

Dienst van Sociale Zaken is georganiseerd door de heer Kweksilber. De lichamelijke activiteit wordt in hoge mate gestimuleerd door het deelnemen aan gymnastiekclubs. Er zijn op het ogenblik in Nederland meer dan 300 clubs met meer dan 6000 deelnemers.

Wat de voeding betreft: tekorten kunnen worden aangevuld door „meals on wheels”. Dit zijn maaltijden die de leden van vrouwenverenigingen thuis bezorgen. De Unie van Vrouwelijke Vrijwilligers (U.V.V.) is hiermede begonnen. Voor deze dienst wordt ook wel de naam „tafeltje dek je” gebruikt, een wel wat infantiliserende benaming. De maaltijden worden geleverd tegen kostprijs of iets eronder. Het is noodzakelijk dat deze maaltijden goedkoop zijn, omdat de meest frequente oorzaak van wanvoeding armoede is. Indien men deze en andere diensten die voor bejaarden door vrijwilligers worden gedaan onderbrengt in één gebouw, krijgt men een veel grotere efficiëntie. Het deelnemen aan de ene activiteit stimuleert het deelnemen door bejaarden aan de andere. Bovendien heeft het veel voordeel indien de werkers in verschillende soorten bejaardenwerk elkander ontmoeten. De leiding van een dergelijke dienstencentrum behoort bij een „professional” te berusten. In het algemeen zal dit een maatschappelijk werker of werkster moeten zijn. Voor het overige moeten de diensten door vrijwilligers worden verricht, vandaar dat een dienstencentrum nooit zonder de „zuilen” kan werken, want

vrijwilligers werven kan men niet buiten de levensbeschouwelijke verenigingen om. Zonder een voldoende aantal vrijwilligers heeft men geen dienstencentrum te bouwen. Is dit wel het geval, dan kan men in een dergelijk dienstencentrum ook verschillende andere diensten onderbrengen. Zo kan men er verkeersonderwijs geven en voorlichting over doelmatige woninginrichting, waardoor men iets aan de preventie van ongevallen doet, terwijl de maatschappelijke werker sociale voorlichting kan geven. Bovendien kan men in het dienstencentrum een badgegelegenheid maken, voetverzorging laten geven en eventueel een kapsalon huisvesten. Ook zal men vanuit het dienstencentrum de zoekdiensten, de gezinsverzorging en de warme maaltijden kunnen organiseren. Daarnaast kan men gelegenheid geven gemeenschappelijke maaltijden te gebruiken.

Dergelijke dienstencentra hebben echter alleen nut indien er een zo groot aantal aanwezig is dat iedere gezonde bejaarde niet verder dan twintig minuten van een dergelijk centrum afwoont. Voor een stad van de grootte van Amsterdam kan men beter twintig min of meer geïmproviseerde dienstencentra hebben dan één heel goed centrum, waar toch maar een klein aantal bejaarden kan komen wegens de transportproblemen. Een dergelijke organisatie van dienstencentra vindt men in Oslo. Er is één heel goed centrum; daarnaast zijn er twaalf die weliswaar gebrekkig zijn gehuisvest, maar die toch duidelijk hun nut bewijzen.

Samenwerking huisarts-wijkverpleegster

DOOR DR. J. L. M. PHAFF*

Inleiding. Het past in het kader van deze tijd waarin oude overgeleverde normen worden geëvalueerd, om de samenwerking zoals deze tussen huisarts en wijkverpleegster bestaat aan een kritische beschouwing te onderwerpen. De huidige positie van de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg mag pas sedert 1865 als zodanig worden onderkend, de figuur van de wijkverpleegster in haar organisatorische verband met de Kruisvereniging wordt sedert ongeveer het begin van deze eeuw in ons land aangetroffen. Samenwerking is er vanaf het begin geweest, een samenwerking met een eenzijdig karakter waarin de huisarts als opdrachtgever functioneert en de verpleegster als uitvoerende kracht op verpleegkundig terrein. Een samenwerking die van de kant van de wijkverpleegster werd gekenschetst als: uitstekend, de dokter wordt op zijn wenken bediend en met al zijn wensen wordt rekening gehouden.

* Inleiding, gehouden op het twaalfde N.H.G.-congres te Amsterdam, november 1967.

Ondanks discussies en suggesties van vele zijden bestaat de indruk dat naast een aantal gevallen van voortreffelijk op elkander ingesteld zijn er nog vele mogelijkheden ongebruikt zijn gebleven. Het is om die reden dat aandacht wordt gevraagd voor een verslag van het zogenaamde Asser-experiment, dat mijnerzijds zeer kort in zijn algemene aspecten zal worden ingeleid.

Omvang van het probleem. De omvang van het probleem uitgedrukt in getallen is kort te schetsen: er zijn in Nederland ongeveer 4 500 huisartsen en 3 200 wijkverpleegsters. Het onderzoek van Bramlage in Zutphen heeft aangetoond dat van de gehele bevolking jaarlijks 1,7 procent met een wijkverpleegster in aanraking kwam tegen 60 procent met een arts. De eigenlijke problematiek is echter veel moeilijker te benaderen. In het geneeskundige handelen is een accentverschuiving merkbaar, die langzamerhand tot bewustwording groeit bij de drie betrokken figuren op dit terrein: de huis-

arts, de wijkverpleegster en de patiënt. Het is een verschuiving van vooral somatisch gericht zijn naar een integrale benadering, waarbij psychische en sociale facetten hun rol gaan medespelen. Het is een verschuiving van curatieve zorg naar preventieve en positieve zorg. Het gaat om een verandering van instelling: in de plaats van het afwachten tot patiënten zelf hulp inroepen, komt er een actieve zorgende bemoeienis van de arts voor bepaalde gepredisponerde groepen.

Het moge voor de arts bij deze verschuiving van waarden al moeilijk zijn zijn taak en plaats te hervinden, voor de wijkverpleegster, de vanouds moederlijk zorgende figuur die haar mouwen opstroopt om de zorgen aan de kant te schuiven, is deze plaatsbepaling vaak nog veel moeilijker. Het aantal moeilijkheden neemt volgens een meetkundige reeks toe wanneer de dokter met de wijkverpleegster in dit nieuwe veld contacten moet gaan leggen. In de regel zijn de verwachtingen ten aanzien van de ontmoeting in het nieuwe arbeidsterrein bij de wijkverpleegster hoger gesteld dan bij de arts. Dit bleek bij een onder alle huisartsen en wijkverpleegsters in Friesland ingestelde enquête, waarbij werd gevraagd naar de frequentie van de contacten en naar de waardering ervan. Hierbij ging het om vijf soorten contacten: schriftelijk, telefonisch, mondeling tijdens en na het houden van consultatiebureaus, mondeling tijdens gezamenlijke bezoeken aan patiënten en contacten op andere tijdstippen. Over het algemeen waren de wijkverpleegsters vaker ontevreden over het contact met de huisarts dan de artsen over dat met de wijkverpleegster. Daarbij sloot aan dat de huisartsen de indruk bleken te hebben dat de frequentie van deze contacten gemiddeld lager was dan hetgeen volgens de indruk van de wijkverpleegster het geval zou zijn. Gevraagd werd namelijk: is het contact frequent: iedere dag; matig frequent: enkele malen per week; gering: minder dan eenmaal per week. Objectief gewaardeerd zouden de antwoorden op deze vraag bij huisartsen en wijkverpleegsters moeten overeenstemmen. Deze overeenstemming bestond niet: de huisartsen noteerden een lagere score dan de wijkverpleegsters.

Zoals was te verwachten bestond er verschil tussen stad en platteland. In de stad zijn de contacten minder persoonlijk dan op het platteland; er bestaat namelijk vaker contact per brief en minder vaak contact via het consultatiebureau voor zuigeling of kleuter. De toestand in de stad veroorzaakt vooral bij de huisartsen gevoelens van ontevredenheid. De verschillen zijn verklaarbaar. Het spreekt vanzelf dat de mogelijkheden van samenwerking op het platteland groter zijn dan die in de stad: op het platteland hebben één of enkele artsen met één of meer wijkverpleegsters te maken, in de stad moeten vele artsen met vele — hen vaak niet eens bekende — wijkverpleegsters contact zoeken.

* * *

Voordelen van samenwerking. De frequentie van de verpleegkundige hulp thuis voor ernstige en langdurig zieke patiënten loopt snel terug door het verminderen van het aantal van dergelijke patiënten die thuis worden verpleegd. Het gemiddelde aantal patiënten per wijkverpleegster per jaar bedroeg in Friesland in 1956 en 1964 respectievelijk 72 en 44,2. De grotere therapeutische mogelijkheden en het in gebruik nemen van nieuwe verpleegtehuizen zijn hiervan mede oorzaak. Naar mijn mening zijn op het curatieve terrein nog vele andere taken dan alleen verplegen voor de verpleegster weggelegd. Haar bijdrage aan het opnemen van de anamnese kan door haar uitgebreide kennis van de gezinsomstandigheden van groot belang zijn voor de arts. Zij kan een aantal vervolgvizites van de arts overnemen om het verloop van de ziekte te controleren; er zijn zelfs artsen die de verpleegster inschakelen bij het „screenen” van aangevraagde visites of bij het verrichten van laboratoriumonderzoek ten huize van de patiënt. In Tsjechoslowakije zag schrijver dezes daarvan opmerkelijke voorbeelden. *Huygen, Van Thiel en Degen* — (1967) huisarts en wetenschap 10, 355 — publiceerden de resultaten van een „pilot study” betreffende de samenwerking tussen huisarts en verpleegster.

De medewerking op preventief terrein eist nu reeds een belangrijk aandeel in het werk van de wijkverpleegster, de mogelijkheden in dit opzicht zijn in de toekomst zeker voor uitbreiding vatbaar. In Friesland werd in 1956 door de wijkverpleegster 76 procent van haar tijd aan curatief en 24 procent aan preventief werk besteed; in 1964 was het curatieve aandeel gedaald tot 65 procent, het preventieve gestegen tot 35 procent. Het zuigelingenbureau kan mogelijk, evenals dit in Denemarken reeds het geval is, wat de routinegevallen betreft voor een groot gedeelte door haar worden geleid onder supervisie van de arts; de inbreng op het kleuterbureau en het huisbezoek bij probleemgevallen zijn duidelijke taken; de voorlichting van gravidæ op velerlei gebied — waarvoor de wijkverpleegster meer aandacht, tijd en kennis heeft dan de arts — is uitermate nuttig. Misschien kan zij zelfs wel een aantal van de routinecontroles tijdens de graviditeit overnemen. Bij „at-risk” groepen bejaarden, probleemgezinnen en lijdens aan infectieziekten kan zij naast begeleiding belangrijke preventieve voorlichting geven. Behalve dit individuele werk kan zij in de toekomst zeer wel aan bepaalde groepen informatie verstrekken.

Door middel van experimenteren zal de vraag naar een juiste taakomvang en die naar een juiste taakverdeling tussen huisarts en wijkverpleegster moeten worden bestudeerd. Het delegeren van taken naar andere hulpkrachten zoals doktersassistente en ziekenverzorgster, zal daarbij ook onder ogen dienen te worden gezien. Indien deze studie tot een conclusie heeft geleid, zal men een antwoord op de vraag naar de omvang van de personeelsbehoefte kunnen geven. Dit antwoord nu

reeds in ongenueanceerde vorm te formuleren in de zin van een te grote omvang van de huisartspraktijken en een te zware taak van de wijkverpleegster zou voorbarig zijn.

* * *

Remmende factoren. Het is verstandig in dit loflied op de samenwerking nuchter te blijven. Er is een aantal remmende factoren die de zo gewenste ontwikkeling tegenhouden. De meest voor de hand liggende zijn: de verzuiling van de Kruisverenigingen, de beperking van het werkterrein door de wijkindeling en het gebrek aan tijd van de arts. Het stellen van de problemen, het houden van besprekingen en het organiseren van proefnemingen zullen hier een uitweg moeten bieden. Het gebrek aan kennis bij de arts van de mogelijkheden van de moderne wijkverpleegster, haar bijgebracht in een vernieuwde opleiding, is te verhelpen door meer contact, hetzij via artikelen en voordrachten, hetzij langs persoonlijke weg.

Ernstiger is een verschil in sociaal niveau tussen arts en verpleegster, omdat hier dieperliggende oorzaken achter schuilgaan. De dokter is koning op eigen erf, niet alleen omdat dit historisch zo is gegroeid, maar ook omdat de patiënt dit van zijn geneesheer eist. Het hoort als het ware bij de magisch-therapeutische verwachting van de patiënt dat de arts alles zelf doet. Deze instelling heeft bij de arts weer geleid tot een krampachtig verantwoordelijkheidsgevoel, dat tot een zware last kan worden. Bij de wijkverpleegster heeft deze gang van zaken aanleiding gegeven tot een gevoel van weerstand om als een soort dienstmaagd in het werk van de huisarts te worden betrokken. De verwachting is gewettigd, ook door de sociale aanvaarding van teamwork op vele andere terrei-

nen, dat in deze beroepsmatige deformatie een verandering zal komen die zowel door het publiek als door de arts zal worden geaccepteerd. Het spreekt vanzelf dat ook in een nieuwe verhouding de centrale verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de arts blijft liggen; deze kan echter worden gedelegeerd aan anderen. Reeds tijdens de opleiding van zowel de arts als de verpleegster zal hieraan aandacht moeten worden geschonken en dat niet alleen met woorden, maar ook met daden en voorbeelden.

* * *

Toekomstmogelijkheden. Een groot aantal mogelijkheden voor samenwerking met betere resultaten dan thans wordt bereikt is theoretisch denkbaar. Het experiment in Assen is er een voorbeeld van. Het komt mij voor dat bij het zoeken naar andere vormen zowel huisartsen als vertegenwoordigers van Kruisverenigingen bereid moeten zijn oude vastgeroeste vormen in discussie te brengen. Een herstructurering van de Kruisverenigingen, waarbij misschien tot één uitvoerende dienst kan worden overgegaan, een loslaten van de nu geldende wijkindeling, behoort in principe evengoed te worden overdacht als een herstructurering van huisartspraktijken, hetzij in de vorm van samenwerking in groepspraktijken of in andere vormen, hetzij in de vorm van een wijkbeperking of streekbeperking. Hoe dan ook, een betere samenwerking is een offer waard, een offer in prestige of status, een offer in structuur of uitvoering, een offer zelfs in geld of tijd. Voor beide partijen, arts en verpleegster, kan dit leiden tot een grotere voldoening in het werk en tot een efficiënte en verantwoorde inzet van hun krachten; de patiënt tenslotte zal bij dit alles het meest gebaat zijn. *Salus aegroti suprema lex.*