

De managementtaak van de huisarts

B. SPRIJ
A.F. CASPARIE

De managementtaak van de huisarts staat in het middelpunt van de belangstelling door ontwikkelingen als de invoering van de plannen van de commissie-Dekker en de grotere aandacht voor de thuiszorg. Met behulp van het Basistakenpakket is getracht enig inzicht te krijgen in de aard van deze managementtaak door een ordening van de literatuur op de deelaspecten 'bevorderen/onderhouden van de vakbekwaamheid', 'samenwerking', 'praktijkorganisatie', 'medische en financiële administratie' en 'overige activiteiten'. Tevens is aan de hand van de managementfuncties 'plannen', 'organiseren' en 'controleren' gekeken naar het functioneren van de huisarts bij het uitoefenen van zijn managementtaak. Op grond van de beschikbare literatuur kunnen geen conclusies over de inhoud en het functioneren van de huisarts als manager worden getrokken. Verder onderzoek naar de inhoud van de managementtaak is dan ook wenselijk.

Sprij B, Casparie AF. De managementtaak van de huisarts. Huisarts Wet 1989; 32(12): 468-72.

Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

B. Sprij, arts-onderzoeker; Prof. dr. A.F. Casparie, hoogleraar sociaal-medische wetenschap.

Correspondentie: B. Sprij.

Inleiding

Door de toenemende belangstelling voor de thuiszorg en de plannen van de commissie-Dekker staat de taak van de huisarts in het middelpunt van de belangstelling. Een verschuiving van de intramurale zorg naar de thuiszorg en de mogelijke introductie van nieuwe organisatievormen bij de invoering van de plannen van de commissie-Dekker kunnen leiden tot een taakverandering.^{1 2} Hierdoor wordt meer geëist van de niet-patiëntgebonden vaardigheden van de huisarts, die bovendien ook van belang zijn voor de continuïteit in de zorg.³

In de discussienota 'De positie van de huisarts in toekomst' wordt gesteld dat managementvaardigheden verder moeten worden ontwikkeld.⁴ Het belang van deze vaardigheden wordt onderschreven in twee Engelse onderzoeken naar de oorzaken van stress en arbeidssatisfactie bij de huisarts. Slechte organisatorische vaardigheden waren een oorzaak van het optreden van irritatie en ontevredenheid.⁵⁻⁷

Het is nuttig te weten bij welke activiteiten en op welke wijze deze vaardigheden worden gebruikt, en in dat verband rijst de vraag wat de managementtaak van de huisarts eigenlijk inhoudt. Gepoogd is deze vraag door middel van een literatuurstudie te beantwoorden.

Gegevensverzameling

In het Basistakenpakket van de LHV wordt onder een taak verstaan: 'een met elkaar samenhangend geheel van activiteiten, waarmee een huisartsgeneeskundig doel kan worden nagestreefd'.⁸ Deze taak kan voorwaardenscheppend zijn of rechtstreeks in verband staan met de hulpverlening.

Bij de bepaling van de managementtaak moeten twee soorten managementactiviteiten worden onderscheiden:

- het 'procesmanagement': het scheppen van voorwaarden die de patiëntenzorg mogelijk maken;
- het 'casemanagement': het organiseren van zorg voor de individuele patiënt.

In de praktijk is geen strikte scheiding aan te brengen. Zo zal de mate waarin de arts zijn patiënten met een bepaalde aandoe-

ning terugbestelt, consequenties hebben voor de drukte en organisatie van het spreekuur en de praktijk.^{9 10} Gezien het voornamelijk medische karakter van het casemanagement zal hier vooral worden ingegaan op het procesmanagement.

Voor het onderzoek is gebruikt gemaakt van de volgende bronnen:

- de indexen vanaf 1983 van *Health Service Research*, *Huisarts en Wetenschap*, *Journal of Family Practice*, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *Medical Care*, *Medisch Contact* en *Praktijk Management*;
- het CSA-MedLinebestand vanaf 1983 t/m het eerste kwartaal van 1989;
- de Family Literature Index (FAMLI), 1983-1987;
- de WVC-documentatie van 1986 t/m juni 1989.

Om zoveel mogelijk relevante artikelen op te sporen, werden in totaal twintig trefwoorden gebruikt. Zo werd bij het zoeken in het MedLine-bestand gebruikt gemaakt van de trefwoorden 'practice organization', 'practice management', 'organization and administration' en 'group practice', in combinatie met 'family practice' of 'primary care'. Bij het speuren in de huisartsgeneeskundige literatuur werden meer specifieke trefwoorden gebruikt. Uiteindelijk werden op die manier circa 250 artikelen en rapporten gevonden.

Om de relevantie van de artikelen te bepalen, werden zij beoordeeld op twee criteria: *inhoud* (levert het artikel een bijdrage aan de beantwoording van de onderzoeksvragen?) en *aard* (basisliteratuur, beschouwende literatuur en onderzoeksliteratuur).

Daarnaast werd aan de hand van de 'classical organization theory' van Fayol nagegaan in hoeverre de huisarts in de diverse artikelen de verschillende onderdelen van zijn managementtaak adequaat uitvoerde.¹¹⁻¹³ Management wordt in deze theorie opgevat als een proces van vijf samenhangende functies: 'plannen', 'organiseren', 'besturen', 'coördineren' en 'controleren'. Later zijn hier door anderen nog functies aan toegevoegd.

Hodgetts vergeleek dertien auteurs met elkaar en kwam tot de conclusie dat drie

managementfuncties telkens werden genoemd:

- plannen: het vaststellen van doelen en de wegen om deze doelen te bereiken;
- organiseren: het verwezenlijken van de geplande doelen en activiteiten;
- controleren: het zich ervan verzekeren dat de feitelijke activiteiten volgens de planning verlopen.¹²

Het toepassen van deze drie functies is gebruikt als referentiekader om te bepalen in hoeverre de managementtaak adequaat wordt vervuld.

Basistakenpakket

Het literatuuronderzoek heeft geen recent onderzoek opgeleverd dat een totale inventarisatie geeft van de managementtaak van de huisarts.

Boots en Van Zutphen onderzochten de werking en de taken van de huisarts in een gestratificeerde steekproef van 93 huisartsen.^{14 15} *Van Zutphen* concludeerde in zijn deel van het onderzoek, dat de huisarts twee belangrijke ondersteunende taken kent: 'nascholing' en 'samenwerking en onderwijs'. Deze activiteiten zouden deel kunnen uitmaken van de managementtaak. Geen oordeel wordt gegeven over het functioneren van de huisarts bij het uitvoeren van de diverse taken.

Een overzicht van de verschillende taken die de huisarts zou moeten verrichten, wordt gegeven in het *Basistakenpakket*.⁸ Wij hebben de activiteiten die deel uitmaken van het 'proces-management', er uitgelicht en gebruikt als hulpmiddel bij het ordenen van de literatuur. Van die managementtaak kunnen deel uitmaken: bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid, samenwerking, praktijkorganisatie, medische en financiële administratie, en overige activiteiten.

Bevorderen en onderhouden vakbekwaamheid

Het nemen van een beslissing om een cursus te gaan volgen, kan worden beschouwd als een onderdeel van de managementtaak. De huisarts dient immers te weten welke bekwaamheden onvoldoende zijn, en welke vaardigheden hij in de toekomst nodig

zal hebben. Een voorbeeld is het volgen van een computercursus om kennis van automatisering op te doen. Een belangrijk onderdeel van de controlefunctie is dus het verkrijgen van inzicht in de eigen praktijkvoering om de mogelijke lacunes op te sporen. Dit inzicht kan onder andere door zelftoetsing en toetsing worden verkregen.^{8 16}

Samenwerking

Onder samenwerking wordt verstaan: 'de mogelijkheden en begrenzings van de hulpverlening te onderkennen en derhalve samen te werken met andere hulpverleners'.⁸ De huisarts dient hierbij initiatieven te nemen teneinde de samenwerking gestalte te geven. De volgende samenwerkingsvormen kunnen worden onderscheiden: tussen huisarts en specialist, tussen huisartsen onderling en tussen de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn.

Samenwerking met de tweede lijn

Samenwerking met de tweede lijn is op vele manieren mogelijk, maar beperkt zich hoofdzakelijk tot verwijzingen en consulten.¹⁷ Mogelijke oorzaken daarvan zijn: verschillen in taakopvatting, een tekort aan inzicht in elkaars functioneren, een gebrekkige communicatie en een passieve houding. De eerste drie oorzaken werden ook als knelpunten ervaren in een onderzoek waar deze samenwerking werd geëvalueerd in interviews met negen specialisten en twaalf huisartsen.¹⁸ Uit ander onderzoek blijkt verder dat er grote verschillen in opvatting bestaan over de onderlinge taakafbakening tussen huisarts en specialist, en dat dit de samenwerkingsrelatie niet ten goede komt.¹⁹⁻²⁰ *Van der Wouden en Dokter* tonen in een onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij patiënten met kanker aan dat er een relatie bestaat tussen enerzijds de taakafbakening en de communicatie en anderzijds het oordeel over de samenwerking.²¹

Ook in het buitenland wordt geschreven over dit soort communicatieproblemen. Zo bleek uit een Engelse studie dat bij 109 van de 213 geanalyseerde verwijzingen de reden van de verwijzing voor de specialist niet geheel duidelijk was.²²

Ondanks deze knelpunten behoort het tot de managementtaak van de huisarts om een zodanig samenwerkingsnetwerk met de verschillende specialismen te verwezenlijken, dat zijn verwijzingen efficiënt en effectief kunnen verlopen. Een poging daartoe is door *Querido* beschreven.²³ Hij had zich tot doel gesteld om zijn verwijzingen te beperken tot een klein aantal ziekenhuizen, maar slaagde hierin slechts gedeeltelijk.

Samenwerking tussen huisartsen

Samenwerking tussen huisartsen uit verschillende praktijken geschiedt hoofdzakelijk binnen de waarneemgroep.^{1 4}

Uit een enquête van de Geneeskundige Inspectie onder 550 huisartsen naar de 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid bleken bij sommige waarneemgroepen organisatorische lacunes te bestaan.²⁴ Toch zou de functie van de waarneemgroepen in de toekomst kunnen worden uitgebreid met bijvoorbeeld het regelen van de thuiszorg.^{1 4 25 26} Dit zal echter leiden tot complexere organisaties, met meer overleg en een navenante tijdsbelasting voor de deelnemers. Er is een reële kans dat hierdoor organisatorische problemen zullen optreden of zullen worden vergroot.

Daarnaast bestaan er samenwerkingsvormen binnen de praktijk. In Nederland waren in 1988 3417 solisten werkzaam, terwijl 1958 huisartsen deel uitmaakten van een duopraktijk, 427 van een groepspraktijk en 473 van een gezondheidscentrum.²⁷ Bij de laatste drie praktijkvormen kan overleg relatief gemakkelijk plaatsvinden, zowel gestructureerd als ongestructureerd (in de pauze en op de gang). Een dergelijke samenwerking kan leiden tot enige specialisatie binnen de praktijk, waardoor meer diensten kunnen worden aangeboden.²⁸ Verder zouden huisartsen in gezondheidscentra en duo- en groepspraktijken minder verwijzen dan solisten,²⁹ al is denkbaar dat dit vooral een gevolg is van een verschil in taakopvatting.³⁰ Overigens werd door *Geurts e.a.* bij een representatieve steekproef van 2000 patiënten geen verschil in verwijzingsgedrag geconstateerd tussen de verschillende samenwerkingsvormen.³¹

Een consequentie van het niet-solistisch werken is, dat meer tijd wordt besteed aan

overleg. In groepspraktijken en gezondheidscentra wordt een kwart van deze tijd gebruikt voor voorwaardenscheppend overleg.³² Gezien de financiële problemen van sommige gezondheidscentra kan dit overleg niet altijd tot een gezonde praktijkvoering leiden. Een gebrek aan managementtraining bij de betrokken artsen zou één van de oorzaken kunnen zijn.³³ In hoeverre deze samenwerking noodzakelijk is voor een goede patiëntenzorg, staat niet vast.^{34 35}

Samenwerking met andere disciplines binnen de eerste lijn

Samenwerking met andere disciplines kan variëren van een regelmatig informeel contact tot een gestructureerd overleg in hometeams of gezondheidscentra. Hoewel het coördineren van zorg als een aparte taak in het Basistakenpakket kan worden onderscheiden, kan deze coördinatie gezien worden als een uitvloeisel van deze samenwerking. Gezien zijn spilfunctie binnen de eerste lijn lijkt de huisarts de eerste kandidaat om deze taak te vervullen.^{8 36} In de praktijk blijkt deze functie echter niet zelden te zijn overgenomen door de wijkverpleegkundige.^{37 38} Mogelijk oorzaken zijn een gebrek aan vaardigheden bij de huisarts of het wijkgebonden in plaats van praktijkgebonden karakter van de wijkverpleging.³⁹ Uit een viertal case-studies is gebleken dat de werkgebieden van wijkverpleging, gezinsverzorging, maatschappelijk werk en huisarts in het algemeen niet op elkaar zijn afgestemd.⁴⁰ Dit zal de samenwerking in de eerste lijn uiteindelijk niet ten goede komen. Over het feitelijk functioneren van deze samenwerking en de rol van de huisarts is echter weinig bekend.⁴¹

Praktijkorganisatie

De praktijkvorm heeft uiteraard grote invloed op de managementtaak van de huisarts. Het organisatorisch overleg wordt complexer en zal meer tijd vergen als in één praktijk met een aantal artsen en eventueel ook met andere disciplines wordt samengewerkt.

De praktijkassistente vervult een belangrijk rol binnen de praktijk: als eerste contactpersoon dient zij zich een oordeel te

kunnen vormen of een casus al of niet spoedeisend is.⁴² Blijkens een Engels onderzoek naar de ervaringen van 1000 patiënten met de praktijkassistente is de mate waarin deze zich als drempel voor de huisarts opwerpt, voornamelijk een gevolg van de structuur en de organisatie van de praktijk.⁴³

Naast de intake-functie kan de assistente bepaalde medische taken uitvoeren, zoals het behandelen van wonden en het meten van de bloeddruk.^{44 45} Hierdoor heeft de huisarts meer tijd voor andere activiteiten en kan hij deze op een adequate wijze verrichten.⁴⁶⁻⁴⁹ Bij een dergelijke delegatie moet de huisarts rekening houden met de capaciteiten van de assistente, de praktijkruimte en de opvattingen van de patiënt, en zijn verder een juiste attitude en een goede praktijkuitrusting van belang.^{34 50} Een en ander geldt natuurlijk eveneens ten aanzien van de achterwacht in avond- of weekenddienst.

De organisatie van het spreekuur dient afgestemd te worden op de verwachte instroom.⁵¹ Zo is inzicht in de extra tijd die het afleggen van huisbezoeken kost, belangrijk bij het plannen van het spreekuur.⁵²

De waarde van de telefoon voor de praktijkvoering is in 1987 door *Sietsma* beschreven.⁵³ Uit het onderzoek van de Inspectie bleek echter dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartsen overdag soms nog niet goed geregeld was.²⁴ Mogelijkheden om deze bereikbaarheid te verbeteren zijn het invoeren van een apart alarmnummer en het omzetten van het telefonische spreekuur in een telefonisch afspraakspreekuur.^{54 55}

Ook het aanschaffen van medische apparatuur zal de praktijkorganisatie beïnvloeden. Naast het directe nut voor de huisarts en de kosten en baten van de aanschaf, zullen ook de consequenties voor de praktijkvoering moeten worden overwogen. Een goede illustratie hiervan is recent door *Van den Bosch e.a.* gegeven.⁵⁶

Medische en financiële administratie

Volgens het Basistakenpakket is het een taak van de huisarts om het registratiesys-

teem waarin de relevante gegevens van de patiënten worden genoteerd en bewaard, zorgvuldig bij te houden. Het opzetten, organiseren en eventueel automatiseren van een dergelijke registratie is een belangrijk deel van de managementtaak, waardoor de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd en de voor administratie benodigde tijd wordt geminimaliseerd.^{3 57}

Twee praktijkvoorbeelden over de aanschaf van een computer illustreren het belang hiervan. In de ene situatie was de invoering het resultaat van een afgewogen oordeelsvorming. De betrokken huisarts was op de hoogte van de mogelijkheden en onmogelijkheden van een dergelijk systeem en had een realistisch eisenpakket geformuleerd. Het leverde uiteindelijk belangrijke voordelen op bij het financiële beheer van de praktijk.⁵⁸ In de andere situatie bestond bij de aanschaf van een computer onvoldoende inzicht in de problemen.⁵⁹ Het is de vraag of de computer aan de oorspronkelijke doelstellingen heeft voldaan en of het automatiseren van de administratie een juiste beslissing is geweest.

Overige activiteiten

Onder de overige activiteiten vallen onder andere het vervullen van een bestuurslidmaatschap in een organisatie ten bate van de beroepsgroep en de organisatie van de gezondheidszorg, zoals de LHV of een kruisvereniging, het vervullen van opleidingstaken, maar ook het onderhandelen met ziektekostenverzekeraars.

Beschouwing

Het functioneren van de huisarts blijkt zelden op systematische wijze te zijn beschreven en het is vaak niet mogelijk de drie managementfuncties tegelijkertijd te herkennen. Meestal blijft men steken in het formuleren van plannen, waarbij het nog de vraag is in hoeverre dit voldoende onderbouwd gebeurt. Het controleren van activiteiten als afsluiting van het managementproces lijkt onvoldoende plaats te vinden. Dit is echter van groot belang, omdat de verkregen resultaten als terugkoppeling kunnen dienen bij het plannen van nieuwe

activiteiten. In de literatuur worden verschillende methoden beschreven, die als hulpmiddel bij dergelijke controle-activiteiten kunnen dienen, zoals onderlinge toetsing, het maken van een jaarverslag en zelftoetsing door middel van het systematisch vastleggen van patiëntengegevens.^{16 60 61} De huisarts moet echter zelf zijn praktijkvoering kritisch kunnen evalueren.

Op basis van dit onderzoek kan niet geconcludeerd worden, dat de huisarts voldoende of onvoldoende als manager functioneert. Het zou dan ook onjuist zijn om hier een oplossing te presenteren voor eventuele problemen. Eerst dient een inventarisatie plaats te vinden van de huidige managementtaak; pas daarna kan inzicht worden verkregen in de eventuele knelpunten. De praktijkvoering kan bovendien ook worden belemmerd door problemen als het niet praktijk- maar wijkgebonden opereren van de wijkverpleegkundigen en het niet vergoeden van bepaalde overlegsituaties.

Verder onderzoek naar de huidige en de gewenste inhoud van de managementtaak van de huisarts en de noodzakelijke tijdsbesteding is in ieder geval gewenst. Daarbij zou ook gebruik kunnen worden gemaakt van inzichten met betrekking tot de rol van de specialist in het management.

Dankbetuiging

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen. Wij danken de huisartsen H.L. van Amerongen, W. Bech, W.F. Blokhuis, C.M. van der Ree, en J.A. de Vries, en Dr. R. Grol, universitair hoofddocent Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, voor hun kritisch commentaar, en E.J. Breedveld, studente Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, voor haar ondersteuning bij dit onderzoek.

Literatuur

- ¹ Elberse WP, Langerak NH, Schrijvers AJP. Huisarts-thuisarts. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- ² Sprij B, Casparie AF. Van health maintenance organization naar managed care concept. Med Contact 1987; 42: 1597-1600.

- ³ Grol R, Smits A, Franssen H, Huygen F, Van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1987; 30: 275-279.
- ⁴ Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst [Discussienota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1988.
- ⁵ Rankin HJ, Serieys NM, Elliott-Binns CP. Determinants of mood in general practitioners. Br Med J 1987; 294: 618-20.
- ⁶ Mankin PJ, Rout U, Cooper CL. Job satisfaction and occupational stress among general practitioners - a pilot study. J R Coll Gen Pract 1988; 38: 303-6.
- ⁷ Brantwathie A, Ross A. Satisfaction and job stress in general practice. Fam Pract 1988; 5: 83-93.
- ⁸ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- ⁹ Bergsma DJ. Het bezoek aan de huisarts. Med Contact 1984; 39: 693-5.
- ¹⁰ Carney TA. Characteristics of general practitioners with high and low recall rates. Fam Pract 1987; 4: 183-91.
- ¹¹ Stoner JAF, Wankel C, Management. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- ¹² Hodgetts RM, Management: theory process and practice. Miami: Dryden Press, 1982.
- ¹³ Mintzberg H. The nature of managerial work. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
- ¹⁴ Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Resultaten van een functie-analyse in 93 huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- ¹⁵ Van Zutphen WM. De taken van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- ¹⁶ Grol PTM. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ¹⁷ Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWMM. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Med Contact 1983; 38: 1629-32.
- ¹⁸ Kolkman HHE, Van Voort PCH. Samenwerking huisarts-specialist. Med Contact 1985; 40: 1065-7.
- ¹⁹ Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 1984; 39: 1247-51.
- ²⁰ Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn. De casus Hoozevee. Med Contact 1983; 38: 512-4.
- ²¹ Van der Wouden JC, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Huisarts Wet 1989; 32: 51-5.
- ²² Grace JF, Armstrong D. Reasons for referral to hospital: extent of agreement between the perceptions of patients, general practitioners and consultants. Fam Pract 1986; 3: 143-7.
- ²³ Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.
- ²⁴ Van Campen MMJ. 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen. Med Contact 1989; 44: 772-3.
- ²⁵ Van de Zandt AMC. Substitutie verzekerd? Med Contact 1989; 44: 112-4.
- ²⁶ Brands PJ. De positie van de huisarts in de toekomst. Med Contact 1988; 43: 71-2.
- ²⁷ Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn. De casus Hoozevee. Med Contact 1983; 38: 512-4.
- ²⁸ Calnan M. Variations in the range of services provided by general practitioners. Fam Pract 1988; 5: 94-104.
- ²⁹ Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ³⁰ Grol R, Van Eijk J, Mokkink H, e.a. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 31-40.
- ³¹ Geurts JJM, Van Doorslaer EKA, Rutten FFH. Samenwerkende huisartsen: andere behandeling of andere patiënten? Tijdschr Soc Gezondheidsz 1985; 63: 8341-41.
- ³² Boerma GW. Hoeveel tijd steken huisartsen in overleg? Med Contact 1989; 44: 57-9.
- ³³ Fountain S. Practice management-common problems. J R Coll Gen Pract 1985; 155-158.
- ³⁴ Bogaartz WLI. Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdsverschijnsel? Huisarts Wet 1984; 27: 26-30.
- ³⁵ Feldmann T. Een pleidooi voor gestructureerde samenwerking. Huisarts Wet 1984; 27(suppl): 22-5.
- ³⁶ Schadé E. Thuiszorg: kruispunt of spanningsveld in de gezondheidszorg? Huisarts Wet 1988; 31: 51-4.
- ³⁷ Starmans R, Mostert HA. Wie coördineert de zorg in de eerste lijn? Med Contact 1989; 44: 87-90.
- ³⁸ Knapen MHJH. Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging. Med Contact 1988; 43: 1083-5.
- ³⁹ Elberse WP, Langerak NH, Schrijvers AJP. Huisarts-thuisarts. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg Rijks Universiteit Utrecht, 1988.
- ⁴⁰ De Bakker DH. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in de eerstelijns-(gezondheids)zorg. Utrecht: Nivel, 1988.
- ⁴¹ Tromp S. Eerstelijns samenwerking en thuiszorg. Huisarts Wet 1988; 31(suppl): 12-3.
- ⁴² Nederlands Huisartsen Genootschap. Bereikbaarheid/beschikbaarheid [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 219-20.
- ⁴³ Arber S, Sawyer L. The role of the receptionist in general practice: a 'dragon behind the desk'? Soc Sci Med 1985; 20: 911-21.
- ⁴⁴ De Haan J. De doktersassistente. Delegeren

- van taken in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit van Nijmegen, 1986.
- ⁴⁵ De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistente. *Huisarts Wet* 1988; 31: 228-31.
- ⁴⁶ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 21-8.
- ⁴⁷ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 53-8/70.
- ⁴⁸ Van Ree WHJ, Van den Bosch WJHM, Rutten GEHM. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. *Huisarts Wet* 1985; 28: 133-6.
- ⁴⁹ Van Veen WA. Preventie en praktijkvoering. *Huisarts Wet* 1985; 28: 118-20.
- ⁵⁰ Bogaartz WLI. Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdverschijnsel? *Huisarts Wet* 1984; 27: 26-30.
- ⁵¹ Kelderman SCW, Terra BG, Baeten PM en Hoekstra PR. Hoe hebt u uw spreekuren georganiseerd? *Praktijk Management* 1987, nr. 3: 11 en 17.
- ⁵² Barendse AJA. Hoeveel extra tijd kosten visites? *Praktijk Management* 1987, nr. 1: 12-3.
- ⁵³ Sietsma E. De telefoon in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- ⁵⁴ Van der Giessen HCO, De Lathouwer HC. De telefonische bereikbaarheid van de huisarts. *Med Contact* 1986; 41: 1239-41.
- ⁵⁵ Starreveld JG. De dokter belt u terug. Een telefonisch afspraak. *Huisarts Wet* 1987; 30: 220-1.
- ⁵⁶ Van den Bosch W, Serrarens A, Lörx M, van Sas A. De reflotron in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 96-9, 101.
- ⁵⁷ De Haan M, Van Staveren G. Hoe denken huisartsen over de computer? Verslag van een enquête. *Huisarts Wet* 1984; 28: 373.
- ⁵⁸ Anoniem. *Praktijk Management* in gesprek met collega Kersseboom, huisarts te Kortgene. *Praktijk Management* 1985, nr. 2: 26-30.
- ⁵⁹ Manders H. Automatisering van de patiëntenregistratie. *Huisarts Wet* 1986; 29: 387-9.
- ⁶⁰ Van den Bosch W, Serrarens A. Het jaarverslag in de huisartspraktijk. *Med Contact* 1987; 42: 883-4.
- ⁶¹ Schellekens JWG, Konings GPJN, Van den Hoogen HJM. Zelftoetsing in een huisartspraktijk. *Med Contact* 1988; 527-90. ■

STRUIKELBLOK

Onder vrouwen

Elise, een grote, forse, blozende vrouw, die in een bloemenkwekerij werkt, is tot haar huwelijk heel gelukkig. Mensen merken niet meteen dat Elise zwakbegaafd is. Ze kreeg immers van haar ouders een perfect ABN mee. Het duurt enige tijd voordat ze ouders en huisarts vertelt over seksuele mishandelingen en in snel tempo wordt een echtscheidingsprocedure in gang gezet. Als Elise een étage in de buurt van haar ouders heeft betrokken, lijkt de rust weer te keren.

Om drie uur 's nachts belt Elise's vader voor een visite. Elise had zich niet lekker gevoeld en was eerder die avond naar hen toe gekomen. Ze klaagde over buikpijn en een heftige menstruatie. Zijn vrouw denkt dat het misschien wel een miskraam is. 'Vrouwenzaken, dokter', besluit hij.

Elise ligt rustig in haar vroegere kamer te bed, moeder zit op een stoel ernaast. Na een paar vragen denk ik ook aan een mis-

kraam, die Elise waarschijnlijk net tevoren op de WC heeft verloren. De pijn is daarna gezakt.

Ik sla het beddegoed terug en zie – of liever: registreer – een witte, gladde, levenloze baby. Doordat ik geen bevallingen meer doe, heb ik op het eerste gezicht geen idee van het aantal weken. Automatisch ga ik aan het ordenen en draai de baby om. Ik voel weezin en hoop heftig dat het kind echt dood is. Zwakbegaafd, net herstellend van verkrachtingen, deze baby waarschijnlijk hieruit geboren en indien levend een start van niks. Mijn handen talmen en traag herschik ik het tableau van handeling.

Dan hoor ik snuifgeluidjes en gepruttel, zie bewegingen en kom in actie. Op de billen slaan, warm water, kruiken, masseren, touw en schaar. Bij dit alles is Elises moeder van onmisbare waarde. Zij is blij en feliciteert Elise met haar dochter en laat

deze ook aan haar zien alvorens naar het ziekenhuis te vertrekken. Alles verloopt heel gewoon zonder enige opschudding. Elise vraagt opgewekt om een boterham en een sigaret. Haar vader komt thee boven brengen en trekt zich stilletjes terug. Iedereen is gelukkig.

Als ik ettelijke uren later in een ijle ochtendzon naar huis ga, voel ik me tot brakens toe beroerd. Voor het eerst hebben mijn emoties in een hulpverleningssituatie zo ongericht vrij spel gekregen, dat ze een adequaat handelen verstoorden.

De volgende dag brengt een ongelooflijk grote bos bloemen en het bericht dat het voortreffelijk met de nieuwgeborene gaat. Om haar dankbaarheid te tonen neemt Elise voortaan altijd haar dochttertje mee naar het spreekuur. Het heeft lang geduurd voordat haar aanblik mij niet meer beschaamde.