

439



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 3

**samenwerking
in varianten**

een bundel interviews

HERDRUK FEBRUARI 1977

prijs f7.60

uitgave van het nederlands huisartsen instituut
mariahoek 4 te utrecht **tel.: 319946**

VOORWOORD.

In deze bundel zijn zeven interviews verzameld, zoals die zijn verschenen in de N.H.I.-rubriek van het maandblad Huisarts en Wetenschap (uitgave van het Nederlands Huisartsen Genootschap).

Alle interviews handelen over samenwerking, maar steeds vanuit een andere gezichtshoek, afhankelijk van de positie waarin de geïnterviewden verkeren. Zo zijn er die zelf in een concrete samenwerkingssituatie hulp verlenen en zijn er anderen die alleen een rol spelen bij de begeleiding van samenwerking of die vanuit hun functie en achtergrond een eigen visie op samenwerking hebben ontwikkeld. De kijk van degenen die zelf hulp verlenen wordt weer beïnvloed door de wijze waarop zij samenwerken met anderen. Zijn die anderen hulpverleners van dezelfde discipline of van andere disciplines, werken zij samen onder één gemeenschappelijk dak of met handhaving van de eigen werkadressen.

Deze bundel vraaggesprekken werd verzorgd door:

T. Overdijk, journalistiek medewerker van het Nederlands Huisartsen Instituut.

HUISARTS EN PSYCHOLOOG (EEN VOORBEELD UIT HAARLEM):	1
twee Haarlemse huisartsen zeiden ja op de vraag of de psycholoog een plaats moet krijgen in de eerste lijn en zij handelden ernaar.	
PROF. VAN BEUGEN: "DE EERSTE LIJN HEEFT NOG EEN LANGE WEG TE GAAN":	5
deze hoogleraar in de Sociale Pedagogiek en Andragogiek te Nijmegen, vindt onder meer dat de huisarts een soort "breedtespecialist" moet worden.	
PROF. BROUWER ZIET NOG UITERST ZINNIGE TAAK VOOR DE SOLIST:	12
prof. Brouwer, hoogleraar in de huisartsgeneeskunde in Maastricht, gelooft niet dat de patiënt ooit helemaal in staat zal zijn om zelf te beoordelen naar welke hulpverlener hij moet.	
SAMEN, MAAR NIET ONDER ÉÉN DAK:	18
zes huisartsen in Culemborg structureerden hun samenwerking door het oprichten van een stichting.	
"DE SCHAKEL" KOPPELT VRAAG NÁÁR EN AANBOD VÁN HULP:	22
het bij elkaar brengen van vraag en aanbod van hulp is vaak moeilijk. In Haarlem werd daarom een schakel-functie gecreëerd in de vorm van een dienstencentrum.	
NIEUWE WEGEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN DE BIJLMERMEER:	26
een gesprek met de projectleider voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Bijlmermeer, waar gestreefd wordt naar complete voorzieningscentra per wijk van 15.000 inwoners.	
GROOTEGAST WACHT OP GEZONDHEIDSCENTRUM:	30
twee artsen, werkzaam in de provincie Groningen, zijn hard op weg om een gezondheidscentrum van de grond te krijgen.	

HUISARTS-PSYCHOLOOG (een voorbeeld uit Haarlem).

"Moet de psycholoog worden opgenomen in het eerste echelon?" is een vraag die sterk in de belangstelling staat. Daarom leek het zinvol om eens een gesprek te hebben met twee huisartsen, G.J. Thomassen (38) en R. Hilders (34), en de psycholoog E. Loonstijn (26) die deze vraag bevestigend hebben beantwoord en daaruit de consequentie hebben getrokken; zij werken vanaf 1 april 1973 samen in één gebouw, een huurflat van tachtig vierkante meter in een Haarlemse nieuwbouwwijk.

Het contact tussen de huisartsen en de psycholoog - de huisartsen werkten al samen - kwam tot stand in 1972, toen de op dat moment afgestudeerde psycholoog met succes bij de huisartsen aanklopte met het verzoek of zij bereid waren enkele van hun cliënten te betrekken bij een stage "Rogeriaanse counseling" die hij moest doorlopen. Begin 1973, toen de psycholoog zijn studie had afgesloten, bleek dat de opgedane ervaringen tijdens de stage-periode zowel bij de beide huisartsen als bij de psycholoog tot dezelfde conclusie hadden geleid: het contact moest worden gecontinueerd in de vorm van een vaste samenwerking in één gebouw.

De beide huisartsen maken duidelijk waarom de inschakeling van een psycholoog juist in hun specifieke werksituatie zo belangrijk werd en wordt geacht. Hun patiëntenbestand in de Haarlemse flatwijk - ieder van de beide artsen heeft zo'n 2.500 zielen - is voornamelijk samengesteld uit jonge mensen. Hoe jong illustreert Thomassen aan de hand van zijn eigen leeftijd (38). "*Slechts 130 van mijn 2.500 cliënten zijn ouder dan ik, de rest is jonger*".

De in doorsnee zeer jonge leeftijd van de patiënten is er mede de oorzaak van dat het aantal lichamelijke zieken in de Haarlemse wijk gering is. Het accent ligt vooral op de psycho-sociale problematiek. Thomassen schat dat hij jaarlijks met honderd "dreigende" echtscheidingen wordt geconfronteerd. In feite vormt dan ook de behandeling van klachten van jonge mensen als gevolg van relationele stoornissen een zeer groot bestanddeel van het totale werkpakket.

Etiket.

Overigens loopt het team niet zo warm voor de term "psycho-sociale problematiek". De arts Hilders verwoordt het aldus: "Het gaat om mensen die droevig zijn, die angstig zijn, die boos zijn. Om mensen die geen weg weten met die gevoelens. Het is heel begrijpelijk dat zij hun onlustgevoelens vertalen in lichamelijke ziekteverschijnselen en dan bij ons komen. Men zou het ook zo kunnen zeggen: de patiënt komt de spreekkamer binnen ná te hebben "besloten" een "medisch" etiket op zijn klacht te plakken. Daarom is het in ons werk zo belangrijk dat etiket kritisch te bekijken".

Eén van de artsen merkt op dat de taxatie of een klacht een lichamelijke dan wel een psycho-sociale oorzaak heeft, tamelijk verstrekkende consequenties voor de patiënt kan hebben, zodat die taxatie een voortdurend probleem voor de arts vormt en ook móet vormen.

"Je dient je bijvoorbeeld voortdurend te realiseren dat, indien je een klacht aan een lichamelijke oorzaak toeschrijft, je de patiënt in bepaalde gevallen een moeizame en soms langdurige procedure via medische specialismen oplegt aler het bewijs geleverd kan worden gedacht dat er inderdaad sprake is van een organische afwijking. Te denken valt bijvoorbeeld aan iemand die voortdurend hoofdpijn heeft. De oorzaak kan een tumor zijn; de kans dat dit niet het geval is, is daarentegen groot. Wanneer nu achteraf blijkt dat geen lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is, heb je de patiënt alleen nog maar meer schade berokkent. Het spreekt vanzelf dat ik hiermee niet wil betogen dat je - als je van mening bent dat de oorzaak van lichamelijke aard is - niet overeenkomstig die visie zou moeten handelen en verwijzen. Ik wil alleen op het *dilemma* wijzen waarvoor de arts zich gesteld ziet".

Tranen.

De psycholoog en de beide huisartsen zijn overigens van mening dat het volstrekt onjuist is om een strikt onderscheid te maken tussen wat psychisch en wat lichamenlijk is. De psycholoog brengt dat als volgt onder woorden: "Sommige artsen vertonen een zekere neiging te ontkennen dat mensen ook een "géeestelijk leven" hebben. Maar aan de andere kant is het ook heel zinnig voor psychologen om een andere weg te bewandelen en te bemerken *dat mensen ook een-lijf-zijn*. De meeste psychotherapiën houden zich bijvoorbeeld niet bezig met pijn". Deze visie wordt nog geïllustreerd aan de hand van een enkel voorbeeld met betrekking tot de benadering van de cliënt. De huisarts, die meent dat de klacht van een patiënt wordt veroorzaakt door psychosociale problemen, moet vooral niet tegen die patiënt zeggen: "U bent helemaal niet ziek". En de psycholoog kan geen grotere fout maken dan door te zeggen: "U heeft geen pijn, maar problemen - de patiënt heeft wel degelijk pijn, waarvan problemen de oorzaak vormen. De *ondeelbaarheid* van lichaam en geest wordt door een van de artsen aldus geformuleerd: "Tranen als gevolg van verdriet of boosheid vormen een lichamenlijke ervaring. Je voelt ze, je proeft ze en je *slikt* ze in".

Het is duidelijk dat de huisartsen onmogelijk alle patiënten met problemen naar de psycholoog kunnen verwijzen; het zou te veel van zijn tijd vergen. Veel problematiek moet door de artsen zelf worden behandeld en sommige problemen, bijvoorbeeld als verschillende personen in de behandeling moeten worden betrokken, kunnen worden verwezen naar of behandeld in samenwerking met de psycholoog.

Voordelen.

Het team somt enkele voordelen op van het samenwerken in één gebouw:

- Indien de arts tijdens het spreekuur op problematiek bij een patiënt stuit, kan hij dikwijls onmiddellijk de hulp van de psycholoog inroepen, hetgeen ook geschiedt.
- Doordat de cliënten de psycholoog regelmatig zien en/of weten dat hij in hetzelfde gebouw als lid van het team spreekuur houdt, kan geleidelijk *een zekere gewenning* optreden die een eventuele weerstand tegen inmeiging van de psycholoog vermindert.

- Elke dag wordt tenminste een half uur besteed aan overleg tussen de psycholoog, de beide artsen en de assistente, waarbij wederzijdse consultatie en feed-back kan plaatsvinden. Bij dit overleg wordt dikwijls een gast uitgenodigd; dit kan een bedrijfsarts zijn, een maatschappelijk werker, een medewerker van het consultatiebureau voor alcoholisme, enz.

Behalve dat patiënten door de beide artsen naar de psycholoog worden verwezen, worden ook afspraken gemaakt met patiënten, waarbij zowel de arts als de psycholoog aanwezig is. Stuit een van de teamleden op klachten van een patiënt, die een gevolg zijn van huwelijksproblematiek dan wordt ernaar gestreefd ook de *andere* huwelijkspartner in de behandeling te betrekken.

Concluderend menen de teamleden dat wederzijdse beïnvloeding hun wijze van werken inmiddels belangrijk heeft veranderd. "Geen huisarts die een beetje psycholoog is, *noch* een psycholoog die een beetje huisarts is", zo definieert een van de teamleden deze verandering.

Natuurlijk brengt zo'n samenwerking ook problemen met zich. Een van de artsen noemt er een: "Wanneer je een intensieve relatie met een patiënt hebt opgebouwd en er tenslotte in bent geslaagd die patiënt duidelijk te maken dat de door hem gevoelde pijn er weliswaar is, maar dat de oorzaak ervan niet van lichamelijke aard is en je verwijst naar de psycholoog, dan bestaat de kans dat de vertrouwensrelatie wordt geschaad. Immers *ver*-wijzen betekent vaak *af*-wijzen in de ogen van de patiënt. Om dat te voorkomen doen wij het in de praktijk zo, dat wij eerst duidelijk maken aan de patiënt dat wij eigenlijk een of twee uur per week aan hem zouden moeten besteden om hem werkelijk te kunnen helpen en dat dit niet is te verwezenlijken. Vervolgens stellen wij voor de psycholoog bij de behandeling te betrekken, maar voegen er aan toe dat de patiënt gewoon weer kan terugkomen teneinde het bestaande contact niet verloren te laten gaan".

Training.

Teneinde hun samenwerking een nog betere onderbouw te geven heeft het gehele team in het verleden deelgenomen aan een vijfdaagse "training for professionals" in Den Dolder, gegeven door het trainingsinstituut "Centre". Dit instituut houdt zich bezig met het geven van training in "geavanceerde wijzen van benadering van mensen in nood", zoals die met name worden toegepast in landen als Amerika en Canada. De docenten van "Centre" zijn uit deze landen afkomstig.

De psycholoog heeft daarnaast nog een post-academiale opleiding gevolgd aan het Nederlands Gestalt Instituut in Rotterdam - een weekend per maand en een avond per week - waar trainingen worden verzorgd door ervaren *Gestalttherapeuten* uit de Verenigde Staten en Canada. Een van de vele uitgangspunten van de Gestalt-therapie, waaraan een hele mensconceptie en levensfilosofie ten grondslag ligt, is de reeds eerder genoemde en door het team onderschreven ondeelbaarheid van het lichamelijke en het psychische. Nederland telt nog zeer weinig Gestalttherapeuten.

Honorering psycholoog.

Alle pogingen van het team om via de ziekenfondsen en de gemeentelijke sociale dienst zorg te dragen voor een betaling van de psycholoog - een aanvankelijk verkregen financiële regeling werd plotseling opgeheven - zijn tot nu toe op niets uitgelopen. De honorering van de psycholoog geschiedde daarom aanvankelijk door de beide artsen, tot de psycholoog na ongeveer drie maanden een bescheiden praktijk van betalende patiënten had opgebouwd.

Mede om tegemoet te komen aan patiënten, die niet bij machte zijn de psycholoog te honoreren - met name de ziekenfondspatiënten - is het team begonnen met de *behandeling van groepen*, bestaande uit acht personen. De groepen komen twee avonden per week bijeen. De kosten per patiënt kunnen op deze manier tot eenachtste van een normaal consultatarief worden teruggebracht. De groepen zijn samengesteld uit mensen met uiteenlopende klachten ("*tutti-frutti*", aldus een van de teamleden). Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van een methode van gespreksvoering die deels is gebaseerd op de Gestalt-therapie.

De artsen en de psycholoog hebben behalve met elkaar ook intensief contact met andere hulpverleners in de omgeving met als uiteindelijk doel: de oprichting van een *gezondheidscentrum*. De beide artsen werken bijvoorbeeld reeds geruime tijd samen met het maatschappelijk werk in de wijk en de psycholoog maakt tevens deel uit van een team waarin twee andere huisartsen zitten. Een verdere integratie van de hulpverlening in de eerste lijn in de Haarlemse flatwijk lijkt in het verschiet te liggen.

PROF. VAN BEUGEN: "DE EERSTE LIJN HEEFT NOG EEN LANGE WEG TE GAAN".

"Het verschijnsel groepspraktijk acht ik - in tegenstelling tot dat van het gezondheidscentrum - *een achterhaalde en doodlopende zaak*. Ik baseer deze opvatting op het feit dat samenwerking in de meeste groepspraktijken technisch wordt geïnterpreteerd, in die zin dat het uitgangspunt bij de samenwerking berust op de wens om de efficiency van het werk te verhogen. Deze technische interpretatie van samenwerking heeft, naar mijn oordeel, geen toekomst. In de eerste plaats zal de cliënt, tegen het licht van diens toenemende mondigheid, uiteindelijk alleen nog genoegen nemen met een kwaliteits-interpretatie van samenwerking; een interpretatie waarbij de behoeften van de cliënt als primair uitgangspunt hebben gediend bij de keuze van aard en vorm van de samenwerking. En in de tweede plaats kunnen alle voordelen van de groepspraktijk - grotere efficiency, betere organisatie - ook worden teruggevonden in het gezondheidscentrum, dat bovendien, naast deze voordelen, nog aanzienlijk méér dan de groepspraktijk aan de cliënt heeft te bieden, zoals de aanwezigheid van verschillende disciplines".

Dit zegt Prof. Dr M. van Beugen, hoogleraar in de Sociale Pedagogiek en Andragogiek en hoofd van het Instituut voor Sociale Pedagogiek en Andragogiek aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen.

Prof. Van Beugen houdt zich al geruime tijd intensief bezig met de problematiek van de begeleiding van samenwerkingsvormen; zijn instituut is onder andere betrokken bij de daadwerkelijke begeleiding van de opzet van de welzijnscentra te Assen en Utrecht. Daarnaast heeft hij een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van een door zijn instituut uitgegeven periodiek: "De eerste lijn, informatiebulletin voor allen die betrokken zijn bij de integratie van medische, psycho-sociale en juridische hulpverlening in de eerste lijn.

Het hierboven weergegeven oordeel van Prof. Van Beugen over de groepspraktijk staat natuurlijk niet op zichzelf, maar moet worden begrepen tegen de achtergrond van diens totale visie op de hulpverlening in de eerste lijn en op de wijze hoe die hulpverlening zich zou moeten ontwikkelen.

Meent U dat de huisarts als solist uiteindelijk geheel van het Nederlandse toneel zal verdwijnen? Of gelooft U dat de huisarts als solist en de huisarts als lid van een samenwerkingsverband naast elkaar zullen blijven voortbestaan?

"Als ik mij aan een prognose waag, zou ik daarin wel de huidige status van veel huisartsen willen betrekken, namelijk de status van vrije ondernemer. En dan meen ik dat deze huisarts op de zeer lange duur zal verdwijnen. Bij de ontwikkeling naar die situatie moet mijns inziens een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen wat ik het "eindmodel" zou willen noemen en de "overgangssituatie", die als gevolg van een grote reeks belemmerende factoren nog zeer lange tijd zal blijven bestaan".

Hoe ziet dat eindmodel er uit?

"In het eindmodel is sprake van "directe, drempelloze en schakelloze" hulpverlening. Met direct doel ik op onmiddellijke toegankelijkheid van de zorg, met drempelloos op het ontbreken van psychologische barrières om hulp te vragen en met schakelloos op de omstandigheid dat er dan niet of nauwelijks meer zal worden verwezen; met andere woorden de hulpverlening blijft binnen het welzijnscentrum".

Geen verwijzingen?

"Nee. In het eindmodel is de burger zelf in staat om een keuze te doen uit de verschillende vormen van hulpverlening. Hij heeft geleerd om - op grond van zijn klachtenbeeld - te kiezen uit bijvoorbeeld de maatschappelijk werker of de huisarts. Deze werkers zullen op hun beurt gespecialiseerde, in het welzijnscentrum "ingebouwde" hulpverleners kunnen inschakelen, zoals bijvoorbeeld een psycholoog, een psychiater enz."

U sprak zojuist over factoren die de ontwikkeling vanuit de overgangssituatie naar het eindmodel lange tijd zullen belemmeren. Kunt U een aantal van die factoren noemen?

"Zoals reeds uit mijn vorige opmerking kan worden afgeleid is de huidige mentaliteit van de gemiddelde burger niet geschikt voor het eindmodel. Hij zal dus een mentaliteitsverandering moeten ondergaan. Met name zal hij zijn rol als "passief consument van een pakket welzijnsvoorzieningen" moeten prijsgeven en zelf actief uit het aanbod van zorg moeten leren selecteren.

Daarnaast moeten ook de hulpverleners van mentaliteit veranderen; het gevoel dat er statusverschillen bestaan tussen de verschillende disciplines zal moeten verdwijnen, de verschillende disciplines zullen meer respect voor elkaars specifieke deskundigheden moeten kweken, de solistische interpretatie zal geheel moeten worden verlaten enz. Zeer belangrijk is ook dat niet-artsen, bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, meer continue contacten met het cliëntenbestand gaan opbouwen.

Andere belemmerende factoren zijn: de omstandigheid dat meer dan één departement bij de zorg als totaliteit is betrokken, de verschillende wijzen waarop de hulpverlening wordt gefinancierd, de afwezigheid van een werkelijk gerichte planning op macro-niveau".

Hoe zou het gevoel dat er statusverschillen tussen de verschillende disciplines bestaan kunnen worden opgeheven?

"Ik wil daar één belangrijk facet van belichten. Op het ogenblik komen die statusverschillen onder meer tot uiting in inkomensverschillen. Daarom geloof ik dat het - voor het functioneren in het eindmodel - nodig zal zijn om die inkomensverschillen in elk geval kleiner te maken dan ze nu zijn".

Wat bedoelt U met planning op macro-niveau?

"Als er op overheidsniveau niet een stuk "planmatige en taakgerichte begeleiding" wordt gegeven bij het op gang brengen van een innovatie- en vernieuwingsproces in de gezondheidszorg, raken de lokale projecten - bijvoorbeeld in de wijk - geïsoleerd. Plaatselijke vernieuwingen worden dan "eilanden die verdwijnen".

Als er zo veel belemmerende factoren zijn, rijst de vraag of Uw eindmodel wel haalbaar is.

"Ik heb al gezegd dat de weg naar dat eindmodel lang is. Op dit moment zijn er echter al tekenen die een zeker optimisme rechtvaardigen; het vrije ondernemerschap van de arts staat minstens ter discussie, de opleiding van de huisarts is belangrijk veranderd en wordt nog steeds veranderd, gezondheidscentra zijn in opkomst en er is reeds een mentaliteitswijziging op gang gekomen, waardoor er een discrepantie is ontstaan tussen de opvattingen van de gemiddelde medische student over de eerste lijn en de gemiddelde werkende oudere huisarts. Veel medische studenten willen later in een team gaan werken om de eenvoudige reden dat zij solistisch optreden als een voor de cliënt minder goede wijze van hulpverlening beschouwen. Inmiddels kan ook worden gesproken van een zekere statusverhoging van het maatschappelijk werk als gevolg van een sterkere "acceptatie" daarvan door de huisarts in vergelijking met bijvoorbeeld tien jaar geleden".

Veel cliënten kampen met psycho-sociale problematiek. Gelooft U dat de huidige huisarts het als frustrerend ervaart dat hij nu juist voor de behandeling van deze vaak voorkomende problematiek geen opleiding heeft genoten?

Er zullen inderdaad huisartsen zijn die dit als frustrerend ervaren. Zorgwekkender acht ik echter de trend in sommige kringen van solistisch werkende huisartsen om zich juist belangrijker te gaan voelen door de wetenschap dat er vele cliënten met psycho-sociale problemen bij hen aankloppen. Deze huisartsen koesteren zich als het ware met de gedachte dat zij dan toch maar de enigen zijn tot wie het gezin zich richt als er problemen zijn, op welk gebied dan ook. Zij beschouwen zich als een soort "gezinsproblemen-specialist". Persoonlijk vind ik het juist "status-verlagend" werken als je een beetje beunhaast op het psycho-sociale vlak en daarnaast ook nog wel iets op medisch-somatisch gebied doet".

Hoe ziet de toekomstige huisarts er in Uw conceptie uit?

"Ik ben voor een ontwikkeling waarbij de huisarts een soort "breedtespecialist" wordt in tegenstelling tot de huidige specialist die een typische dieptespecialist is. Met breedtespecialist bedoel ik een huisarts die in staat is tot het opvangen van een breed scala aan signalen, met name op het psycho-sociale vlak. Maar ik ben tegen een ontwikkeling waarbij de arts ook behandelaar wordt van alle gesignaleerde problemen. Ik zou het gevaarlijk vinden

als aan een opleiding van de huisarts tot breedte-specialist de consequentie zou worden verbonden dat deze ook de behandelaar wordt van alle gediagnostiseerde aspecten in het psychische en het psychosociale vlak. Concreter geformuleerd: ik acht het gevaarlijk als de huisarts het werk van de maatschappelijk werker zou overnemen. Hij zou, voor de interpretatie van psychosociale signalen, toch op z'n minst een maatschappelijk werker moeten consulteren. Het gaat er om dat de huisarts een effectief gebruik maakt van de kennis van andere disciplines, door op basis van gelijkwaardigheid met deze samen te werken".

Moet Uw visie aldus worden opgevat dat de arts niet met de cliënt over diens psychosociale problemen zou moeten praten?

"Bepaald niet. Het feit dat ik van oordeel ben dat de arts niet zelf als behandelaar van psychosociale problematiek moet optreden, impliceert niet dat ik tevens van mening ben dat de arts niet met de cliënt over diens problemen zou moeten praten. Integendeel. Praten in dit verband is wel bijzonder essentieel, als je alleen maar denkt aan het ervaringsfeit dat het merendeel van de verwijzingen door de huisarts naar de psychosociale hulpverlening nooit tot realisatie komt, om de eenvoudige reden dat "de mensen gewoon niet gaan". Maar principieel blijft het zaak om tijdig andere disciplines, waar nodig, bij de behandeling te betrekken".

Hoe kan worden voorkomen dat de cliënt geen gevolg geeft aan een verwijzing naar een hulpverlener of instantie op psychosociaal gebied?

"De meeste huisartsen zien het verwijzen als een "rationeel gebeuren", maar zij zouden dit - evenals de maatschappelijk werkers dat bijvoorbeeld doen - veel meer moeten beschouwen als een proces, waarbij de ene relatie moet aflopen en de andere relatie moet worden gelegd. Wie verwijzen in deze zin opvat, zal daaraan dan gemakkelijk de consequentie verbinden dat er wellicht meer dan één gesprek nodig is, voordat de cliënt psychisch heeft geaccepteerd dat hij naar een ander moet. Als regel zal het overdragen van een cliënt door de ene hulpverlener aan de andere hulpverlener binnen een en hetzelfde welzijnscentrum dienen plaats te vinden".

Wat acht U de meest ideale samenstelling van een eerste-lijns-team? Vindt U bijvoorbeeld dat er een psycholoog in thuis hoort?

"Ik vind dat in een basisteam drie disciplines moeten zijn vertegenwoordigd: de maatschappelijk werkende, de huisarts en de wijkverpleegkundige. Ik beschouw deze combinatie als de meest optimale, omdat dit drietal een duidelijk gemeenschappelijk kenmerk heeft voor wat hun relatie met de cliënt betreft: zij gaan alle drie naar de cliënt toe, zij zijn family-centered.

Bovendien heeft een klein team verschillende voordelen in vergelijking met een groot team. In de eerste plaats is het haalbaar voor de cliënt om met alle leden van het team een goede relatie op te bouwen en in de tweede plaats blijft de opvatting over het gedeelde beroepsgeheim nog aanvaardbaar, ook vanuit het gezichtspunt van de cliënt.

Als mijn opvatting over de wijze, waarop een basisteam moet zijn samengesteld, projecteert op een wijk in de zin van een regionale eenheid met zo'n 35.000 inwoners die ongeveer 400 hulpverleners van allerlei disciplines en echelons behoeven, dan denk ik aan een opleiding in een relatief aanzienlijk aantal basisteams, gesteund door een groot welzijnscentrum, waarin specialisten, instanties op medisch-sociaal gebied en andere welzijnswerkers zijn gehuisvest.

Ik zou de vraag of een psycholoog in het basisteam moet worden opgenomen, ontkennend willen beantwoorden, vooral omdat deze niet - als het genoemde drietal - naar de mensen toe gaat, maar wacht tot deze bij hem komen. Bovendien zie ik de psycholoog toch meer als een hulpverlener die gespecialiseerd is in de diepte en niet in de breedte".

Uit hetgeen U tot nu toe heeft gezegd, valt af te leiden dat U van mening bent dat de huisarts zijn rol als centrale figuur in de eerste lijn uiteindelijk zal moeten prijsgeven. Kunt U dit standpunt nog wat nader toelichten?

"In het door mij geschetste eindmodel past een situatie waarbij alle ingangen naar het basisteam gelijkwaardig zijn en waarbij de cliënt met bijvoorbeeld een gezinsprobleem uit zich zelf naar de maatschappelijk werker stapt en een andere cliënt met een somatische klacht naar de huisarts. Dat veronderstelt - voor wat de hulpverleners betreft - een brede basistraining op psychisch, sociaal en medisch gebied en - voor wat de cliënten betreft - een grote mate van volwassenheid. Het is duidelijk dat in een dergelijk eindmodel de huisarts niet langer de centrale figuur is en ook principieel niet mag zijn. Daarom betreur ik het dat staatssecretaris Hendriks in zijn recente nota in feite een "buiging" heeft gemaakt naar de huisarts als "spil" van het gezondheidscentrum.

De huidige realiteit is inderdaad dat de huisarts als centrale figuur functioneert, niet omdat hij principieel als zodanig moet worden erkend, maar omdat hij in de praktijk van de eerste lijn nu eenmaal het "centrale toevoerkanaal" is en voorlopig ook nog wel zal blijven. Om dat functioneren van de huisarts als "sorteerbak van problemen" te doorbreken is het vooral noodzakelijk dat de cliënt tijdens de overgangssituatie volwassen wordt en dat andere disciplines, zoals het maatschappelijk werk, zich intensief gaan bezig houden met het opbouwen van meer continue vertrouwensrelaties met de cliënt".

Heeft U een indruk van de houding die tegenover de huisarts door andere disciplines wordt aangenomen?

"Die houding is de laatste jaren opmerkelijk veranderd. Nog maar twee jaar geleden maakte ik van nabij mee dat bij een vooraanstaand functionaris uit het maatschappelijk werk zelfs niet eens de gedachte opkwam om bij een integratie van welzijnswerkers ook een huisarts te betrekken. Nu zal iets dergelijks niet meer voorkomen. Het welzijnswerk heeft inmiddels het belang van de huisarts als mede-welzijnswerker erkend".

Zou U een poging kunnen doen om de toekomstige groei van het aantal gezondheidscentra in Nederland te kwantificeren?

"Een enigszins betrouwbare kwantificering op dit punt acht ik niet mogelijk. Bovendien meen ik dat de groei van het aantal gezondheidscentra in geen geval los mag worden gezien van het kwalitatieve aspect. Het is niet voldoende om hulpverleners van verschillende disciplines bij elkaar in een gebouw te zetten. Als je bij de opzet van gezondheidscentra niet uit gaat van de behoeften van de cliënt, creëer je uitsluitend "in steen uitgehouwen stukjes welzijnszorg". De kwalitatieve aspecten van de centra moeten worden bekeken vanuit de basisfilosofie dat de kwaliteit van de hulpverlening moet worden verbeterd vanuit het behoeftenpatroon van de hulpvrager".

Hoe denkt U over het verschijnsel dat sommige specialisten de neiging vertonen zich op een voetstuk te plaatsen dat het moeilijk maakt voor de huisarts om hen te benaderen en met hen samen te werken ten behoeve van hun cliënten?

"Een dergelijke relatie huisarts-specialist is volstrekt strijdig met de basisfilosofie die ik hanteer ten aanzien van de wijze waarop de hulpverlening zou moeten worden gestructureerd. In deze filosofie is de huidige specialist niet meer in de eerste plaats "een doener op hoger niveau", maar eerder een "hulpkracht voor het deelaspect", iemand die bij voorkeur alleen voor consultatie wordt ingeschakeld, waarbij de "continuïteit van de relatie" met de cliënt in het basisteam blijft.

Overigens zal de te verwachten groei van het aantal gezondheidscentra waarschijnlijk vanzelf verbetering brengen in de relatie huisarts - specialist. Het is dan niet meer die lastige huisarts die iets wil weten, maar het gezondheidscentrum dat om gegevens vraagt. De relatie wordt als het ware uit de zuiver persoonlijke sfeer gehaald".

U houdt zich bezig met het begeleiden van samenwerkingsvormen. Kunt U daarover iets vertellen?

"Ons instituut beschikt niet over pasklare organisatievormen. Het gaat ons niet om het gebouw, maar in de eerste plaats om het "psychologische principe van de bereikbaarheid". Wat wij feitelijk doen, laten wij afhangen van het stadium waarin de werkers verkeren. Wij proberen als het ware vorm en begeleiding te geven aan een leerproces, dat aansluit bij het punt waar de werkers zich op een bepaald moment bevinden. Dat betekent dat onze aanpak ten aanzien van een centrum in aanleg geheel anders is, dan ten aanzien van een centrum dat reeds in een operationeel stadium verkeert. Hoewel de relationele procesbegeleiding bij uitstek onze ingang is, zullen wij deze begeleiding altijd koppelen aan taakgerichte training. Wij beseffen maar al te goed dat als je bijvoorbeeld uitsluitend werkt met een techniek als sensitivity-training het gevaar bestaat dat er een "emotionele oververhitting" in het team optreedt, in die zin, dat de teamleden zich gaan koesteren in hun onderlinge relaties en blijven steunen in een soort "communesfeer". Daarom moet zo'n relationeel proces

altijd worden gekoppeld aan taakgerichte hulp, zoals bij het ontwikkelen van structuren, bij het maken van beleidsafspraken, bij de vaststelling van de intakeprocedure enz."

Daar ook andere instellingen zich bezig houden met het begeleiden van samenwerkingsvormen - zoals Joint, het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.), Intagon, Nationaal Centrum voor Kruiswerk en enkele universitaire huisartseninstituten - zou je je kunnen afvragen of het niet zinvol is om te komen tot een landelijke coördinatie van activiteiten van deze instellingen op dit gebied. Hoe denkt U daarover?

"Ik zou het erg belangrijk vinden als er een soort "pouling" tot stand komt van de verschillende begeleidings-mogelijkheden, mede als onderdeel van een proces van landelijke planning. Met een proces van landelijke planning bedoel ik dat een dergelijke pouling zou moeten plaatsvinden op initiatief van de overheid.

Heeft U nog een speciale wens ten aanzien van de eerste lijn die U nog niet heeft gewit?

"Ik zou met Prof. Dr. J.A. Weijel willen pleiten voor de totstandbrenging van een landelijke organisatie, een soort "vakbond" van hulpverleners in de eerste lijn teneinde daarmee tot uiting te brengen dat je een gemeenschappelijk belang dient, namelijk het belang van de cliënt. Met zo'n organisatie zou je waarschijnlijk ook veel sneller iets in de eerste lijn kunnen bereiken".

PROF. BROUWER ZIET NOG UITERST ZINNIGE TAAK VOOR (DORPS)-SOLIST.

"Het staat voor mij niet zonder meer vast dat de maatschappelijk werker - *zoals die thans functioneert* - een plaats moet krijgen in het zogeheten basisteam. Geen enkele twijfel koester ik daarentegen over de noodzaak om - naast de huisarts - een wijkverpleegkundige in een dergelijk team op te nemen. Ik meen dat de praktijk wel heeft uitge-
wezen dat de huisarts en de wijkverpleegkundige veel gemakkelijker kunnen sámenwerken dan de huisarts en de maatschappelijk werker. Daarbij verwijs ik naar het evaluatierapport met betrekking tot het gezondheidscentrum Hoensbroek. Het verschil tussen de wijze, waarop de maatschappelijk werker de patiënt benadert en de manier, waarop de huisarts dit pleegt te doen, is tamelijk groot; vergeleken met de huisarts is de aanpak van de maatschappelijk werkende aan de ene kant wellicht wat vrijblijvender en aan de andere kant grondiger en fundamenteler. De benadering van de huisarts en wijkverpleegkundige ver-
toont een vrij sterke overeenkomst: beiden zijn wat ik populair "doeners" zou willen noemen".

Aldus de visie van Prof. Dr. W. Brouwer, hoogleraar in de huisartsge-
neeskunde aan de nieuwe medische faculteit in Maastricht. Prof. Brouwer is ongeveer negen jaar bij het N.H.I. werkzaam geweest, aanvankelijk als medewerker op de afdeling Nascholing waar hij zich over de oriëntatiecursus en de fonodidaktische dienst heeft ontfermd en later, in part-time verband, als één van de samenstellers van de Teleac-cursussen "Nascholing Huisartsen". Daarnaast was hij, vóór zijn benoeming tot hoogleraar, geruime tijd verbonden aan het Instituut voor Huis-
artsgeneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht.

*Kan uit Uw zojuist gedane uitlatingen over de samenwerking tussen huis-
arts en maatschappelijk werkende enerzijds en die tussen huisarts en
wijkverpleegkundige anderzijds worden afgeleid dat U in een basisteam
uitsluitend de twee disciplines huisarts en wijkverpleegkundige verte-
genwoordigd zou willen zien?*

"Persoonlijk zou ik de voorkeur geven aan drie disciplines. In de eer-
ste plaats zou ik een plaats willen inruimen voor wat in Engeland de
"nurse-practitioner" wordt genoemd, een wijkverpleegkundige die cura-
tief bezig is en daarbij de huisarts veel werk uit de handen neemt,
zoals behandeling van bepaalde verwondingen, oren uitspuiten, enz.
In de tweede plaats denk ik aan de "health visitor", die ook in Enge-
land functioneert, een wijkverpleegkundige die niet curatief maar pre-
ventief werkzaam is en enige scholing heeft genoten in het maatschap-
pelijk werk. In Nederland gaan wij al enigszins die kant op door ver-
pleegsters de gelegenheid te bieden een opleiding te volgen aan de
sociale academies. En in de derde plaats: de huisarts".

*In welke kwantitatieve verhouding zouden deze drie disciplines in een
basisteam moeten worden opgenomen?*

"Zo op het eerste gezicht zou ik pleiten voor een verhouding van het
aantal huisartsen/nurse-practitioners/health visitors van 3:2:1.

In de praktijk kan echter pas blijken welke de meeste optimale verhouding is".

Prof. Van Beugen, Nijmeegs hoogleraar in de Sociale Pedagogiek en Andragogiek, heeft vorige maand verklaard dat hij in een ver verwijderde toekomst een "eindmodel" ziet waarin een mondige cliënt zelfstandig selecteert uit het eerstelijns zorgaanbod. In dat eindmodel bepaalt de patiënt zelf of hij naar de maatschappelijk werker, de huisarts of de wijkverpleegkundige gaat. Hoe denkt U daarover?

"Op zichzelf vind ik dat een bijzonder interessante en attractieve gedachte. Toch geloof ik, dat Prof. Van Beugen - als hij dit zo stelt - te weinig rekening houdt met het feit dat de keuze van een patiënt mede wordt bepaald door emotionele factoren. Onderzoek, met name in Overvecht, heeft aangetoond dat bij de beslissing van een patiënt om naar een huisarts te gaan, ook altijd niet-medische overwegingen een rol spelen. Er is steeds sprake van een menging van bewuste en nauwelijks bewuste motieven. Daarom meen ik dat de keuze van de cliënt in een groot aantal gevallen op irrationele gronden tot stand komt. Bovendien is er de twijfel: al meent de cliënt dat de pijn die hij voelt moet worden toegeschreven aan psycho-sociale problemen, dan zal hij zich waarschijnlijk toch bij de huisarts willen overtuigen dat er lichamelijk niets met hem aan de hand is. In dit verband is het wellicht aardig om te wijzen op het misverstand dat nogal vaak onder de eerstejaars-studenten heerst, namelijk dat 60 tot 70 procent van de patiënten met nerveuze klachten op het spreekuur komt. Dat is bepaald niet het geval. Zij komen met rugpijn, hoofdpijn enz., waarbij wel vaak de onderliggende problematiek van psycho-sociale aard is. Het psycho-sociale probleem is dan verpakt in het aanbod rugpijn. Ik meen echter dat de klacht van een dergelijke patiënt ook inhoudelijk aandacht verdient en niet alleen als signaal van een mogelijk aanwezig lijden".

Prof. Van Beugen is van mening dat de huisarts zijn rol als centrale figuur uiteindelijk zal moeten prijsgeven; een rol die hem ook nu niet principieel toekomt, maar die hij heeft omdat hij het centrale toevorkanaal is. Wat zijn Uw gedachten daarover?

"In de eerste plaats zou ik willen opmerken dat die centrale rol niet door de huisartsen is geclaimd, maar dat die rol aan de huisartsen is opgeëigd door de zorgstructuur, met name door de ziekenfondsen. Ik zou slechts mét Prof. Van Beugen willen constateren dat de huisarts op het ogenblik het grootste doorgangskanaal voor de patiënt is - hoewel een niet onaanzienlijk percentage patiënten buiten de huisarts om terecht komt bij de geestelijke gezondheidszorg en gemeentelijke gezondheidsdiensten. Daarnaast zou ik willen stellen dat de huisarts, naar mijn mening, ook in de toekomst het grootste doorgangskanaal naar met name de hogere echelons zal moeten blijven. Dat betekent helemaal niet dat hij het alleenrecht op de patiënt zal moeten hebben. Dat ambieert de huisarts ook niet. Integendeel, de arts wordt geconfronteerd met situaties, waarin hij soms vijftig mensen per dag moet ontvangen. Dan rijst de vraag: Hoe kun je mensen met een klacht, die een beetje problematisch is, binnen zes minuten helpen? Het antwoord is: dat kan

niet; zes minuten ligt onder het tijdsbestek dat minimaal nodig is om arts en patiënt - na onderzoek - tot een goed begrip te laten komen over wat er zou kunnen worden gedaan. Daarom zou ik ook de introductie van de eerder genoemde nurse-practitioner toejuichen, omdat die een reeks curatieve handelingen van de huisarts zou kunnen overnemen. Men heeft ook wel gedacht aan één centrale intakefiguur, bijvoorbeeld in de persoon van een verpleegkundige die de patiënten een anamnese-lijst laat invullen op grond waarvan wordt bepaald bij welke eerstelijns teamwerker de patiënt zich moet vervoegen. In een dergelijk systeem zou wellicht de huisarts enigszins als centrale figuur worden teruggedrongen, maar daartegenover staat dan het grote nadeel dat het principe van de directe bereikbaarheid van de teamleden volledig overboord wordt gegooid".

Verwacht U dat de arts als solist en als vrije ondernemer zal verdwijnen? En zo ja, wanneer?

"Op den lange duur zie ik de huisarts inderdaad als solist verdwijnen. Op dit moment en in de naaste toekomst is hij echter nog een onmisbare schakel in onze gezondheidszorg. Daarbij hoef ik alleen maar te denken aan de talloze kleine dorpjes hier in Limburg, maar ook in de kop van Noord-Holland, in Friesland en overal elders in Nederland. Ik acht het bepaald de taak van deze universiteit om hen te helpen hun werk zo goed mogelijk te doen. Overigens meen ik dat de huisarts/"vrije ondernemer" sneller zal verdwijnen dan de huisarts/"solist". De volksverzekering is een van de vele indicaties die in deze richting wijzen".

Prof. Van Beugen vindt dat de huisarts een soort breedte-specialist (in tegenstelling tot de huidige diepte-specialist) moet worden, die in staat is om ook psycho-sociale problemen te signaleren, maar die principieel niet als behandelaar van psycho-sociale problematiek zou moeten optreden. Gaarne Uw reactie.

"Ik heb in dit verband wat moeite met het begrip "behandelen". Daardoor zou namelijk ten onrechte de indruk kunnen worden gewekt dat men levensproblemen net zo kan aanpakken als zuiver somatische problemen. Dit misverstand wordt in de hand gewerkt doordat men van de hulpverlener verlangt dat hij iemand, die problemen heeft, even snel van die problemen afhelpt. Maar het zou best eens kunnen zijn dat die soort problemen nu juist worden gekenmerkt door het feit dat men ze niet zo maar van de patiënten kan afnemen. Psycho-sociale problemen kunnen niet door een psycho-sociale injectie worden opgelost. Het is niet als met penicilline dat ook werkt als de hulpverlener door de patiënt een rotvent wordt gevonden. Het beste wat een hulpverlener ten aanzien van psycho-sociale problematiek kan doen, is "de patiënt helpen zichzelf te helpen". De hulpverlener kan wat dat betreft worden vergeleken met de coach van een sportteam. Hij kan trainen, aanwijzingen geven en voorwaarden scheppen voor het goed functioneren. Maar als de mensen het veld ingaan, moeten zijn het zelf doen. De hulpverlener staat altijd aan de kant. Als wij spreken over het signaleren en behandelen van psycho-sociale problemen, dan zie ik de taak van de huisarts vooral liggen in het tamelijk grote gebied dat tussen het signa-

leren en het behandelen in ligt. Daarmee doel ik op "het helpen". De huisarts moet een stuk hulpverlenend vermogen ontwikkelen op zodanige wijze dat hij de patiënt meer inzicht kan geven in diens problematiek, dat hij de patiënt helpt diens problemen te relativieren. Dit helpen is méér dan alleen het opvangen van signalen en is wat anders als het behandelen in de zin van het bestrijden van bijvoorbeeld een nierziekte".

Prof. Van Beugen acht het verschijnsel groepspraktijk een achterhaalde en doodlopende zaak. Daarbij baseert hij zich op twee overwegingen: ten eerste de samenwerking in de meeste groepspraktijken is technisch geïnterpreteerd (efficiency-verhoging), terwijl de patiënt tenslotte alleen nog de kwaliteitsinterpretatie zal accepteren; een interpretatie waarbij het behoeftenpatroon van de cliënt als primair uitgangspunt wordt gekozen bij de concretisering van samenwerking; ten tweede alle efficiency-voordelen van de groepspraktijk kunnen ook in het gezondheidscentrum worden teruggevonden, terwijl dat nog zoveel méér biedt. Hoe denkt U daarover?

"Met deze opvatting ben ik het oneens. Het is ongetwijfeld waar dat groepspraktijken op dit moment niet van de grond komen, maar dat geldt evenzeer voor gezondheidscentra. De oorzaak daarvan ligt elders; namelijk in het feit dat het zorgstelsel nog niet is afgestemd op deze vormen van samenwerking en in de omstandigheid dat ziekenfondsen alleen de curatieve zorg vergoeden en niet de preventieve. Het nut van groepspraktijken en gezondheidscentra is behalve in de samenwerking of in het interdisciplinair werken vooral gelegen in de mogelijkheid om naast curatieve ook preventieve zorg te verlenen. Om een voorbeeld te noemen: samenwerkingsverbanden maken het mogelijk om patiënten ook te controleren op andere zaken dan waarvoor zij komen. Men zou bijvoorbeeld bij alle mannen boven de veertig jaar een hypertensie-onderzoek kunnen verrichten. Een dergelijke activiteit wordt nu echter nog niet door de ziekenfondsen vergoed. Een ander voorbeeld: oudere mensen zou men op diabetes kunnen screenen. Dit zou echter bijvoorbeeld de aankoop van een spectrofotometer vereisen. Ik meen dat het ziekenfonds de aankoop van een dergelijke spectrofotometer dan zou moeten vergoeden. Het ding kost slechts f 2.000,- en zou in een groepspraktijk in korte tijd vele malen kunnen worden terugverdiend. Op deze wijze zouden namelijk vele verwijzingen kunnen worden voorkomen. De zorg als totaal zou daardoor goedkoper worden. Gezondheidscentra kampen met het probleem dat de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkenden in dienst staan van de Kruisverenigingen respectievelijk de Dienst voor Maatschappelijk Werk. Gevolg: alvorens bepaalde maatregelen kunnen worden genomen, moeten eerst de leiding van het maatschappelijk werk en het bestuur van de kruisvereniging van de zin ervan worden overtuigd.

Groepspraktijken en gezondheidscentra komen overeen in die zin dat zij de mogelijkheid bieden tot het introduceren van spelregels die de hulpverlener dwingen om een bepaald niveau van werken te handhaven. Dat acht ik - naast andere voordelen als gezamenlijke inkoop van instrumentarium, betere weekenddienstregeling, enz. - een bijzonder belangrijk pluspunt. Bij solistisch werkende huisartsen kunnen enorme variaties in werktijd worden geconstateerd. Sommige huisartsen werken acht

uur per dag, anderen twaalf uur. Met evenveel patiënten. Daarnaast wordt iedere arts geconfronteerd met seizoenfluctuaties in de vorm van pieken. Het gevaar dreigt dan dat men tijdens topdrukke in een aantal gevallen terugvalt op het minimum-niveau en misschien zelfs wel eens beneden dat minimum-niveau. Het gezamenlijk maken van afspraken biedt in zekere zin hiertegen een beveiliging. Zo hebben bijvoorbeeld de huisartsen in het gezondheidscentrum Hoensbroek duidelijke regels vastgesteld met betrekking tot het behandelen van een urineweginfectie".

De huidige specialist zal in de ogen van Prof. Van Beugen de rol krijgen toebedeeld van de hulpkracht voor het consultatieve aspect en niet van de doener op hoger niveau. Hoe denkt U daarover?

Daar ben ik het volkomen mee eens. Op het ogenblik is de mogelijkheid van het consulteren van de specialist door de huisarts - in plaats van verwijzen - nog afhankelijk van de mate waarin beide partijen prijs stellen op een collegiale verhouding. De specialist wordt er niet voor betaald; het ziekenfonds betaalt in feite alleen de verwijskaart. Overigens is het de vraag of de specialisten een dergelijke andere werkwijze zelf ambiëren. Het verwijzen als men er als huisarts niet meer uitkomt is een diep ingeslepen gewoonte geworden".

Is het onderwijs op de achtste medische faculteit vanuit Uw gezichtspunt ideaal of een duidelijke compromis tussen wat idealiter zou moeten en wat praktisch haalbaar is?

"Een kenmerk van een ideaal is dat men dat nooit zal bereiken, maar ik geloof wel helemaal in wat wij doen. De vorm van onderwijs, die wij hanteren, vergt veel van de medewerkers. Zij dienen het systeem goed te hebben doordacht. Voor hen zijn daarbij drie punten vooral van belang: inzicht in de mogelijkheden van een leergroep, probleemoriëntatie en zelfwerkzaamheid. De medewerkers zijn weliswaar naar een aantal trainingdagen geweest, maar zullen er toch geleidelijk verder in moeten groeien. Hetzelfde geldt voor de vijftig studenten die wij hebben: op de middelbare school is hun netjes voorgehouden welk huiswerk zij moeten maken en welke kleine lettertjes zij kunnen overslaan. Nu worden zij ineens geconfronteerd met medewerkers die zich niet in de eerste plaats opstellen als verschaffers van kennis, maar als bemiddelaars, terwijl zij zelf moeten uitzoeken waar zij de nodige literatuur kunnen vinden. Bij sommige studenten kan men zeggen: die hebben het al in de vingers, bij anderen constateert men dat zij het moeilijk hebben met deze methodiek. Tegen die achtergrond kan men spreken van een compromis: de medewerkers zijn nog onvoldoende geschoold in het nieuwe systeem en de studenten zijn er deels nog niet op voorbereid. Hoewel ik duidelijk geloof in dit onderwijssysteem, is er bij mij wel sprake van een andere onzekerheid, namelijk of de zorgstructuur straks enigszins zal zijn afgestemd op de bij ons afgestudeerde artsen. Wat een arts uiteindelijk zal gaan doen, hangt niet alleen af van wat hij bij ons heeft geleerd over vroege diagnostiek en preventie, maar ook van de structuur waarin hij straks zal moeten functioneren. Ik ben echter optimistisch genoeg om ervan uit te gaan dat na die zeven jaar de zorgstructuur zodanig is veranderd dat deze aansluit bij de opleiding die wij hebben gegeven."

Het accent van de opleiding ligt op de eerste lijn. Kunt U de daarachter liggende filosofie nog wat toelichten?

"Vroeger bedroeg de kwantitatieve verhouding tussen specialisten en huisartsen ongeveer 1 op 1. Maar als gevolg van een steeds verder gaande specialisatie is het aantal specialisten ruim uitgegroeid boven dat van de huisartsen. In het voortdurend toenemen van het aantal specialismen schuilt een gevaar: elke nieuwe voorziening trekt als het ware automatisch een zekere vraag aan. De behoefte aan die nieuwe voorziening wordt zo niet gecreëerd, dan toch geactiveerd. Als zich in een klein dorp een huisarts gaat vestigen, zullen de verwijzingen naar dit specialisme toenemen".

Welk effect zullen de onderwijsvernieuwingen in Maastricht hebben op de "afgeleverde" huisartsen voor wat hun attitude betreft ten opzichte van nascholing, van life-long wederkerend onderwijs?

"Van de aanvang van de opleiding af proberen wij de studenten te stimuleren tot zelfwerkzaamheid. Wij trachten hen te motiveren tot het permanent op informatie uit zijn, en laten hen bijvoorbeeld zien hoe zij zich op moderne wijze informatie kunnen verschaffen. Kortom, wij trachten hen te leren dat er betere manieren zijn voor kennisvergroting dan uitsluitend te luisteren naar mensen met een verondersteld hoog kennisniveau".

Hoe zou de patiënt zich op dit moment tegenover de hulpverlening moeten opstellen om vooreerst de totstandkoming van eventueel door U noodzakelijk geachte veranderingen te bevorderen en vervolgens er zelf "beter" van te worden?

"Een interessant onderwerp. Inderdaad praten wij als artsen steeds over hoe wij het zelf zouden moeten doen en hoe de instelling van de patiënt zou moeten zijn. Belangrijk is echter hoe de patiënt zélf reageert en straks gaat reageren. Als er één woord misleidend is, is het wel "geneesheer". Een arts geneest niet, maar kan ten hoogste de voorwaarden scheppen om de kans op genezing zo groot mogelijk te maken. Gelukkig stellen de patiënten zich steeds bewuster, en kritischer op. Zij komen geleidelijk af van de gedachte: die man weet het wel. Met bewuster en kritischer bedoel ik dit: als een arts een vrouw twee jaar lang de pil laat slikken zonder in die periode iets aan controle te doen of als een arts per telefoon penicillinepilletjes voorschrijft zonder de patiënt te hebben gezien, dan gaat er een lichtje bij de kritische patiënt branden. Die patiënt hoeft dan echt geen arts te zijn om te kunnen begrijpen dat hier iets gebeurt dat onder de maat blijft. Ik sta positief tegenover patiëntenorganisaties die de bevolking meer zouden kunnen interesseren voor medische zaken, met name ook voor de factoren die mensen weerhouden om een gezondheidsbevorderend gedrag aan te houden. Waarom gaan zij toch door met roken? Patiëntenorganisaties echter, niet in de zin van artsenbestrijders, maar van organisaties die weliswaar kritisch tegenover de hulpverlening staan, maar er tevens van uitgaan dat zij mét de hulpverleners een gezamenlijk doel nastreven: mensen gezond maken of liever gezond houden".

SAMEN, MAAR NIET ONDER EÉN DAK.

Een tamelijk vergaande samenwerking tussen huisartsen is niet noodzakelijk gebonden aan het instituut groepspraktijk. Er zijn zeker alternatieven voor hen die wel voelen voor een onderlinge samenwerking, aanzienlijk verder gaande dan alleen een weekenddienst- en een vakantieregeling, maar vooralsnog terugdeinzen voor de als nogal onherroepelijk gevoelde stap naar een gezamenlijke praktijk.

Dit zou de conclusie kunnen zijn uit een gesprek dat wij hebben gehad met de huisarts A.A.J. Ferket (37) die zich op 13 oktober 1972 tezamen met vijf collega's uit Culemborg verenigde in de "Stichting Samenwerkende Huisartsen Culemborg", te weten met L.M.J. Bongaerts, J.B.H. Deen, J.H. Ekering, D.C.F. Vroon en K.J.J. Wolters. De zes huisartsen hadden eerst de mogelijkheden afgetast voor de oprichting van een groepspraktijk, maar waren tot de conclusie gekomen dat een gezamenlijke praktijk voor hen nog *geen haalbare kaart* was.

Ferket: "Eén van de redenen waarop de groepspraktijk afsprong, was wel dat niemand in ons midden het gevoel had de motor, de *drijvende kracht* voor de totstandkoming van zo'n groepspraktijk te kunnen zijn. Zo iemand is nodig om de zaak van de grond te krijgen. Daarnaast stuit je, als je met z'n zessen in één gebouw wilt gaan zitten, onvermijdelijk op verschillen in opvatting en situaties. De jongere huisartsen waren in het algemeen enthousiaster voor de groepspraktijk dan de oudere; heel logisch, de jongere huisarts kan zich veroorloven om nog te denken in termen van de opbouw van een nieuwe praktijk. En dan had je nog de verschillen in bestaande financiële lasten, de één had zijn schulden wel, de ander nog niet afgelost en toch zou iedereen een fikse investering moeten doen. De nadelen overtroffen tenslotte de voordelen, wat voor andere groepen huisartsen natuurlijk precies andersom kan liggen".

De gezamenlijke wens van de huisartsen om te komen tot een meer geïntegreerde werkwijze bleef echter onaangetast. "Het niet doorgaan van de groepspraktijk betekende voor ons alléén dat wij een steeds intensievere samenwerking op een meer *geleidelijke* manier moesten zien te verwezenlijken. En de rechtsvorm van een stichting leek ons heel geschikt voor dat doel. Wij ervaren het als een groot voordeel dat er nu geen dwang is tot samenwerking, dat wij geleidelijk - op basis van unanimiteit - steeds nieuwe elementen in het samenwerkingsverband kunnen inbrengen. Wij hebben ons als het ware bevrijd van het gevoel dat onze samenwerking principieel zou moeten uitmonden in een groepspraktijk", aldus Ferket.

Koffie-uurtje.

Ferket vertelde ons iets over de voorgeschiedenis die aan het besluit tot samenwerking is voorafgegaan. "Toen ik in 1967 mijn praktijk in Culemborg begon, was er al een weekenddienst- en een waarnemingsregeling voor de vakanties. Daarnaast waren er eenmaal in de zes weken bijeenkomsten van huisartsen en was er elke zaterdagochtend een gezamenlijk koffie-uurtje voor de Culemborgse huisartsen en de specialisten, waar patiëntenproblemen werden besproken. Tevens gaven de

specialisten - op verzoek van de huisartsen - eenmaal in de maand klinische nascholingsavonden. In 1970 namen wij als huisartsen een principieel belangrijk besluit, namelijk om de dingen, die in de eigen werkomgeving aan de orde waren, op een meer systematische wijze te bespreken. Deze besprekingen over onderwerpen als het drugprobleem, anticonceptie, abortus enz., leidden in 1971 tot de conclusie dat er tal van zaken waren die zich zouden kunnen lenen voor een gezamenlijke aanpak en wij besloten die onderwerpen nu eens op een rijtje te zetten. In maart 1972 was onze verlanglijst, bestaande uit twintig punten, gereed".

Prijsbewust.

Wij vroegen Ferket wat er nu inmiddels is gerealiseerd van de op de verlanglijst vermelde punten:

- De nu door ons voorgeschreven recepten zijn voor een deel gestandaardiseerd en vereenvoudigd. Er is een maandelijks farmacotherapeutische bespreking van huisartsen, specialisten en een apotheker. Dit gesprek wordt voorbereid door een apotheker en twee leden van de stichting. Per geneesmiddelengroep wordt bekeken wat geschrappt en wat gezamenlijk kan worden gebruikt. Het positieve effect daarvan is duidelijk: een kwalitatief betere en ook meer prijsbewuste farmacotherapie.
- De zes huisartsen hebben allen een medicamentenkoffer die in overleg met de apotheker is gevuld met een *uniform pakket aan medicijnen*. De gene die 's nachts een patiënt bezoekt heeft dan in de meeste gevallen het vereiste medicijn bij de hand.
- De reeds bestaande waarneming in het weekeinde en tijdens de vakantie is aangevuld sinds mei 1972 met een regeling voor avond- en nachtdiensten.
- De zes huisartsen hebben deelgenomen aan een onderzoeksprogramma, waarbij - op indicatie - cervix-uitstrijkjes ter beoordeling konden worden gezonden naar het laboratorium Cyt-U-Universitair van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht. Zij verkregen daardoor niet alleen informatie over eventueel aangetroffen baarmoederkanker, maar ook over diverse ontstekingsbeelden en de hormonale toestand. Hoewel dit onderzoek reeds 1 juli jongstleden is afgesloten, blijft de mogelijkheid open om uitstrijkjes in te sturen.
- De stichting heeft een *E.C.G.-dienst* ingesteld - met aanvullende subsidie van het ziekenfonds - die de mogelijkheid biedt om 10 tot 15 patiënten met bijvoorbeeld vage, mogelijk cardiale klachten op elke woensdag naar een Culemborgs ziekenhuis te verwijzen om daar een E.C.G. te laten maken. Patiënten, van wie de huisarts meent dat zij een ernstige afwijking hebben, worden rechtstreeks doorgestuurd naar de cardioloog. De huisartsen hebben aan de E.C.G.-dienst een eigen onderzoek gekoppeld, waaraan het N.H.I. medewerking verleent, naar de invloed van het betrekken van het electrocardiogram in de diagnostiek op de wijze van werken van artsen.
- Er worden door de stichting gesprekken gevoerd om de zorg voor bepaalde groepen patiënten te verbeteren, zoals voor bejaarden, *druggebruikers*, gastarbeiders en Ambonezen.

Verlanglijst.

De mate van samenwerking heeft haar definitieve vorm echter nog lang niet bereikt. Onderwerpen, die ook op de oorspronkelijke verlanglijst voorkwamen en waarvoor nog naar een gezamenlijke aanpak moet worden gezocht, zijn het maken van een uniforme medicamentenkaart voor chronisch zieken, bijvoorbeeld in een bejaardentehuis, met gegevens over vroegere ziekten, gebruikte medicijnen, telefoonnummers huisarts enz.; een gezamenlijke aanpak in acute gevallen (epilepsie, verkeersongeval, acute psychose, zelfmoordpoging, sterfgevallen, crisis bij druggebruik); een integrale aanpak van hypertensie-behandeling, platvoeten, abortus, anti-conceptie, fysio-therapie enz. enz.

Had de huidige graad van samenwerking ook niet kunnen worden bereikt zonder de oprichting van een stichting, met andere woorden wat is het specifieke nut van de oprichting van de stichting in het kader van de doelstelling geweest? Ferket: "Door de oprichting van de stichting hebben wij bewust niét volstaan met te zeggen dat wij willen samenwerken, maar hebben wij ons ook *vastgelegd* om dat te doen. Het besluit om de samenwerking een geïnstitutionaliseerde vorm te geven, heeft ons als het ware "gedwongen" om onze wens voor een taakverdeling en een meer integrale aanpak ook tot werkelijkheid te maken. Bovendien hebben wij, als een niet onbelangrijk neveneffect, ervaren dat wij als stichting bijvoorbeeld ten aanzien van het opname-beleid in verzorgings- en verpleegtehuizen meer bereiken dan als een verzameling samenwerkende eenlingen. Het is een naar woord, maar als geïnstitutionaliseerde groep heb je *meer macht*. Je invloed neemt toe".

Betere behandeling.

Naast de grotere invloed in het contact met instanties (gemeente, gezondheids-voorzieningen) verwachten de zes huisartsen, naarmate de samenwerking intensiever wordt, de patiënt een steeds betere behandeling te kunnen geven, zowel uit kwalitatief (diagnostiek) als uit kwantitatief oogpunt. Tevens is de ervaring dat zij als groep eerder tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek komen; in de eerste plaats zijn deskundigen sneller geneigd begeleiding te geven en in de tweede plaats zijn de kosten gezamenlijk gemakkelijker te dragen.

De stichting die tezamen ongeveer 16.000 patiënten onder haar hoede heeft, streeft ook naar een verbetering van de samenwerking met *andere disciplines* uit het eerste echelon. Dit streven heeft inmiddels geleid tot een regelmatig drie-wekelijks contact met maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. "Wij bevinden ons nu nog in het overlegstadium, waarin wij eerst naar een oplossing moeten zoeken voor problemen zoals hoe en wanneer je naar elkaar moet verwijzen? Hoe moet je de informatie weer naar de andere discipline terugkoppelen? Wij hebben echter goede hoop op een gunstig resultaat", aldus Ferket.

Een belangrijke activiteit van de stichting is ook het leveren van een bijdrage aan de opleiding van assistent-artsen door deze ervaring te laten opdoen in de praktijken van de huisartsen op basis van een afspraak met het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht.

Voor dat doel heeft de stichting op eigen kosten een flat in Culemborg gehoord, waarin de aankomende artsen kunnen wonen. Ferket toont zich optimistisch over de toekomst van de stichting. "Ik heb persoonlijk nooit spijt gehad dat ik ooit aan die samenwerking ben begonnen".

"DE SCHAKEL" KOPPELT VRAAG NÁÁR EN AANBOD VÁN HULP.

Tegenover de velen die hulp behoeven, respectievelijk hulp zoeken, staan in Nederland gelukkig vele instanties/instellingen en sociale voorzieningen die deze noodzakelijke of gevraagde hulp ook kunnen bieden. Toch impliceert de aanwezigheid van al die mogelijkheden om hulp te krijgen op zich zelf nog *niet* dat de hulpvrager daadwerkelijk hulp krijgt. Eén van de belangrijke oorzaken van dit euvel is dat de complexe structuur van de hulpverlening voor een belangrijk deel *on-doorzichtig* blijft voor de hulpvrager. Menig huisarts bij wie de hulpvrager aanklopt, kampt met hetzelfde probleem. Ook zijn zicht op de "sociale kaart" is dikwijls ontoereikend om adequate adviezen te geven. Zo ontstaat dan de merkwaardige situatie dat hulpverlenende instanties wachten op hulpvragers, die hen tevergeefs zoeken.

Om daar iets aan te doen, met name met betrekking tot de groep bejaarden, werd in 1970 in Haarlem-Noord het dienstencentrum "De schakel" opgericht. De keuze van de naam gaf exact weer, waar volgens de initiatiefnemers de oplossing lag: er moest een verbindende schakel, een *tussenstation*, worden gecreëerd tussen de vraag naar en het aanbod van hulp.

Wij spraken met twee mensen die een belangrijke rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van de nog steeds zeer nuttig functionerende "schakel", te weten H. Bos, maatschappelijk werker, die gedurende enkele jaren de leiding bij het centrum had en daarbij zelf actief *schakelde* tussen hulpvrager en hulpverlener en J.C. Oeberius Kapteijn, die geruime tijd intensief als huisarts met het dienstencentrum heeft samengewerkt. Inmiddels is H. Bos projectleider geworden van de Stichting Dienstencentra Haarlem, een overkoepelend orgaan dat acht dienstencentra omvat, waarvan "De schakel" er één is en vervult J.C. Oeberius Kapteijn de functie van directeur bij het Nederlands Huisartsen Instituut.

Telefoonuurkje.

Medio 1965 werden in feite de eerste bouwstenen aangedragen voor "De schakel", toen een studie- en overlegorgaan van Haarlemse artsen, de zogenaamde "werkgroep artsen" binnen welke werkgroep de behoefte werd gesignaleerd aan meer hulp en verzorging voor zelfstandig wonende bejaarden en thuis blijvende zieken. Teneinde reeds enigszins aan die behoefte tegemoet te kunnen komen werd - op initiatief van de huisarts Dr. P.A. Roorda - een "telefoonuurkje" ingevoerd, waarbij de artsen informatie over de "sociale kaart" van Haarlem konden krijgen ten behoeve van hun cliënten. Inmiddels was echter het inzicht gegroeid dat er aanzienlijk meer moest gebeuren en wel in de vorm van de oprichting van een dienstencentrum. Op 22 januari 1970 was het zover: "De schakel" werd officieel geopend door de burgemeester van Haarlem.

Folder.

Vóór de officiële opening was in alle brievenbussen van de betrokken wijk (17.000 woningen met 48.000 inwoners) een folder gedeponneerd, waarin "De schakel" zich aan de wijkbewoners voorstelde als een voorlichtings-, advies- en bemiddelingsbureau voor iedere hulpzoekende. Aan diezelfde folder was een antwoordkaart bevestigd waarop men twee verlangens kenbaar kon maken: de wens om te worden bezocht en de wens om zelf hulp te verlenen.

"De *niet-professionele* hulpverlening heeft, naast de professionele, altijd een belangrijke rol gespeeld in de filosofie van "De schakel". Deze vorm van hulp beantwoordt niet alleen een behoefte in de wijkgemeenschap, maar heeft vaak ook een positieve uitwerking op degene die de hulp verleent. In de werkpraktijk van het centrum is het meer dan eens voorgekomen dat de oplossing van moeilijkheden van een hulpvrager uiteindelijk bleek te liggen in het tegemoet komen aan een *behoefte om daadwerkelijk hulp te geven* aan anderen, met andere woorden om zich nuttig te maken. In één geval evolueerde een aanvankelijke hulpvrager, via vrijwillig hulpverlener, zelfs tot professioneel maatschappelijk werker door een studie te gaan volgen", zo vertellen Bos en Oeberius Kapteijn.

Hoe wordt de "schakel-functie" door een professionele hulpverlener uitgeoefend? De heer Bos zegt er dit over: "Wanneer een huisarts een cliënt naar "De schakel" verwijst oriënteert men zich daar opnieuw over de betrokkenen. Dat betekent dat de hulpverlener er niet bijvoorbeeld van uit gaat dat de probleemstelling ten aanzien van de hulpvrager, zoals de huisarts die formuleert, juist is. Essentieel voor de schakelfunctie is dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld naar welke instelling de patiënt ter behandeling is verwezen, waarbij steeds wordt getracht direct contact tussen huisarts en deze instelling te leggen; in een later stadium wordt de huisarts geïnformeerd over de resultaten die de verwijzing heeft opgeleverd".

Op het ogenblik werken bij "De schakel" drie professionele hulpverleners/maatschappelijk werkers, van wie een full-time en twee part-time. Zij worden bijgestaan door twee stagiaires, twee vrijwilligers en een administrateur/receptionist/telefonist.

Ontmoetingspunt.

De activiteiten van "De schakel" zijn overigens bepaald niet beperkt gebleven tot het koppelen van vraag naar en aanbod van hulp. Daarnaast is het centrum uitgegroeid tot een omvangrijk activiteiten- en ontmoetingspunt voor mensen uit de wijk en heeft het een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de "sociale beurs", een regelmatig terugkerende contactbijeenkomst voor de verschillende disciplines uit de wijk.

De heer Bos vertelt: "Gedurende het eerste levensjaar van "De schakel", toen er uitsluitend individuele contacten waren tussen de hulpvragers en mij, ontdekte ik steeds weer dat *niemand durfde te zeggen dat hij*

of zij eenzaam was. Daarom besloot ik om de bejaarden uit de wijk twee dagen in de week in de gelegenheid te stellen elkaar te ontmoeten in een zaaltje dat zich in het gebouw van "De schakel" bevond onder het motto "open huis". Op deze manier kon men geheel vrijblijvend binnen komen wandelen en bijvoorbeeld een kop koffie met elkaar drinken".

Bloemschikken.

Het bleef echter niet bij koffie drinken. De contacten van de wijkbewoners resulteerden in velerlei activiteiten die een georganiseerd karakter kregen: een kaartclub, een gymnastiekclub, handenarbeid, zangkoor, bloemschikken, vrije vormgeving, gespreksgroep, biljarten enz. De in maart 1972 opgerichte gespreksgroep, zo vertelt de heer Bos, is steeds meer tot een gespreksactiegroep geworden. Op één van de gespreksbijeenkomsten, waarop vaak personen met een specifieke functie in de wijk worden uitgenodigd (politie-functionaris, brandweerman, notaris, huisarts, diëtiste) werd de huisartsen voor de voeten geworpen dat zij in hun werkwijze onvoldoende rekening hielden met de bejaarden, bijvoorbeeld door de patiënten tweemaal van huis naar de arts en retour te laten lopen teneinde een nummertje te halen en door bejaarden een half uur te laten wachten, ook als er een "vaste" afspraak was gemaakt.

Over het ontstaan van de gymnastiekclub vertelt de heer Bos: "Een man van 84 kwam ons vertellen dat hij aan gymnastiek wilde doen. De herengymnastiek op de radio ging hem te snel en de *radio-damesgymnastiek kon hij niet waarderen.* Daarom stelde hij voor een gymnastiekclub op te richten en ging, met een door ons opgestelde circulaire, aan het werven onder de buurtbewoners. Korte tijd later was de club er en kon de fysio-therapeut ermee aan het werk gaan.

De betekenis van het "open-huisprincipe" ziet de heer Bos vooral in de daarvan uitgaande *positieve sociale controle.* "Men is alert op elkaars disfunctioneren". Bij die positieve sociale controle speelt ook de gastvrouw, een vrijwilligster, een belangrijke rol. Zij treedt op als signaal-geefster naar het Schakel-team als zij meent te constateren dat er iets mis is met iemand in de wijk.

"Sociale beurs".

De "sociale beurs", die eenmaal per maand wordt gehouden, heeft ten doel om de verschillende disciplines in de wijk - artsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, leidsters van gezinszorginstellingen, sociaal-culturele werkers - ervaringen te laten uitwisselen, elkaars werkerterrein en mogelijkheden te leren kennen en algemeen maatschappelijke problemen te signaleren die het welzijn van de mensen dan wel het eigen functioneren belemmeren. "Daarnaast is het belangrijk om elkaars eigenaardigheden te leren kennen. Dat bevordert een goede communicatie tijdens de samenwerking", aldus de heer Bos.

Eigen werkadres.

De arts Oeberius Kapteijn acht het van groot belang om in een tijd waarin - binnen de gezondheidszorg - bij sommigen de neiging bestaat uitsluitend - zeker ten aanzien van sociaal disfunctioneren - heil te verwachten van het gemeenschappelijk huisvesten van eerstelijns-werkers ook aandacht te schenken aan samenwerkingsmogelijkheden waarbij het eigen werkadres gehandhaafd blijft. "In dit verband", zo zegt Oeberius Kapteijn, "moet ook het functionele samenwerkingsverband van het zogenaamde "home-team" worden genoemd".

"De noodzaak van het gemeenschappelijk onder één dak brengen van hulpverleners in een gezondheidscentrum zou wel eens discussiabel kunnen worden, in geval er terplaatse een goed functionerend schakelcentrum bestaat, dat zorg draagt dat de cliënt steeds bij de juiste hulpbron terecht komt. Daarbij moet voorop worden gesteld dat zo'n schakelcentrum *alleen* optimaal kan functioneren als het ook intensief en adequaat wordt benut door de verschillende disciplines als huisartsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, maar ook door zorgers als pastores en sociaal-cultureel werkers. Aan de andere kant is het de taak van het schakelcentrum om de hulpverleners een grondige oriëntatie te verschaffen over de mogelijkheden van zo'n centrum en om de hulpverleners te motiveren het centrum in te schakelen. Voor de huisarts kan een schakelcentrum worden beschouwd als een verwijsmogelijkheid vergelijkbaar met de medische specialist: in overleg met de cliënt gedocumenteerd-verwijzen met een duidelijke vraagstelling", aldus Oeberius Kapteijn.

NIEUWE WEGEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN DE BIJLMERMEER.

"De Bijlmermeer wordt bevolkt door *elke denkbare categorie* in de Nederlandse samenleving; één van de redenen die de ontwikkeling van een goed functionerende gezondheidszorg in dit gebied bijzonder moeilijk maakt. Aan de andere kant kun je misschien wel stellen dat de Bijlmermeer mede daardoor het *laboratorium* is waarin de nieuwe leefpatronen van een toekomstige samenleving moeten worden uitgewerkt".

Aan het woord is de heer B.A. Bles, sinds oktober 1971 projectleider voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de "zuidoostlob" van Amsterdam; een gebied waarvan het hart wordt gevormd door de Bijlmermeer en waarvan ook deel uitmaken: Bijlmer-Zuid, Diemen, Duivendrecht en Driemond.

De heer Bles is formeel in dienst bij de Stichting Samenwerkende Amsterdamse Kruisverenigingen, maar de inhoudelijke taken van zijn functie worden ontwikkeld door de stuurgroep gezondheidszorg "zuidoostlob", welke stuurgroep zich, kort weergegeven, ten doel stelt "ontwikkelingen op gang te brengen en te sturen die tot *adequate hulpverlening* kunnen leiden". Wij spraken met de heer Bles voornamelijk over het fenomeen Bijlmermeer, omdat daar vooralsnog het accent van zijn beoefeningen (en die van de stuurgroep) ligt.

Subcentra.

Overeenkomstig de visie van de sector stadsontwikkeling van de dienst Publieke Werken van de gemeente Amsterdam wordt in de Bijlmermeer gestreefd naar de ontwikkeling van zogenaamde "subcentra", die kunnen worden gedefinieerd als *complete voorzieningscentra (elk voor een wijk van 15.000 inwoners)*, waarvan een wijkgezondheidscentrum een onderdeel vormt en die daarnaast winkels en ruimten ter beschikking van het sociaal, cultureel en kerkelijk leven omvatten. Het streven naar de ontwikkeling van deze subcentra heeft met name geleid tot de oprichting van de Stichting Ontwikkeling Subcentra Bijlmer (S.O.S.B.), waarin ook de stuurgroep gezondheidszorg "zuidoostlob" participeert. "De S.O.S.B. kan men beschouwen als een *ontwikkelingsmaatschappij* die de bouw voorbereidt en mogelijk maakt van de basisvoorzieningen in de ruimste zin, waaronder dus ook gezondheidscentra", aldus de heer Bles.

Enkele projecten staan al op stapel (één is er gerealiseerd), waaronder twee in de Bijlmermeer ("Kraaiennest" en "Ganzenhoef") en één in de Bijlmer-Zuid ("Holendrecht").

"Kraaiennest" omvat een semi-permanent gebouw waarin het *eerste* gezondheidscentrum van de Bijlmermeer reeds is gevestigd. De wijze waarop dit in maart 1974 geopende centrum in de praktijk functioneert zal *mede bepalend* zijn voor de verdere ontwikkeling van nog te bouwen wijkgezondheidscentra. In dit centrum zijn onder meer de volgende functies ondergebracht: huisartsen, apotheek, maatschappelijk werk, wijkverpleging, dierenartsen, een kantoor van de Amsterdamse Vereniging van Ziekenfondsen, G.A.K. en jeugdgezondheidszorg van de G.G. en

G.D. van Amsterdam. "Kraaiennest" telt tevens een aantal winkels, waarmee een kleine aanloop is genomen naar het einddoel: een subcentrum.

"Ganzenhoef" zal het eerste permanente subcentrum in de Bijlmermeer worden, waarin de voornaamste welzijnsfuncties een plaats zullen krijgen. Volgens de prognose van de heer Bles zal dit subcentrum dit jaar (1975) gereed komen. In het gezondheidscentrum zal worden samengewerkt door onder meer: zes artsen, drie fysiotherapeuten, tien tandartsen, verloskundigen, een apotheker, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en voorts vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg. De werkgroep gezondheidszorg "Ganzenhoef", waarin - naast vele andere betrokkenen - ook het *N.H.I.* participeert, heeft samen met de projectleider dit centrum ontwikkeld.

Bijlmer-Zuid.

Het project "Holendrecht" heeft betrekking op de dienstverlening in de eerste woonwijk (10.000 mensen) van Bijlmer-Zuid, met de bouw waarvan eind 1974 is begonnen. Volgens de heer Bles zal het project "Holendrecht" in enkele opzichten duidelijk afwijken van "Kraaiennest" en "Ganzenhoef". In de eerste plaats zullen de gezondheidszorgvoorzieningen *niet*, als bij de beide andere projecten, achteraf worden "ingevuld", maar zal de dienstverlening met de komst van de eerste bewonersgroep op gang worden gebracht en vervolgens worden uitgebreid *naar gelang* de woningbouw vordert. In de tweede plaats omvat dit project niet één, maar twee - kleinere - gezondheidscentra die beide tussen de woonblokken zullen worden gesitueerd "*teneinde de psychologische drempel voor de toekomstige bewoners te verlagen*".

Koffiebar.

Het streven om de drempel voor de cliënt zo laag mogelijk te maken is ook de directe aanleiding geweest voor het (nog niet gerealiseerde) plan om de wachtruimte van "Kraaiennest" te voorzien van een koffiebar, waardoor ook het contact tussen de bewoners zou kunnen worden gestimuleerd. Bovendien is het de bedoeling om de gastvrouwen of -heren te recrutereren uit de bewoners. Doel hiervan is, de relatie bevolking/gebruikers en hulpverleners zo sterk mogelijk te maken.

Het creëren van wat genoemd wordt een sociaal leefbaar milieu is in de Bijlmermeer wel een bijzonder moeilijke opgave. De stedenbouwkundige conceptie van het gebied, die vooral wordt getypeerd door de strikte scheiding van functies als wonen, werken, vervoer en recreatie, schrijft als het ware een *dwingende* planning van voorzieningen voor, waarbij de ruimte om te manoeuvreren gering is gebleven. De heer Bles wijst erop dat juist de mogelijkheid om tijdig bij te sturen zo belangrijk is. Als voorbeeld noemt hij de bouw van een bejaardenhof die nu voltooid is. "Het begint eigenlijk nu pas goed duidelijk te worden dat men de mensen *alleen* in zo'n bejaardenhof moet onderbrengen als het echt niet anders meer kan. Voor die tijd zou men deze mensen veel beter in een flat, als ieder ander kunnen huisvesten".

Niet westerse cliënt.

Daarnaast wordt het scheppen van een sociaal leefbaar milieu bemoeilijkt door de samenstelling van de bevolking, die zo ongeveer de *absolute tegenpool* is van een gemiddelde gemeenschap. Niet het gezin is de basis van de samenleving, maar óók het gezin, en daarnaast de commune, de vriendschap, de alleenstaande. Ook de individuele verschillen zijn groot; de zwarte mens leeft er naast de blanke mens, de Nederlander naast de buitenlander.

Om een antwoord te kunnen geven op een deel van deze problematiek, zo vertelt de heer Bles, wordt er bijvoorbeeld in samenwerking met het *Tropeninstituut en met Surinaamse en Antilliaanse bewonersorganen* getracht via een werkgroep inzicht te krijgen in de problematiek van de relatie tussen het westers-georiënteerde gezondheidszorgsysteem en de niet westerse cliënt. "Het is gebleken dat de gezondheidszorg, zoals die er nu is, in het geheel niet beantwoordt aan het verwachtingspatroon van deze zwarte mens. Concreet kwam dat bijvoorbeeld tot uiting in het verschijnsel dat de cliënt zich aan de ene kant, welhaast akritisch, bereid toonde om elk advies van de hulpverlener op te volgen, maar aan de andere kant het gegeven advies achteraf niet bleek te hebben begrepen. Het was dus allemaal niet overgekomen, *waarvan de zwarte mens in feite het slachtoffer werd*", aldus de heer Bles.

Het is duidelijk dat de heer Bles en alle anderen, die zich inspannen voor de ontwikkeling van een sociaal leefbaar milieu in de Bijlmermeer, voor een bijzonder moeilijke taak staan. Vakopleidingen "projectleider Bijlmermeer" bestaan niet. De heer Bles zal de "know-how" zelf moeten verwerven.

Loonstrookje.

Wij vroegen de heer Bles of er wel voldoende belangstelling bestaat van huisartsen om in gezondheidscentra in de Bijlmermeer te gaan werken. "Er zijn zeker voldoende, vooral jonge, artsen die zich aanmelden. In zijn algemeenheid kan men echter wel stellen dat men als huisarts binnen deze context een zekere *pioniersgeest* moet hebben. Dit geldt ook voor alle andere functies. Wie op zijn loonstrookje zijn investering in arbeidstijd precies tot uitdrukking gebracht wil zien, moet bepaald niet in de Bijlmermeer gaan zitten", meent de heer Bles. Aan de andere kant zijn er ook huisartsen die het werken in een interdisciplinair team *te veel idealiseren*. "Deze mensen realiseren zich te weinig dat er spanningen kunnen ontstaan, bijvoorbeeld tussen persoonlijkheden die elkaar minder goed liggen. In een team moet je echter leren met elkaar om te gaan op basis van waardering van elkaars kundigheden en niet in de eerste plaats op basis van wederzijdse sympathieën.

Om meer over de wensen van de bewoners te weten te komen en de gezondheidszorg daarop zoveel mogelijk af te stemmen, fungeert het kantoor "gezondheidszorg zuidoostlob" aan het Bijlmerplein onder meer als een soort *klachtenbureau* voor de bevolking. "Op deze manier kunnen wij proberen te bemiddelen tussen patiënt en hulpverlener als er communicatiestoornissen zijn."

Een sailant detail is dat de particuliere verzekerden die van de diensten van het gezondheidscentrum "Kraaiennest" gebruik maken, een vast "*abonnement*" kunnen krijgen, dat wil zeggen dat elke particuliere verzekerde - ongeacht het aantal afgelegde bezoeken - een bepaald bedrag per kwartaal betaalt.

Tenslotte formuleert de heer Bles de volgende wensen 1) meer en daadwerkelijke aandacht van de overheden, politieke partijen en organisaties voor dit gebied; 2) binnen het kader van de herstructurering van de basisgezondheidszorg dit gebied aanwijzen tot regionaal experimenteergebied; 3) een zendvergunning voor kabel-t.v.; 4) meer aandacht voor de totale mens.

GROOTEGAST WACHT OP GEZONDHEIDSCENTRUM.

Gezondheidscentra en groepspraktijken rijzen zeker de laatste tijd niet als paddestoelen uit de grond. Waar soms de wil onder hulpverleners aanwezig is om tot een dergelijke samenwerkingsvorm te komen, blijkt een reeks structurele omstandigheden in de zorg een onoverkomelijke hindernis te vormen. Te meer reden om eens de aandacht te vestigen op twee jonge artsen die er, ondanks alle moeilijkheden, in lijken te gaan slagen om een gezondheidscentrum van de grond te krijgen. Hun namen: J. Feenstra (34) en J. Jellema (31). Hun werkgebied: Grootegast, een dorp tussen Leeuwarden en Groningen, weliswaar in de provincie Groningen, maar zo dicht bij de Friese grens dat eenderde van de bevolking de Friese taal machtig is. Het landschap is polderachtig. Van industrie is nauwelijks sprake. Wel is er een zekere trend om activiteiten te ontplooiën in de recreatieve sfeer.

Beide artsen voelen zich erg op hun plaats in Grootegast. Zij houden er vier (Jellema) respectievelijk zeven (Feenstra) jaar praktijk. Als voordelen van het platteland als werkterrein, in vergelijking met de stad, noemen de artsen: de geringere zakelijkheid en de vaak openhartiger en plezieriger verhouding met de bevolking.

Op het ogenblik ligt er op het ministerie van CRM een bouwsubsidieaanvraag voor een gezondheidscentrum in Grootegast. Een subsidie is aangevraagd door een "stichting in oprichting" waarin - behalve de beide artsen - participeren: het plaatselijke Groene Kruis, de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Westerkwartier en de gemeente. Grootte en de gevraagde subsidie: circa 2½ ton ofwel 75 procent van de totale bouwkosten.

Realistisch.

De voor een gezondheidscentrum, relatief geringe omvang van de bouwkosten moet op rekening worden geschreven van een gunstige uitgangspositie, of liever van een realistische benutting van de plaatselijke omstandigheden. In Grootegast beschikt het Groene Kruis namelijk over een tamelijk groot pand dat, als het ministerie het wil, door middel van verbouw en aanbouw voor een gezondheidscentrum geschikt kan worden gemaakt.

De aanwezigheid van dit gebouw en de ideeën die beide artsen over samenwerking hadden, vormden ongeveer anderhalf jaar geleden al aanleiding om zich tot het Nederlands Huisartsen Instituut te wenden voor het voeren van een oriënterend gesprek over de mogelijkheden voor de oprichting van een gezondheidscentrum. Na vele besprekingen met onder meer het Groene Kruis, het maatschappelijk werk en gemeentefunctionarissen, waarbij menige klip moest worden omzeild, kwam tenslotte de bovengenoemde "stichting in oprichting" tot stand die nu een subsidieaanvraag bij het ministerie van CRM geeft gedeponereerd.

Kans voor H.T.S.ers.

Zeer bijzonder is wel de wijze waarop het bouwplan tot stand is gekomen. De artsen waren min of meer toevallig in contact gekomen met twee bijna afgestudeerde Groningse H.T.S.ers - J. Haan en K. Velzen - die hun studie moesten afronden met het plannen en ontwerpen van een medisch centrum. Dit contact bleek zowel voor de studenten als voor de artsen bijzonder vruchtbaar: de H.T.S.ers kregen de kans een bouwplan te maken waarvan de bedoeling was het ook *werkelijk uit te voeren* en de initiatiefnemers van het gezondheidscentrum hoefden geen architect in te schakelen en dus niet het risico te lopen dat de kosten - in geval het plan, door welke omstandigheden dan ook, niet door zou gaan - achteraf weggegooid geld zouden blijken te zijn. "De studenten hebben het met groot enthousiasme gedaan. Ze hebben zich er enorm in verdiept. An dat allemaal voor een bijzonder aantrekkelijke prijs", aldus de artsen.

Als het centrum er komt, zullen - door middel van aanbouw aan het Groene Kruis gebouw - een behandelkamer en ruimten worden gecreëerd voor de beide artsen en voor een arts-assistent. Het scheppen van ruimte voor een opleidingsfunctie binnen het centrum achten de artsen van groot belang. Feenstra: "Het is altijd nuttig voor een huisarts om met nieuwe kennis en ideeën van een arts-assistent te worden geconfronteerd. Dat houdt de zaak fris, vooral als de assistent *kritisch* is. Zijn aanwezigheid kan voorkomen dat je in een zekere sleur vervalt".

Daarnaast zullen er, door middel van verbouw, ruimten komen voor het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. Tevens komt er een multifunctionele ruimte waar bijvoorbeeld vergaderingen kunnen worden gehouden en is er een centrale entree gepland die toegang geeft naar de werkruimten voor de onderscheidene disciplines. Het is voorts de bedoeling om het team voorlopig door een *agoog* te laten begeleiden.

Evenveel valium.

De wens van de artsen Feenstra en Jellema om tot de oprichting van een gezondheidscentrum te komen is onder meer ingegeven door de overstelpende problematiek waarmee in feite iedere huisarts te maken krijgt. "De plattelandsbevolking kampt net zo goed met psycho-sociale problematiek als de stadsbewoners. Zonder nu direct exacte cijfers te kunnen noemen hebben wij niet de indruk dat de plattelandsbevolking bijvoorbeeld minder valium en librium slikt dan de mensen in de stad", zo vertellen de artsen.

Wij vroegen de artsen wat zij dachten van de constatering van Prof. Dr. W. Brouwer (zie elders in deze bundel) dat de maatschappelijk werker, zoals die nu functioneert, in het algemeen niet zo'n ideale teamgenoot van de huisarts blijkt te zijn. Feenstra: "Wij tillen daar niet zo verschikkelijk zwaar aan. In de eerste plaats geloven wij dat zowel de teamsamenstelling als de wijze waarop het team het werk gaat verdelen sterk regio en *persoons*gebonden is. Ook menen wij dat het werken in een klein team betere garanties biedt voor een goede

samenwerking. Wij zijn twee artsen die van het harmoniemodel uitgaan. Dat betekent automatisch dat wij bij voorkeur met een maatschappelijk werker samenwerken die op ongeveer dezelfde golflengte zit en die niet bijvoorbeeld zeer uitdrukkelijk van het conflictmodel uitgaat. In de tweede plaats vragen wij ons ook wel af of er niet *té veel nadruk* wordt gelegd op die directe eenheid van het team, op de opvatting dat je zo ontzettend goed op elkaar moet zijn ingespeeld. In de praktijk word je tenslotte geconfronteerd met de situatie dat hulpverleners in een team op een gegeven moment elders gaan werken, hetgeen bij ons reeds is voorgevallen. Natuurlijk moet je goed met elkaar kunnen samenwerken. Maar wij menen dat je toch wat nuchter tegen een team moet aankijken".

Jellema ziet in de omstandigheid dat de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige in dienst blijven van hun eigen organisaties eigenlijk nog wel een voordeel: "Als het niet loopt in een team en er gaan hulpverleners weg, dan heeft de binding aan afzonderlijke instellingen als het maatschappelijk werk en de Kruizen het voordeel dat - in onderling overleg met deze instellingen - voor vervanging wordt zorggedragen".

Laatdunkend.

Eén van de factoren die in de ogen van Feenstra en Jellema voor de oprichting van een gezondheidscentrum pleiten, is ook de *sterkere* positie die de eerste lijn zich daarmee ten opzichte van specialisten en ziekenhuizen verschaft. Jellema: "Wij zijn niet tevreden met de huidige situatie voor wat betreft onze relatie met de hogere echelons. Met name in het Academisch Ziekenhuis zijn de specialisten - uitzonderingen daargelaten - nog wel eens geneigd om ons wat laatdunkend te benaderen. Bovendien hebben wij het gevoel dat wij als solist te weinig weerwerk kunnen bieden in situaties waarin wij ervan overtuigd zijn dat onze patiënten te lang in het ziekenhuis worden gehouden. Wel hebben wij al verscheidene malen ingegrepen als ons bleek dat een patiënt voor een eenvoudige controle die de huisarts ook kan verrichten naar het ziekenhuis moest. In zo'n geval vinden wij het niet acceptabel dat de patiënt een reis naar Groningen moet maken, welke stad zo'n 25 km uit de buurt ligt, ook al vanwege de consequenties voor het ziekteverzuim."

Onzekerheid.

Feenstra somt nog enkele problemen op waarmee met name de solist wordt geconfronteerd: "Je moet als huisarts een zeker risico durven dragen. Als je dat niet zou durven, betekent dat dat je nagenoeg iedereen zou moeten verwijzen. Doordat je dat risico moet dragen, zit er een stuk onzekerheid in je beroep ingebouwd. De patiënt verlangt toch echter vaak een stuk geruststelling en zekerheid. Het is voor je eigen functioneren nodig dat anderen mede-verantwoordelijkheid voor beslissingen dragen. Daarom is samenwerking zo belangrijk. Dat geldt ook met name als je geconfronteerd wordt met psycho-sociale problematiek, waarbij dan de maatschappelijk werker en de wijkzuster direct ingeschakeld kunnen worden".

Feenstra, Jellema en een derde arts in de naaste omgeving, geven elkaar - naast hun gebruikelijke avond-, nacht- en weekendregeling - één vrije middag per week die zij kunnen benutten voor het bezoeken van ziekenhuizen, het bijhouden van de administratie enz. "De bevolking hier vindt het heel *normaal* dat wij elkaar op bepaalde uren en dagen vervangen. In moeilijke gevallen bellen wij elkaar via onze geheime telefoonnummers op", zo vertellen de beide artsen.

De artsen uit Grootegast hebben goede hoop dat het ministerie van CRM de subsidie-aanvraag voor de bouw van het gezondheidscentrum zal honoreren en daarmee een beter functioneren van de eerste-lijns-hulp in totaliteit in deze gemeente mogelijk zal maken. Een dergelijke honorering zou ook aardig zijn voor de H.T.S.'ers die daarmee voor de eerste maal de realisatie van een architectonisch ontwerp van hun hand zullen gaan beleven.

