-ambachtelijke aspecten van zijn beroep. Een vanzelfsprekende samenwerking van de huisarts is derhalve te verwachten met de wijkverpleging en de fysiotherapie. Hun land van herkomst is identiek. Het medisch model is in, het sociale model is uit. En interdisciplinaire samenwerking betekent in de praktijk: weet hebben van elkaars kennen en kunnen, en in staat zijn daarvan op een adequate wijze gebruik te maken. De gemeenschappelijke basis is het gegeven dat de hulp en zorg om thuis zijn gecentreerd: thuiszorg.[17]

Uitweg uit de impasse

De pogingen om die medisch-sociale of sociaal-medische hybride tot leven te brengen, zijn mijns inziens een niet geringe rem geweest voor de groei van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. In essentie is deze problematiek terug te voeren op het al beschreven en ingebakken conflict tussen ideologische en economische doeleinden. *Philipsen* bezigt in dit verband de termen substantiële en functionele rationaliteit.[18] Zijn gedachtengang – ten dele ontleend aan anderen – kan leiden tot een uitweg uit de huidige conceptuele impasse.

Substantiële rationaliteit staat voor begrippen als zingeving, beleving, communicatie en eigen leefwereld. Deze berust op het vermogen de werkelijkheid te ervaren als een geordend, geïntegreerd geheel. Bij functionele rationaliteit gaat het om instrumentele systemen

die succesvolle en meetbare procedures en protocollen opleveren en die leiden tot differentiatie en specialisatie.

De substantiële rationaliteit lijkt steeds meer in de verdrukking te komen, wordt als het ware gekoloniseerd door de functionele rationaliteit. In de gezondheidszorg uit zich dit op een aantal terreinen:

- Overheersing van *cure boven care*. Diagnose en therapie, behandeling en genezing zijn gemakkelijker op hun succes te beoordelen dan verzorging, verpleging en ondersteuning.
- Er is een sterke benadrukking gekomen van het *methodisch handelen*. Processen worden tot procedures: de arts streeft protocollaire geneeskunde na en de verpleegkundige formuleert een verpleegplan.
- De geneeskunde wordt voornamelijk gevoed door *biomedische kennis*.
- Somatische interpretaties van ziekte en gezondheid nemen sterk in betekenis toe, los van meer psychologische en sociale interpretaties.
- De succesvolle differentiatie van de zorg, leidt tot *gefragmenteerde behandeling en verzorging*.

Ik geef u twee voorbeelden waarmee ik zelf ervaring heb opgedaan. De hierboven genoemde terreinen zijn daarin terug te vinden. De voorbeelden geven ook aan op welke wijze een evenwicht is te vinden tussen beide rationaliteiten.

Jeugdgezondheidszorg

Het eerste voorbeeld betreft de jeugdgezondheidszorg. Wat is hier meer voor de hand liggend dan dat de eigen huisarts en de eigen wijkverpleegkundige de jonge gezinnen met kinderen tussen 0 en 4 jaar tezamen begeleiden.[19] Tezamen hebben zij een goed beeld van het functioneren van het gezin. De huisarts is op de hoogte van de gezondheidszorgstoornissen die aanleiding gaven tot een hulpvraag tijdens het gewone spreekuur. De hulpvragen in die leeftijdcategorie vormen immers de top van alle gepresenteerde morbiditeit. Ook heeft hij veelal een beeld van de leefwereld, van het relatiepatroon, van de manier waarop ouders en kind(eren) met elkaar omgaan. De wijkverpleegkundige completeert dat beeld door zijn kennis van het sociale netwerk dat is verkregen door observaties tijdens huisbezoeken.[20]

Toch kost het moeite het consultatiebureau voor de eerste lijn te behouden.[21] In de jaren voor en direct na de tweede wereldoorlog was het bestaansrecht van deze consultatiebureaus buiten kijf. Ernstige infectieziekten, voedingsstoornissen en avitaminosen kwamen toen veelvuldig voor. Daarvan is vrijwel geen sprake meer, tenzij men vetzucht als een voedingsstoornis aanmerkt. Nu gaat het veeleer om het volgen van de psychomotore ontwikkeling en het geven van adviezen op het gebied van voeding en opvoeding.[22] Eerstelijns teams moeten daartoe, zeker na de nodige bijscholing, in staat worden geacht.

Een dergelijke samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige, het samen bezig zijn met dezelfde populatie, zal een aanzet, een opstap kunnen vormen voor het uitwerken van een interdisciplinair eerstelijns hulpverleningsconcept. Bouwstenen daarvoor zijn: de samenhang tussen preventie en gepresenteerde morbiditeit, de gezinsmatige benadering en de betekenis van het sociale netwerk. Deze vorm van samenwerken kan worden uitgebreid tot de gezamenlijke zorg voor bejaarden. Een of andere vorm van monitoring van bejaarden – en zeker van de hoogbejaarden in de thuissituatie – zal nodig en nuttig zijn. In een Deens experiment leidde deze werkwijze tot een significante daling van mortaliteit en ziekenhuisopnamen. Bovendien bleken de kosten van gezondheidszorg gehalveerd.[23]

Diabetes mellitus type II

Het tweede voorbeeld gaat over diabetes mellitus type II. Bij de begeleiding van diabeten staat centraal het voorkómen van complicaties en invaliditeit. Het succes van de behandeling hangt in belangrijke mate af van de trouw van de patiënt aan de geadviseerde therapie.

Er is een groeiende consensus dat de behandeling en begeleiding van deze chronische ziekte – die bij 2 procent van de bevolking en bij minstens 6 procent van de 60-plussers voorkomt – kan en moet plaatsvinden in de eerste lijn.[24] De argumenten daarvoor zijn ten minste tweeërlei:

- voorlichting en daarbij aansluiten bij de belevingswereld en leefwereld van de patiënt is even essentieel als het vastleggen van de biochemische parameters en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek;[25]
- de kwaliteiten van het gezin, zoals de grootte en de onderlinge relaties, lijken samen te hangen met de mate van geconstateerde trouw aan het voorgestelde beleid.[26]

Een soortgelijke argumentatie is ook valide voor andere categorieën, zoals patiënten die een vasculair accident hebben doorgemaakt, CARA-patiënten, patiënten met een reumatoïde arthritis en patiënten na een operatie wegens een mammacarcinoom of coloncarcinoom zonder metastasen. De totale prevalentie van deze chronische aandoeningen bedraagt ongeveer 70 per 1000.[27] Het allergrootste deel van hen is nu nog in zorg bij de specialistische geneeskunde, terwijl er op vaktechnische gronden onvoldoende redenen zijn deze begeleiding niet aan de eerste lijn toe te vertrouwen. En met eerste lijn bedoel ik werkelijk alle eerstelijns disciplines.

Onderwijskundig is het van groot belang, dat de studenten leren en ervaren hoe deze problematiek in de eerste lijn kan worden aangepakt. Voor hun beeldvorming ten aanzien van de uitoefening der geneeskunde is dat bepalend.

Eerstelijns geneeskunde en faculteit

De huisarts wordt gezien als de kernfiguur in het eerste echelon. Hij vertaalt als het ware de ongedifferentieerde vraag naar gezondheidszorg en handelt die in 80 tot 90 procent van de gevallen zelf af. Hij onderhoudt de verbindingen met de andere specialisten in de tweede lijn en de andere hulpverleners in de eerste lijn. Hij zit in het kruispunt van het geneeskundig en het sociale hulpverleningssysteem.[28]

In de korte tijd dat ik werkzaam ben in deze instelling, is het mij opgevallen dat het vakgebied 'eerstelijns geneeskunde' weinig wetenschappelijke waardering ondervindt. Dat is opmerkelijk. Want al in 1972, toen de basisfilosofie van deze – de achtste – medische faculteit werd geconcipieerd, werd geschreven: 'Speciale aandacht en onderzoek moet worden besteed aan de opleiding van artsen voor het eerste echelon' en 'teamvorming van de arts met niet-medische deskundigen, de ontwikkeling van groepspraktijken en de bouw van speciale gezondheidscentra liggen hierbij in de verwachting'.[7]

Vanwaar die geringe waardering? Zijn de 'eerste-lijners' – voor de faculteit der geneeskunde zijn dat de huisartsen – minder intelligent dan de tweede-lijners? Werken ze niet hard genoeg?

Zulke psychologismen helpen ons niet verder. Het ontbreekt immers niet aan intelligentie en werklust. Integendeel, er is en wordt bijzonder hard en met veel creativiteit gewerkt in de eerste lijn, ja soms gehold naar de horizon.[29]

Uit de beschouwing van de WHO-principes blijkt dat de materie weerbarstig is. De opleiding kan niet anders dan onvoldoende zijn en de plaats van de eerste lijn in het geheel van de zorg brengt heel eigen obstakels mee.

Regio en faculteit

Meer dan enige andere functie is de regiofunctie van deze faculteit benadrukt.[30] Toch is die relatie naar de eerste lijn niet zo bloeiend als voorzien. Het terrein, de regio, blijkt niet op een simpele wijze beschikbaar. De betrekkelijke eenvoud waarmee in een laboratorium en in een kliniek door hun institutionele karakter allerlei variabelen zijn te controleren, ontbreekt in de eerstelijns situatie. Noch over de hulpverleners, of zij nu onderwijs geven of onderzoek verrichten, noch over de patiënten kan zomaar beschikt worden. Het is goed te beseffen, dat elke medewerking vanuit het veld geschiedt op basis van individualiteit, vrijwilligheid en wederkerigheid. Voor beide partijen, veld en universiteit, moet de verhouding aantrekkelijk en voordelig zijn.

Een van de modellen om de relatie tussen faculteit en eerste lijns veld vorm te geven is de zogenaamde academisering.[31 32] Dat betekent het aangaan van een formele, langdurige binding van praktijken en faculteit, met het doel aan de hand van werkplannen, wetenschappelijk onderwijs en wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn mogelijk te maken en te ontwikkelen. Het woord affiliatie is een betere weergave van de relatie. Tot nu toe is die binding, op een uitzondering na, helaas beperkt gebleven tot huisartsen en huisartspraktijken. Ook de andere eerstelijns disciplines behoren uitdrukkelijk deel te nemen aan die academisering, zoals aanvankelijk ook bedoeld.[33]

Dat streven naar formalisering vordert langzaam, en niet zonder aanzienlijke weerstanden en problemen. Het zou te ver voeren, om in dit kader een volledige analyse te geven. Maar vanuit mijn eigen ervaringen hier, en vanuit mijn werkplek in een 'geacademiseerd' gezondheidscentrum, meen ik tenminste drie belemmerende factoren waar te nemen.

Belemmerende factoren

De eerste factor betreft de veelal tegengestelde belangen tussen faculteit en veld. De faculteit wil, krachtens haar opdracht, wetenschappelijk onderzoek doen en wetenschappelijk onderwijs geven. Daar hebben de studenten recht op. De werkers in het veld willen krachtens een even honorabele opdracht, goede gezondheidszorg bieden. Daar hebben de patiënten recht op. Deze onderscheiden belangen zijn in een academisch ziekenhuis wellicht nog compatibel vanwege een grotere afhankelijkheid van de patiënt en een al langer bestaande onderwijs en onderzoek traditie. In de eerste lijn is dat niet zo. De aard van de gepresenteerde problematiek is er niet naar. De inrichting van de lokatie is er niet naar. En de arts-patiënt relatie is er niet naar. En toch kunnen beide partijen niet zonder elkaar. Goede gezondheidszorg is alleen mogelijk door goed opgeleide artsen en op basis van goed wetenschappelijk onderzoek. En daar is het veld voor nodig. Bovendien worden ideeën voor onderzoek en onderwijs juist vaak opgedaan in de directe zorg voor patiënten.

Een tweede belemmerende factor is, naar mijn mening, de bestaande scheiding tussen onderwijs en onderzoek. Opvallend is dat met ruim de helft van de huisartspraktijken in Limburg in de loop der jaren, wat betreft onderwijs, een harmonieuze samenwerking is opgebouwd, terwijl de verbreding naar onderzoek een tempo achter ligt.

Elders in dit land, en daarmee bedoel ik het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, is echter aangetoond, dat beide stromen tot bloei komen, als er van meet af aan verbindingen worden aangebracht. Ook hier kan dat gebeuren. Niet alleen onderzoek van onderwijs, wordt daarmee bedoeld. Daartoe behoren ook het ontwikkelen van standaarden door middel van consensusvorming en besliskundige analyse.[34] De resultaten van dit type onderzoek dragen direct bij aan het streven naar kwaliteitsverbetering van de hulpverlener. Onderwijsontwikkeling kan niet los gezien worden van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en toetsing van het handelen.

Een derde belemmering is mijns inziens gelegen in het ontbreken van de verwevenheid van patiëntenzorg en academische taken. Behalve in overeengekomen en geformaliseerde werkplannen, dient deze ook tot uiting te komen in personen die daadwerkelijk de brugfunctie tussen de praktijk van alledag en de academische taken vervullen. Voor mijzelf als huisarts-hoogleraar is het blijven dragen van verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg een voorwaarde om goed te kunnen functioneren. Immers, 'men mag slechts onderwijzen wat men zelf doet'.[35]

Om dit precaire proces te doen slagen, moet ook en vooral voor de werkers in het veld de samenwerking aantrekkelijk genoeg zijn. Succesvolle samenwerking berust op het principe van wederkerigheid. Dat vraagt om een systeem, om een procedure, om een nauwkeurige afstemming tussen beide partijen en een nieuwe cultuur binnen die verhoudingen.[36] Dat kost tijd, inspanning en geld. De contacten en contracten met de universiteit moeten inhouden, dat de professionaliteit van de hulpverleners toeneemt en de patiëntenzorg derhalve verbetert. Dus naast onderwijs en onderzoek, voldoende aandacht voor gezondheidszorgontwikkeling, die uiteraard geëvalueerd dient te worden. En gezondheidszorg in de eerste lijn betekent thuiszorg!

Terreinen die wat betreft het samengaan van onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg zeer relevant zijn, en waarop reeds wordt gewerkt, zijn: de oudere mens en de patiënt met kanker. In Noord-Limburg is recent onderzoek gedaan naar de vraag naar thuiszorg door kankerpatiënten in relatie tot het voorkomen van en het overlijden aan kanker.[37] Van alle overledenen aan kanker in 1982 bleek 66 procent bekend te zijn bij de wijkverpleging. Bij 33 procent was de wijkverpleegkundige actief betrokken, bij 28 procent dagelijks en bij 5 procent wekelijks.

Onderwijskundige consequenties

Voortbouwend op het hiervoor betoogde, wil ik nu de onderwijskundige consequenties overwegen. Ik zal dat doen op geleide van de twee vragen: wat en hoe? De eerste verwijst naar inhoud, de tweede naar vorm.

Het allerbelangrijkste is wel dat het denken en handelen in de eerste lijn in principe uitgaat van gezondheid en gezondheidsbevordering van personen en de rol die sociale netwerken, zoals gezinnen, daarbij spelen; het accent ligt eerder op substantiële rationaliteit. Bij denken en handelen van intramurale zorg staan de individuele ziekten centraal; het accent ligt eerder op functionele rationaliteit.

Kijken we naar diagnosegebonden ziekten in de eerste lijn, dan gaat het vooral om gewone ziekten, zoals kinderziekten, luchtweginfecties, traumata en aandoeningen van het bewegingsapparaat en de huid; om psychosociale problemen; om vroege en late stadia van chronische ziekten, zoals asthmatische bronchitis, suikerziekte, hart- en vaatziekten, kanker, reuma e.d.[36 37]

Kijken we naar de manier waarop daarmee wordt omgegaan, dan staan diagnostiek en zorg meer op de voorgrond dan genezing. De hulpverlening bestaat veeleer uit uitsluiten dan aantonen, en veeleer uit continuïteit van zorg – veelal episodisch verleend – dan uit incidentele zorg. De persoon van de hulpverlener wordt sterk betrokken in het proces, in de interactie met de patiënt en zijn directe omgeving. De attitude en werkwijze van de hulpverlener zijn dan ook van wezenlijke betekenis voor de kwaliteit van de relatie en daardoor voor de kwaliteit van het hulpverleningsproces.

Een eerste manier om de student deelgenoot te maken van deze basale noties, is *patiënt-gebaseerd* leren. Hiermee bedoel ik dat de student, bij het vorderen van zijn studie in toenemende mate betrokken wordt bij een beperkt aantal patiënten. Hij volgt die patiënten een lange tijd, enige jaren. Incidenteel gebeurt het al dat een co-assistent huisartsgeneeskunde een verwezen patiënt vergezelt naar de polikliniek en het specialistisch consult bijwoont. Ook de omgekeerde gang is van belang. Na opname in een ziekenhuis of na onderzoek in een polikliniek, volgt de student 'zijn' patiënt in de eerste lijn en in zijn thuissituatie.

Men kan zich voorstellen dat zulk patiënt-gebonden onderwijs niet alleen plaatsvindt tijdens de co-assistentschappen, maar ook al voordien. De student zal zo op de hoogte raken van het ziektebeeld van de patiënt, het verloop ervan, van de beleving, van de invloed van en op de thuissituatie en van de diverse hulpverleningscircuits. Met name patiënten met een chronische aandoening zullen hiervoor in aanmerking komen. En die zullen er steeds meer zijn! Een toenemende integratie van theorie en praktijk kan zo in de voortgang van de studie worden bewerkstelligd.

Een tweede manier, die overigens zeer wel kan aansluiten bij de eerste, is de interprofessionale training van eerste lijns disciplines.[40] De verwevenheid van sociaal-ecologische en medische factoren die het ziek zijn en de hulpverlening in de eerste lijn zo zeer kenmerken, nopen daartoe. Onderzocht zal moeten worden in hoeverre onderdelen van de Hogere beroepsopleidingen of soortgelijke opleidingen tot wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en fysiotherapeut kunnen aansluiten bij de huidige opleiding tot basisarts.

Dergelijke plannen kunnen niet ineens en wellicht ook niet op een precies voorspelbare wijze vorm krijgen. Gedurende enige jaren zijn een reeks van experimenten nodig.

Binnenkort gaat het eerste van start. Het is bedoeld voor tweedejaars studenten, die via huisartsen in geacademiseerde praktijken in contact gebracht zullen worden met een gezin. De gezinnen die daarvoor in aanmerking komen zijn: gezin met pasgeboren kind, gezin met een gehandicapt kind, gezin met een chronisch zieke bejaarde en dergelijke.

De leerdoelen zijn: leren zien van het gezin als systeem, de gevolgen observeren van gezondheidsstoornissen voor het functioneren van het gezin en de contacten en interactie met de gezondheidszorg in kaart brengen. In binnen- en buitenland zijn met dergelijke stages goede ervaringen opgedaan.[41 42]

Als zo'n veldstage op den duur definitief wordt, is een essentieel element toegevoegd aan het curriculum. Zo zijn ook de al jaren met succes verlopende 'Oriëntatie eerste lijn' in het eerste jaar en het unieke co-assistentschap huisartsgeneeskunde in het vijfde jaar wezenlijke bestanddelen. Minder wezenlijk, maar potentieel van groot belang zijn de stages die vanuit het skillslaboratorium worden gerealiseerd en die aansluiten bij het theoretisch curriculum.

Het zijn echter losse onderdelen die noch inhoudelijk, noch organisatorisch voldoende samenhang vertonen. Waar we naar toe moeten, is een *transmuraal* curriculum. Dat betekent enerzijds complementariteit van wat de eerste en de tweede lijn te bieden hebben, en anderzijds het slechten van barrières tussen denken en doen. Daar kan naar toe worden gewerkt via het theoretische en het praktische deel van het curriculum.

De neerslag van het theoretische deel is te vinden in de blokboeken. En die blokboeken bestaan onder andere uit casus, beschrijvingen van ziektegeschiedenissen. In slechts 60 procent van de gevallen beginnen die bij de huisarts, en daarvan wordt dan ook nog bijna de helft verwezen. Op die manier wordt een volstrekt onjuiste beeldvorming teweeggebracht. Deze wordt getypeerd door een uitspraak in 'Terzijde', een rubriek in een bekend weekblad: 'Dokter, is het ernstig of is het een eerstelijns ziekte?'

Via het praktisch medisch onderwijs kan het transmurale karakter zichtbaar worden gemaakt door het patiënt-gebaseerd leren en door de invoering van themamiddagen, met name in de jaren vijf en zes, waar geïntegreerd medisch onderwijs gestalte kan krijgen.[44]

Naast de vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch zijn in de faculteit drie randvoorwaarden aanwezig die de verdere uitbouw van het curriculum in de geest van de basisfilosofie en de declaratie van Alma Ata in positieve zin kunnen beïnvloeden.[45] De eerste is het skillslaboratorium. Deze faculteit mag zich verheugen in het bezit van dit deelproject, dat op een systematische en evalueerbare wijze verbindingen aanbrengt tussen theorie en praktijk, en waar succesvol gepoogd wordt kennis te integreren met vaardigheden en attitude. De tweede is het academiseringsproces, waarvan al eerder sprake was. Daardoor wordt het mogelijk, onder min of meer gecontroleerde condities, in een extramurale setting op een experimentele wijze het onderwijs verder te ontwikkelen. En tenslotte maakt de benoeming van een klinisch onderwijscoördinator het mogelijk om met de kliniek als geheel te overleggen, tot onderlinge afstemming en tot een gemeenschappelijk beleid te komen.

Wat mij inspireert is niet slechts het in onderwijskundig opzicht slechten van de muren tussen de intra- en de extramurale zorg, zelfs niet de verwezenlijking van de basisfilosofie, die ondanks alle cynisme ook hier ter stede, een grote zeggingskracht houden. Neen, ten grondslag ligt de overtuiging dat de patiënt een betere, een volwaardiger arts kan verwachten, die tegelijk rationeel werkt, zorg heeft, en zorg geeft.

1 Anoniem. Structuurnota gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
2 Groffen W. De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand. Med Contact 1974; 29: 929-32.
3 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, 1987.
4 Kaprio LA. Primary health care in Europe. Geneva: World Health Organization, 1979.
5 Vrij A. Alma Ata, een mijlpaal? Huisarts Wet 1979; 22: 77-81.
6 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.
7 Anoniem. Basisfilosofie achtste Medische Faculteit. Med Contact 1972; 27: 1-6.
8 Van der Maessen LJG. Transformatie van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987.
9 Bensing JW. Wie wil in Nederland primary

health care? Med Contact 1984; 39: 141-6.
[10] Stevens FCJ. De bureaucratisering van het medisch specialistisch ambacht. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987.
[12] Van Weel C. Fysiotherapie [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1987; 30: 137.
[13] De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
[14] Ris BGM, Diederiks JPM. Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. Tijdschr Soc Geneeskd 1974; 52: 553.
[15] Wijkel D. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken. In: Boerma WGW, Hingstman L, red. De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
[16] Lamberts H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in dankzij of ondanks het medisch model. Huisarts Wet 1972; 15: 369-83.
[17] ATIS. Mogen we even voorstellen: de vier kerndisciplines. Bunnink, 1987.
[18] Philipsen H. Rationaliteit en ons oordeel over de verdwijnende patiënt. Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 142-51.
[19] Crebolder HFJM. Huisarts en kinderhygiëne. Med Contact 1979; 47: 1496-8.
[20] Smits AJA. Het huisbezoek als methode van vroegtijdige signalering. MGZ 1980; 8(6): 20-23.
[21] Crebolder HFJM, Van de Wouw H. Voorwaarden en normen voor het consultatiebureau in de eerste lijn. Afspraken in Limburg. Med Contact 1984; 39: 467-70.
[22] Swaak AJ, Kousemaker NPJ, Wilbrink-Griffioen DW. Consultatiebureaus en opvoeding. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 1987; 19: 35-7.
[23] Hendriksen C, Lund E, Stömgärd E. Consequences of assessment and intervention among elderly people; a three year randomised controlled trial. Br Med J 1984; 289: 1522-4.
[24] Rutten G, Van Eijk J, Beek M. Controles bij diabetes mellitus. Een peilend onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Med Contact 1985; 40: 389-90.
[25] Van der Horst F. Compliance als vraagstuk in de arts-patiënt relatie. Symposium bundel Patiënten-voorlichting. Maastricht, 1984.
[26] Crebolder HFJM, Van Eijndhoven M. De begeleiding van type-II diabeten. Huisarts Wet 1986; 29(suppl 10): 16-9.
[27] Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Een terreinverkenning. Utrecht: Bunge, 1983.
[28] Anoniem. Hoe helpt de dokter. Huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
[29] Hollend naar de horizon. Huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
[30] Brouwer W, Romme MAG. Faculteit en eerste lijn. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
[31] Van Es J. Faculteit en eerste lijn. Voorstel over de wijze waarop de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. Med Contact 1981: 37: 179-82.
[32] Brouwer W. Academisering in de eerste lijn noodzaak. Med Contact 1982; 38: 321-2.
[33] Academisering in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Tweede Kamer, 18670, 1, 1984-1985.
[34] Knottnerus JA. Bouwstenen voor een rationele medische besluitvorming. Med Contact 1987; 42: 501-4.
[35] Huygen FJA. Levensloop en ziekte [Afscheidscollege]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.
[36] Pollman T. Niet de Nederlandse samenleving is kil en koud, alleen de Nederlandse overheid. Vrij Nederland 1987; 48(10-1-1987).
[37] Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985-2000. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
[38] Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
[39] Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens HJWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
[40] Jones RVH. Working together – learning together [Occas Paper 33]. London: Royal College of General Practitioners, 1986.
[41] De Jonge GA. Medisch onderwijs in gastgezinnen. Med Contact 1986; 41: 306-9.
[42] Man in society. The family glacement 1985-1987. General practice unit. Leicester: Department of Community Health. University of Leicester, 1987.
[44] Nota praktisch medisch onderwijs in het vijfde en zesde jaar. Maastricht: Bureau Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
[45] Walton HJ. A reorientation in medical education. Medical Education 1984; 18: 1-2.

Struikelblok

Overmoed

De stem aan de telefoon klinkt angstig en gehaast. Of ik wil komen kijken naar meneer X, die de laatste dagen vreemd doet, stemmen hoort, nachten door het huis spookt en dreigende taal bezigt. De opbeller, die sinds een half jaar bij X op een kamer woont, weet me geen informatie te verschaffen over eerder psychiatrische opnamen, medicatie of alcoholgebruik. De vraag wat hem bang maakt, wordt vaag beantwoord.

Het is zaterdag en psychiatrie tijdens een weekenddienst vind ik een moeilijke klus. Meestal zijn de crises te beteugelen of op zijn minst te plooien tot na het weekend.

In deze stemming ga ik naar het opgegeven adres. De kamerbewoner doet mij open en... glipt meteen naar buiten. Ik loop de richting uit van harde muziek. Een kamerdeur vliegt open en een man van midden 30 vraagt wat ik kom doen. Halverwege mijn antwoord trekt hij mij zijn kamer binnen en doet deze op slot. Het aantal decibellen garandeert een volmaakte gespreksbarrière. Een monoloog over stemmen, die hem via microfoons, radio en tv bereiken, begint. Eros en Thanatos lijken de centrale thema's, beeldend geïllustreerd door overal verspreide pornobladen, het rijkelijk tonen van zijn geslacht en een uitgestalde messenverzameling op tafel. Hij is erg onrustig en tussen aanspreekbaarheid en agressiviteit ligt maar een millimeter marge.

Ik heb nog nooit zo gretig ingestemd met iemands verzoek de hele woning te bezichtigen. Nog voor hij de trap heeft bereikt, ben ik het huis uit gevlucht.

Achteraf bekeken is een zekere overmoed, de gedachte van het zal wel loslopen, debet aan een voor beide partijen riskante hulpverlening. Ik had, ook al was het weekend, kunnen proberen om informatie bij de eigen huisarts of het RIAGG in te winnen. Bovendien wist mijn achterwacht niet precies waar ik was; afspraken hierover lijken mij in bepaalde situaties geen overbodige luxe.

De patiënt in kwestie is de volgende dag met een IBS opgenomen, omdat hij de openbare orde meer dan verstoorde met een nakend en mastuberend act voor het sjiekste bejaardenhuis van de stad.