

niet of onvoldoende realiseert. Deze trends kunnen wellicht dienen als katalysator om onbewuste weerstanden of negatieve gevoelens tussen de groepsleden aan de orde te stellen of andere groepsdynamische fenomenen zichtbaar te maken. Ook lijkt het mogelijk met behulp van registratieperioden ontwikkelingen en verschuivingen binnen de groep te signaleren en ter discussie te stellen. Vooral ten behoeve van dit laatste, de interne discussie in de groep, kan dit soort registratiegegevens naar onze mening een vruchtbaar hulpmiddel of uitgangspunt zijn. Daarnaast zou men ook, de uitkomsten als een gegeven aanvaardend, efficiënter gebruik kunnen gaan maken van die „rolverdelingen”, die goed blijken te functioneren. Dit inzicht steunt dan mede op onze ervaring dat de consulten in het algemeen door de deelnemende artsen positief werden gewaardeerd.

Summary. Consultation between partners in a group practice. An experiment is described in which the consequences of consultation between partners in a group practice were recorded. Findings show that in one-third of cases the consultation led to a distinct change in the policy of the consulting physician, generally resulting in a less „aggressive” approach.

There are modest indications that the choice of consultant is related to the professional field in which the problem occurs. Participating physicians generally assessed the consultations as positive. The moral support aspect of the consultation seems at least as important as its actual contents.

It seems possible, on the basis of the recorded appreciation of consultations by the physicians involved, to obtain indications concerning the group-dynamic process which can perhaps be of use in developing and controlling this process.

Consultation would seem to be a valuable aid in (group) practices; further investigation, specifically into the value of consultations for the patients, seems justified.

De huisartsgeneeskunde in Schotland

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

Here 's tae us
Wha 's like us
Damn few
And they 're deid

Oriëntatie in het buitenland. Bij de gedachtvorming over de toekomstige structuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt gewoonlijk veel aandacht besteed aan de functie van de huisarts. Vaak acht men de positie van de huisarts in gevaar, maar men is ervan overtuigd dat huisartsen een onmisbaar element van de gezondheidszorg vormen. Wel zal aan de huisartsgeneeskunde het nodige moeten veranderen. De huisartsen zullen meer oog moeten krijgen voor de psycho-sociale factoren bij ziekte, meer aandacht moeten geven aan preventie en meer met andere disciplines gaan samenwerken; om dit te bereiken zal de opleiding van de huisarts moeten worden verbeterd en de huisartsen zullen in teamverband moeten gaan werken. Soms stelt men dat de huisarts als één van de leden van een „welzijnszorgteam” dient te gaan functioneren.

Met de opleiding tot huisarts is in Nederland een bescheiden begin gemaakt, maar met de verandering van de werkstructuur wil het nog niet erg lukken. In tegenstelling tot de veelheid van theoretische beschouwingen staat het kleine aantal „gezondheidscentra”, waarvan een deel als experiment is opgezet met behulp van speciale subsidies. Ondanks de interessante gegevens welke deze exper-

Samenvatting. Naar aanleiding van een studie-reis in Schotland worden onder meer de organisatie van de Schotse gezondheidszorg, de toekomstige reorganisatie, de filosofie van de Schotten over de taak van de huisarts in de gezondheidszorg en enige bezochte gezondheidscentra beschreven. Tussen sommige aspecten van de Schotse en Nederlandse gezondheidszorg wordt een vergelijking gemaakt. Hoewel de Schotten minder dan in Nederland spreken over de noodzaak de eerstelijnsgezondheidszorg in teams uit te oefenen en terwijl zij de huisarts nog een centrale plaats in de wijkgezondheidszorg toekennen, is men in Schotland duidelijk verder gevorderd met de totstandkoming van gezondheidscentra, interdisciplinaire en transmurale samenwerking. Enige mogelijke oorzaken hiervoor worden aangegeven.

imenten opleveren, bestaat het risico dat dergelijke gezondheidscentra alleen in bijzondere omstandigheden „haalbaar” blijken, zodat in feite het ontstaan van nieuwe structuren in de gezondheidszorg nadelig wordt beïnvloed. Het valt te betreuren dat ondanks de positieve uitspraken van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.), van de ziektefondsen en van de overheid zo weinig zichtbare

vorderingen worden gemaakt met de vernieuwing van de huisartsgeneeskunde.

Misschien kan het tot de oplossing van deze Nederlandse problemen bijdragen wanneer wij onze blik eens richten op het buitenland. Wim Kan heeft gezegd dat Nederland dank zij zijn kleinheid over een groot buitenland kan beschikken. Het is waarschijnlijk dat een aantal landen rondom Nederland met dezelfde problemen als wij hebben te kampen.

In Groot-Brittannië is 25 jaar geleden, korte tijd voor de oprichting van het N.H.G., het huisartsenréveil begonnen. Bij een verblijf om andere redenen in Schotland, werd ik geconfronteerd met enige gegevens over de huisartsgeneeskunde in dit deel van Groot-Brittannië, dat een zelfstandige organisatie van de gezondheidszorg kent, dat door de beperkte afmetingen overzichtelijk is en dat in sommige opzichten in ontwikkeling vooruitloopt op de rest van het Verenigd Koninkrijk.

In Schotland (aantal inwoners tweevijfde van Nederland) functioneren veertig gezondheidscentra, rond honderd centra verkeren in diverse stadia van ontwikkeling (op papier tot in aanbouw), terwijl men hoopt te bereiken dat omstreeks 1985 veruit de meeste Schotse huisartsen vanuit gezondheidscentra zullen werken. In Schotland houdt men zich intensief bezig met de bevordering van betere samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines en met de samenwerking tussen huisartsen en specialisten of beter gesteld met het herstel van het evenwicht tussen extramurale en intramurale geneeskunde. Met het oog op een meer doelmatige samenwerking en evenwichtiger structuur is in 1972 besloten tot volledige reorganisatie van de gezondheidszorg in Schotland (in Engeland is een soortgelijk reorganisatieplan aan het parlement voorgelegd). Wat de opleiding tot huisarts betreft: niet alleen werd in Schotland voor het eerst een hoogleraar in de huisartsgeneeskunde benoemd, er zijn thans aan alle vier universiteiten hoogleraren in de huisartsgeneeskunde; verder is een aantal mogelijkheden aanwezig voor vrijwillige beroepsopleiding tot huisarts. De Britse huisartsen hebben dit jaar besloten dat vanaf 1977 een driejarige (!) beroepsopleiding tot huisarts wordt verplicht gesteld.

Deze gegevens en een aanbod van het Schotse Home and Health Department waren een goede reden om met een viertal huisartsen in oktober 1972 een studiereis naar Schotland te maken. De reis bestond uit een bezoek aan enige huisartspraktijken (solo- en groeps-) en een aantal gezondheidscentra, gesprekken met diverse autoriteiten en werkers op het gebied van de gezondheidszorg en een bezoek aan de universitaire afdeling voor huisartsgeneeskunde van professor R. Scott te Edinburgh*.

Met deze studiereis wilden wij proberen informa-

tie uit de eerste hand over de organisatie, de werkwijze en het peil van de Schotse huisartsgeneeskunde te verkrijgen. Daarbij interesseerden ons met name de volgende vragen: Welke gedachten heeft men in Schotland over de functie van de huisarts in de toekomst? Hoe komt het dat het tot-standkomen van gezondheidscentra zo vlot schijnt te verlopen? Hoe verloopt en voldoet de „multidisciplinaire samenwerking“? Hoe is de verhouding tussen huisartsen en specialisten, tussen huisarts en ziekenhuis? Hoe staat het met de opleiding?

In dit verslag wordt eerst een aantal feiten over de gezondheidszorg in Schotland vermeld. Vervolgens zal worden getracht een indruk te geven van de achtergrondgedachten, de „filosofie“ bij de planning van de gezondheidszorg. Daarna volgt een beschrijving van een aantal bezochte praktijken en gezondheidscentra. Tenslotte worden in een slotbeschouwing de stand van zaken in Nederland en Schotland met elkaar vergeleken.

De gezondheidszorg in Schotland. De meeste Nederlanders menen dat Schotland het noordelijkste deel van Engeland is. In werkelijkheid is Schotland een van de landen (Engeland, Wales, Schotland, Noord-Ierland) die samen Groot-Brittannië vormen. Groot-Brittannië heeft één koningin, één regering en één parlement, maar Schotland heeft een eigen staatskerk, een eigen wetgeving, een eigen onderwijssysteem en ook een eigen gezondheidszorg. Deze laatste is in grote trekken gelijk aan die van Engeland, maar is zelfstandig en ressorteert direct onder de Secretary of State of Scotland.

Schotland heeft vijf miljoen inwoners, van wie drievierde in de steden woont en eenvierde op het dunbevolkte platteland en op een groot aantal eilanden. Het bevolkingsaantal is sinds twintig jaar vrijwel constant met als gevolg een toenemende veroudering van de bevolking. Er is ontvolking van het platteland; vooral in en rondom Glasgow bestaan indrukwekkende economische problemen. Mortaliteits- en morbiditeitscijfers verschillen niet aanzienlijk van de andere landen van West-Europa, zij het dat meer hart-, vaat- en luchtwegaandoeningen voorkomen dan in Nederland.

Kenmerkend voor de gezondheidszorg is uiteraard de National Health Service (N.H.S.) waardoor aan iedereen in principe kosteloze gezondheidszorg wordt gegarandeerd. Alle Schotten zijn bij een huisarts ingeschreven. Bij de totstandkoming van de N.H.S. werd de gezondheidszorg in drie afzonderlijke afdelingen gesplitst: de genationaliseerde ziekenhuizen ressorteren onder vijf regionale zieken-

* Met name Dr. D. A. Player en Dr. G. Baldwin van het Home and Health Department verschaften ons veel gastvrijheid en de nodige wetenswaardigheden.

huiscolleges; de huisartsen, tandartsen en apothekers vallen onder 25 „executive councils” en de overige diensten (wijkgezondheidszorg, vroedvrouwen, ambulances, jeugdgezondheidszorg en wat dies meer zij) staan onder leiding van 154 gemeentelijke- of streekgezondheidsdiensten. De coördinatie tussen de drie afdelingen laat veel te wensen over.

Er zijn in Schotland 2 700 huisartsen, zodat de gemiddelde praktijkgrootte 2 100 „zielen” bedraagt; bij een huisarts mogen niet meer dan 3 500 mensen worden ingeschreven. Op het platteland en de eilanden hebben veel praktijken een grootte van 1 000 tot 1 500 mensen. Door een landelijke commissie (die grotendeels uit artsen bestaat) kan het een huisarts worden verboden zich in een bepaalde plaats te vestigen; niemand kan echter tot vestiging in een bepaalde plaats worden gedwongen. Goodwill-betaling bij overneming van een praktijk is verboden. Driekwart van alle huisartsen werkt in groepspraktijken, gewoonlijk bestaande uit drie of meer artsen.

De huisartsen ontvangen een „abonnementshonorarium” per ingeschrevene; voor kinderen en bejaarden wordt dit abonnementshonorarium verhoogd. Er is een basisonkostenvergoeding per praktijk. Daarnaast geeft men een vergoeding bij deelneming aan een groepspraktijk, voor het regelmatig volgen van nascholingen en aan huisartsen die opleidingsbevoegdheid hebben. Nachtverrichtingen, spoedverrichtingen, preventieve en verloskundige werkzaamheden worden afzonderlijk vergoed. Aan iedere huisarts worden sinds enige jaren de volledige kosten voor praktijkhuisvesting vergoed, onverschillig of dit nu een gedeelte van eigen huis, een gehuurde ruimte of een ruimte in een gezondheidscentrum of groepspraktijkgebouw is. Bovendien wordt 70 procent van het salaris van het gehele „personeel” (secretaresse, assistente, receptioniste, praktijkverpleegsters) door de N.H.S. betaald. Op de belangrijke consequenties van de laatste twee regelingen wordt later nog teruggekomen.

De huisartsen zijn niet in dienst van de regering, maar zij hebben zoals reeds aangegeven een contract evenals de Nederlandse huisartsen dat met de ziekenfondsen hebben. Over de hoogte van het honorarium wordt jaarlijks onderhandeld. Een van de gevolgen van dit contract is de wettelijke (dus niet uitsluitend morele) verplichting tot het verschaffen van continue medische zorg. Deze verplichting heeft het samenwerken in waarnemingssystemen bevorderd, terwijl de aanzienlijke extra honorering bij samenwerking in een groepspraktijk het ontstaan van groepspraktijken in de hand heeft gewerkt. Daarnaast zijn in de steden commercieel opgezette „emergency services” ontstaan, waarvan een huis-

arts bij afwezigheid tegen betaling kan gebruik maken voor vervanging.

Wijkverpleegsters en kruisverenigingen zoals in Nederland bestaan in Schotland niet. Wel zijn aan gemeentelijke (G.G.D.) en districtsgezondheidsdiensten (D.G.D.) zogenaamde „health visitors” verbonden. Deze verpleegsters hebben een eenjarige opleiding op het gebied van maatschappelijk werk en zij houden zich vooral met de preventieve jeugdgezondheidszorg bezig. Daarnaast zijn bij de G.G.D.’s en D.G.D.’s ook „district nurses” werkzaam: verpleegsters voor curatieve hulp die vaak tevens vroedvrouw zijn. Overigens vinden vrijwel alle bevallingen in de klinieken plaats.

De samenwerking van de huisartsen met de health visitors en district nurses is plaatselijk zeer verschillend; dit hangt samen met bovengeschetste ongelukkige organisatie, waarbij verpleegsters en health visitors onder de plaatselijke gezondheidsdiensten ressorteren. Toch worden in toenemende mate health visitors en district nurses bij groepspraktijken gestationeerd; de huisarts verzorgt dan ook samen met de health visitors de zuigelingen- en kleuterbureaus.

Er is weinig samenwerking en contact tussen huisartsen en maatschappelijke werkers. Een van de oorzaken hiervan is weer structureel; sinds enige jaren valt het maatschappelijk werk niet meer zoals voorheen onder de plaatselijke gezondheidsdiensten maar onder een ander administratief lichaam. Hoewel de maatschappelijke werkers deze verandering (met meer zelfstandigheid) als positief beleven, werkt een dergelijke administratieve scheiding de samenwerking tegen. Toch schijnt men hierover niet veel verdriet te hebben. In diverse nieuwe gezondheidscentra worden door het maatschappelijk werk sprekkuren gehouden; verder bleek uit gesprekken met huisartsen dat zij bij maatschappelijke problemen vaak in de eerste plaats de health visitors inschakelen, die dan zo nodig naar al of niet gespecialiseerde maatschappelijke werkers verwijzen. Toch verwondert men zich over deze situatie, wanneer men bedenkt dat de eerste publikatie over samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werk (*Forman en Fairbank*) uit Engeland afkomstig is en dat Engeland geldt als de bakermat van het medisch maatschappelijk werk.

De medische opleiding (er is een zeer groot aantal aanmeldingen en een strenge toelatingsselectie) duurt zes jaar. De programma’s aan de diverse universiteiten zijn nogal verschillend. In Edinburgh worden in het vierde studiejaar colleges over huisartsgeneeskunde gegeven, vaak in de vorm van geïntegreerde colleges samen met de specialisten. In het vijfde jaar volgen alle medische studenten een

soort junior co-assistentchap huisartsgeneeskunde dat drie maanden duurt. Deze periode brengen zij ten dele door in huisartspraktijken, ten dele volgen zij een „seminar” over diverse aspecten van de huisartsgeneeskunde; aan het eind van deze periode volgt een tentamen. Tenslotte kunnen de studenten in het zesde jaar een „keuze”-stage lopen op de afdeling huisartsgeneeskunde van de universiteit. De universitaire afdeling voor huisartsgeneeskunde draagt verder bij tot een beroepsopleiding voor huisarts (die niet door de universiteit maar door de afdeling van het Royal College of General Practitioners wordt verzorgd) en organiseert nascholingscursussen. Aan de afdeling van Prof. R. Scott is een groepspraktijk met 6 000 patiënten (vijf huisartsen, een maatschappelijk werker en twee verpleegsters) verbonden; deze praktijk staat ook ten dienste van de research. Verder zijn veertien huisartsen uit Edinburgh part-time voor onderwijs aan de universiteit werkzaam. Er gaan stemmen op om de bijdrage van de huisartsen aan de algemene opleiding tot arts te intensiveren en te vergroten. Het is inderdaad teleurstellend dat van de afstuderende artsen in Edinburgh maar 14 procent huisarts wordt (*Gaskell*).

De nu nog vrijwillige beroepsopleidingen tot huisarts in Schotland hebben een duur van twee of drie jaar: een jaar in het ziekenhuis, een jaar in de huisartspraktijk en daarna een jaar in het ziekenhuis. De huisartsen in de British Medical Association hebben besloten tot verplichtstelling van een driejarige huisartsopleiding vanaf 1977. Het besluit tot een dergelijke verplichtstelling is bewust genomen in verband met de toetreding van Engeland tot de E.E.G.; men wilde de driejarige opleiding veilig stellen omdat de Europese huisartsen voorlopig hebben besloten tot een tweejarige opleiding.

Reeds enige jaren geleden is men in Schotland en Engeland tot de overtuiging gekomen dat de driedeling van de gezondheidszorg (huisartsen, tandartsen, apothekers- ziekenhuizen- plaatselijke gezondheidsdiensten) een sta-in-de-weg vormt voor een harmonische ontwikkeling. Daarom is in 1972 een wet aangenomen die een geheel nieuwe organisatie inhoudt, waarvan men hoopt dat de samenhang tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg evenals die tussen intra- en extramurale gezondheidszorg beter gestalte zal kunnen krijgen. De nieuwe organisatie komt neer op een herindeling van de Health Services in veertien grotendeels zelfstandige districten. Aan het hoofd van elk gezondheidsdistrict (waarvan de indeling aansluit op een bestuurlijke herindeling in districten) staat een districtsraad voor de gezondheidszorg. Onder deze raden vallen zowel huisartsen, tandartsen en apothekers als ziekenhuizen en overige gezondheidszorg.

De districtsraden worden deels uit werkers (artsen, verpleegsters en dergelijke) samengesteld, deels door de overheid aangewezen of gekozen. Elke districtsraad wordt geadviseerd door een „medical committee”. Elk district heeft een eigen planning, bepaalt hoeveel ziekenhuizen en gezondheidscentra mogen worden gebouwd en coördineert de diverse activiteiten; dit alles met behulp van richtlijnen en onder controle van de centrale overheid. Men hoopt met deze opzet een organisatorisch raamwerk te scheppen dat tot in de 21ste eeuw meekan. Over de problemen van deze herorganisatie moet men overigens niet gering denken: zo moet bijvoorbeeld het beroemde Dingleton psychiatrisch ziekenhuis, dat een modelsamenwerking tussen intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg heeft opgebouwd in 1974 met een grotendeels ander achterland gaan werken; daardoor is men gedwongen opnieuw de moeizaam aangekweekte relaties met huisartsen en vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg op te bouwen.

De filosofie van de gezondheidszorg. Naar aanleiding van deze reorganisatie verscheen in 1971 het rapport „Doctors in an Integrated Health Service”. Dit rapport — in een bespreking „a Caledonian Miracle” genoemd — geeft een helder beeld van de Schotse visie op de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Het uitgangspunt van het rapport is dat men de gezondheidszorg als één systeem dient te beschouwen dat uit de subsystemen: intra- en extramurale gezondheidszorg, en de preventieve en curatieve gezondheidszorg is samengesteld. Door de enorme uitbreiding van de mogelijkheden van de ziekenhuizen en de spectaculaire ontwikkeling van de superspecialismen is het evenwicht tussen deze subsystemen verstoord. De aandacht wordt te veel op intramurale en curatieve ontwikkelingen gericht en daardoor zijn met name de diagnostische en curatieve mogelijkheden van de huisarts onderontwikkeld gebleven.

Er bestaat daarentegen alle reden om de huisartsgeneeskunde en de extramurale gezondheidszorg veel aandacht te geven. Menig probleem waarmee nu de ziekenhuizen worden belast, zou evengoed door huisartsen kunnen worden opgelost. Bovendien verandert het morbiditeitspatroon door het verminderde aandeel van de infectieziekten en de veroudering der bevolking met een toenemen van degeneratieve en chronische ziekten en congenitale afwijkingen. Bij deze ziekten is meer dan voorheen continuïteit in de geneeskundige zorg — kenmerk van de huisartsgeneeskunde — belangrijk. De extramurale geneeskunde is ingesteld op gezondheidsbevordering in plaats van op ziektegenezing,

preventie en revalidatie. Ook uit economisch oogmerk verdient extramurale en preventieve gezondheidszorg de voorkeur. Men zou daarom willen dat de huisarts de ruggegraat van de gezondheidszorg blijft, maar in werkelijkheid nemen de beschikbare mankracht en de financiën voor de extramurale gezondheidszorg relatief af. De huisarts dreigt in eigen ogen en in die van het publiek te degraderen tot een „booking office” voor de specialist.

De betekenis van de huisarts zal moeten toenemen; in het rapport wordt zelfs gesteld dat de toekomstige huisarts een groot deel van de taken van de huidige algemeen internist, kinderarts en psychiater zal gaan overnemen. Daarom moeten twee voorwaarden worden geschapen: ten eerste zal de huisarts moeten kunnen beschikken over meer „personeel” en over meer technische hulpmiddelen; ten tweede zal de positie van de huisarts in het ziekenhuis moeten worden versterkt.

Met het oog op de eerste voorwaarde — betere outillage en meer personeel — is het „Health Centre Program” opgezet. Isolatie van de huisarts is de vijand van kwaliteit. In een gezondheidscentrum zal de huisarts niet alleen samenwerken met andere huisartsen, hij zal bovendien persoonlijk contact hebben met consulenten-specialisten, die in hetzelfde gezondheidscentrum spreekuur houden. Deze gezondheidscentra moeten over faciliteiten als röntgenologie, electrocardiografie, laboratorium en fysiotherapie beschikken. Een optimale administratie met de hulp van goed personeel en zo nodig computers kan een grote hulp zijn bij vroegdiagnostiek, preventie en gezondheidsbevordering. Bovendien kunnen de medische gegevens uit de gezondheidscentra dienen als basis voor planning en prioriteitenstelling in de gezondheidszorg. In de gezondheidscentra bestaat verder de mogelijkheid diverse taken over te dragen aan of in samenwerking te verrichten met verpleegsters, maatschappelijk werker, analyste, assistente, fysiotherapeut en anderen.

Als tweede voorwaarde zal de positie van de huisarts in het ziekenhuis of in elk geval de communicatie van de huisarts met het ziekenhuis moeten worden hersteld. Het rapport acht contact tussen huisarts en specialisten-consulenten ook buiten het gezondheidscentrum nodig. Daartoe zijn verschillende mogelijkheden denkbaar. De huisartsen zouden in de ziekenhuizen eigen afdelingen kunnen krijgen waar zij sommige patiënten zelfstandig, zo nodig met consult van specialisten kunnen behandelen. De huisartsen die werkzaam zijn in „cottage hospitals” (kleine plattelandziekenhuizen) en de huisartsen die werken in de „maternity-units” van grote ziekenhuizen vormen een voorbeeld hoe dat zou kunnen. Een andere mogelijkheid is dat in elke groepspraktijk of in elk gezondheidscentrum één huisarts een

„extramuraal consulentenschap” ten behoeve van de patiënten uit deze praktijk in het ziekenhuis bekleedt, zodat deze deels in het ziekenhuis werkzame huisarts de schakel vormt tussen intra- en extramurale geneeskunde, waarbij hij tevens de continuïteit van de behandeling waarborgt. Het rapport beveelt experimenten op dit gebied aan. Over sommige van deze experimenten werd inmiddels verslag uitgebracht.

De commissie die dit rapport heeft samengesteld onderkent wel dat tegen de voorgestelde toekomstige taak van de huisarts bezwaren zullen worden ingebracht. Zullen de huisartsen tot het dragen van deze verantwoordelijkheid bereid en in staat zijn? Sommige oudere huisartsen zal dit zeker zwaar vallen, maar daar tegenover staat dat jonge huisartsen met de nieuwe opleiding deze mogelijkheden juist ideaal zullen vinden. Een andere tegenwerping is misschien dat de toekomstige oriëntatie van de huisarts primair zou dienen te zijn gericht op het geven van psychologische en maatschappelijke steun aan zijn patiënten en niet primair op het uitoefenen van „sophisticated” somatische geneeskunde.

De noodzaak tot een integrale benadering van de patiënt geldt echter evenzeer voor de specialist als voor de huisarts! Ongetwijfeld heeft de huisarts meer gelegenheid en daarom ook de plicht de patiënt te zien in zijn totaliteit en in samenhang met zijn omgeving. Maar in wezen dient elke medische hulpverlening een volledige hulpverlening te zijn. Huisartsen evenals specialisten zijn pas dan werkelijk arts wanneer zij ook oog hebben voor persoonlijke en maatschappelijke nood.

Een bezoek aan enkele gezondheidscentra. Na deze beschouwingen uit het rapport een verslag van onze studiereis. Veel van de gesprekken en ontmoetingen is reeds verwerkt in het bovenstaande, daarom wordt deze beschrijving beperkt tot de bezoeken aan drie min of meer representatieve gezondheidscentra: te Crieff, Livingston New Town en Glasgow.

Crieff is een stadje in de zuidelijke hooglanden. Aan de rand staat een nieuw gezondheidscentrum, waar zeven huisartsen werken die de 10 000 patiënten uit het stadje en het dunbevolkte omgevende gebied verzorgen. De huisartsen vormen drie groepspraktijken: één van drie en twee van twee artsen. Bij het centrum hoort ook een klein ziekenhuis van 23 bedden: verder doen de huisartsen al het preventieve werk. Dit centrum maakt een eenvoudige maar goed verzorgde indruk. Er zijn geen aparte onderzoek- en spreekkamers, maar elke spreekkamer heeft een met een gordijn afgeschoten onderzoekhoek. Ook de stafruimte is sober. Soberheid is een algemene tendens bij de nieuwgebouwde

gezondheidscentra. De eerste gezondheidscentra waren dermate luxueus opgezet, dat men zich realiseerde dat een algemene invoering van gezondheidscentra op deze manier onbetaalbaar zou worden. In het centrum te Crieff werken vijf secretaresses-receptionisten, een praktijkverpleegster en twee health visitors; verder behoren bij het centrum nog drie districtnurses. In het ziekenhuis beschikt men over röntgenapparatuur en fysiotherapie.

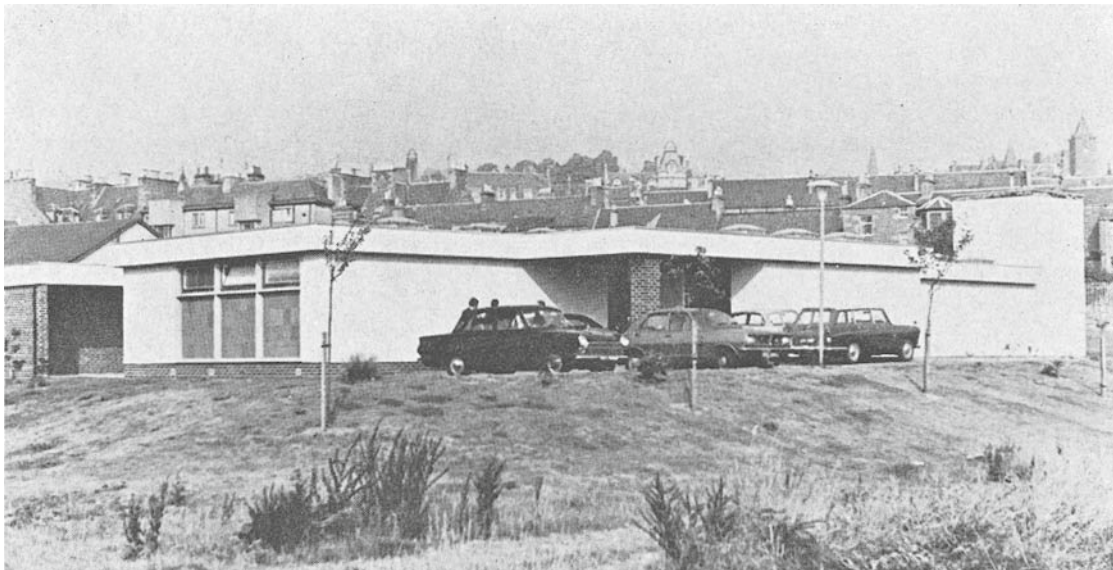
Minstens eenmaal per veertien dagen houden een internist, een chirurg, een gynaecoloog en een keel-, neus- en oorarts spreekuur in het centrum; zij komen dan tevens in consult in het ziekenhuis; er is geen maatschappelijk werker aan het centrum verbonden. Er is geen officieel „team”, wel een commissie voor bestuur van het centrum. Maar de huisartsen, health visitors, districtnurses en anderen ontmoeten elkander dagelijks in het centrum. De huisartsen zijn zelf bijzonder enthousiast over hun ervaringen sinds de bouw van het gezondheidscentrum. Zij zijn ervan overtuigd dat hun samenwerking, onderling en met de anderen, is verbeterd en dat de standaard van hun werk hoger ligt nu zij elkander dagelijks ontmoeten bij de informele besprekingen tijdens het theedrinken. De onkosten liggen in het centrum, dank zij de vrijwel integrale vergoeding, nauwelijks hoger dan voorheen, terwijl accommodatie, administratie en mogelijkheden veel beter zijn. De huisartsen hebben hun verwijsperscentage wel eens nagegaan, het ligt rond 5 (het gemiddelde voor Nederland in 1969 was 10).

Craigshill is een gezondheidscentrum in een „new town” Livingston, een uit de grond gestampte stad

waar in 1985 70 000 mensen zullen wonen. Rondom een ziekenhuis in de stad is een aantal gezondheidscentra geplanned waarvan Craigshill het eerste is. In het centrum werken nu zes huisartsen met ieder een praktijk van maximaal 1 500 mensen. Daarnaast heeft iedere huisarts een taak als halfspecialist in het nabijgelegen ziekenhuis ten behoeve van de patiënten uit de groepspraktijk. Alle huisartsen zijn dan ook gedeeltelijk gespecialiseerd bijvoorbeeld één in chirurgie, één in interne geneeskunde en één in psychiatrie. Naast de artsen werken in het centrum vier verpleegsters die gelijktijdig health-visitor, districtnurse en vroedvrouw zijn; verder werken in het centrum een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut en enige tandartsen, daarnaast een aanzienlijke staf van secretaresses en receptionisten.

De bedoeling van dit experimentele gezondheidscentrum is om door uitbreiding van de taak van de huisartsen het aantal verwijzingen te beperken en verder om de huisartsgeneeskunde voor jonge artsen aantrekkelijker te maken. Bovendien wordt in Craigshill uitvoerig geëxperimenteerd met een computer die niet alleen dient voor het vastleggen van medische gegevens, maar tevens voor preventief geneeskundige doeleinden, zoals oproepen voor vaccinaties, periodiek geneeskundig onderzoek, opsporen van bedreigde groepen en wat dies meer zij.

Naar onze indruk was Craigshill geen succes. Wel was de computerverwerking indrukwekkend, maar de medische hulpverlening leek niet geslaagd. Naast het grote verloop van de deelnemende artsen en verpleegsters leek de oorzaak hiervan te liggen in de immens grote psycho-sociale problematiek van deze



Health Centre in Crieff

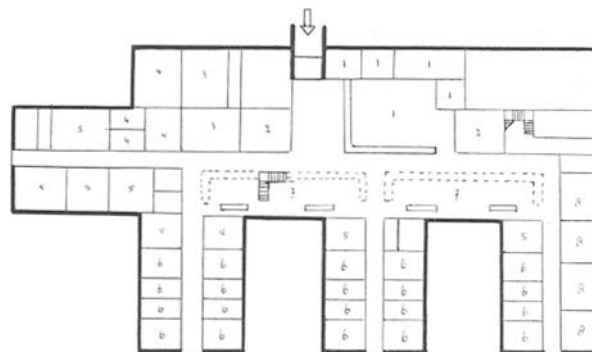
„new town”. De artsen en verpleegsters hebben enorm veel tijd nodig voor „reassuring” van onder andere werkloze mannen, gescheiden vrouwen en moeders met neurotische kinderen. Het maatschappelijk werk kan bij deze ellende niet meer zijn dan een druppel op een gloeiende plaat. Op veel van onze vragen over de gang van zaken, over de onderlinge samenwerking en over de evaluatie van het experiment luidde het antwoord van de medewerkers dan ook „We are too busy”.

Desondanks vonden onze Schotse gastheren dat dit experiment aan de verwachtingen beantwoordde. Het verwijzingspercentage was heel laag en de artsen die in dit centrum hadden gewerkt waren allen in zeer goede functies terechtgekomen. Wij waren te beleefd om op te merken dat dat laatste ook wel eens met de selectie van de zich voor Livingston anmeldende artsen zou kunnen hebben te maken.

Woodside in Glasgow was het meest interessante centrum dat wij hebben bezocht. Het is een mammoetgezondheidscentrum dat 45 000 mensen „bedient” en gastvrijheid verleent aan twintig huisartsen uit zes groepspraktijken. Wanneer men bedenkt dat naast deze artsen in het centrum nog een aantal verpleegsters, health visitors, maatschappelijke werkers, fysiotherapeuten, pedicures, diverse specialisten en een staf van 25 man administratief personeel werkzaam zijn, is men geneigd een dergelijk gezondheidscentrum al bij voorbaat negatief te beoordelen, omdat bij dergelijke aantallen een persoonlijke arts-patiënt-relatie onmogelijk lijkt en men een sfeer als in een van de meest notoire academische ziekenhuispoliklinieken verwacht.

Tot onze verwondering was dit laatste niet het geval. Door de bouw van het centrum, waarbij de groepspraktijken elk een eigen gedeelte met eigen wachtgelegenheid ter beschikking hadden en door een goede centrale organisatie met volledige afspraakspreekuren maakt het centrum een rustige, bepaald niet onpersoonlijke indruk. Het centrum binnenkomend, komt men in een ruimte waar achter een grote balie de centrale receptie-administratie is gevestigd en tevens het centrale kaartstelsel en de mechanisch vastgelegde patiëntengegevens zijn ondergebracht. Via twintig inkomende telefoonlijnen worden hier onder meer alle afspraken gemaakt en visites aangenomen, worden specialistenbrieven en laboratoriumuitslagen verwerkt, aanvragen gedaan, statussen opgezocht en opgeborgen. Achter deze ruimte loopt een dwarsgang waaraan de behandelkamers, ruimte voor elektrocardiografie, röntgenologie, apotheek en laboratorium liggen met een aantal spreekkamers voor onder andere het maatschappelijk werk. Achter deze gang bevinden zich de „wachthoeken” met voor elke

WOODSIDE HEALTH CENTRE GLASGOW



1. Receptie en administratie 2. Behandelkamer 3. Fysiotherapie 4. Röntgenologie 5. Spreekkamers maatschappelijk werk en dergelijke 6. Spreekkamers en onderzoekkamers 7. Wachthoeken 8. Specialisten spreekkamers.

groepspraktijk een eigen receptioniste waar de patiënten zich bij binnenkomst melden, een afspraak kunnen maken en wat dies meer zij. Weer hierachter liggen drie vleugels waarin de spreekkamers en onderzoekkamers van de huisartsen worden aangetroffen. Diverse specialisten houden eveneens spreekuur in het gezondheidscentrum. Naast het gezondheidscentrum wordt nog een centrum voor preventieve gezondheidszorg (jeugdconsultatiebureaus etcetera) gebouwd.

Aan het hoofd van de administratieve staf staat een administrateur; dit is van groot belang voor de goede organisatie en medische administratie in een dergelijk gezondheidscentrum. Aan het hoofd van de verpleegsters staat een hoofdverpleegster. De artsen hebben samen vanuit het centrum een avond-, nacht- en zondagsdienst ingesteld, waarbij de dienstdoende arts steeds door een verpleegster, die onder meer de telefoon aanneemt, wordt bijgestaan. In het centrum worden regelmatig nascholingsbijeenkomsten gehouden.

Het ligt in de bedoeling dat in Glasgow twintig dergelijke gezondheidscentra worden gebouwd. De Schotten geloven dat voor de grote stad een gezondheidscentrum voor omstreeks 30 000 patiënten de optimale grootte heeft. Bij deze aantallen zijn aanstelling van een administrateur en hoofdverpleegster, computeradministratie, röntgenapparatuur en laboratorium economisch verantwoord, terwijl het nog mogelijk blijkt door indeling in kleinere teams van artsen, verpleegsters en maatschappelijk werk een goede samenwerking en een persoonlijke relatie met de patiënt te bewerkstelligen. Onze totale indruk, die door de artsen die wij spraken werd bevestigd, was dat Woodside, mede dank zij de voortreffelijke administratie zeer goed voldeed en

aan de uitoefening van de eerstelijnsgezondheidszorg in deze dichtbevolkte stadswijk een belangrijke positieve bijdrage vormt.

Een vergelijking tussen Schotland en Nederland.

Een kortdurende studiereis kan niet meer geven dan een oppervlakkige kennismaking, een verzameling indrukken. Vooral achteraf realiseert men zich dat deze indrukken bovendien nog betrekkelijk eenzijdig zijn, omdat de gelegenheid zich nauwelijks voordeed om met patiënten van gedachten te wisselen. Aan het begin van dit artikel werd een aantal vragen geformuleerd waarop men tijdens deze studiereis een antwoord trachtte te vinden. Er zal worden geprobeerd een persoonlijk antwoord op deze vragen te geven waarbij de gegevens uit Schotland met die van Nederland zullen worden vergeleken.

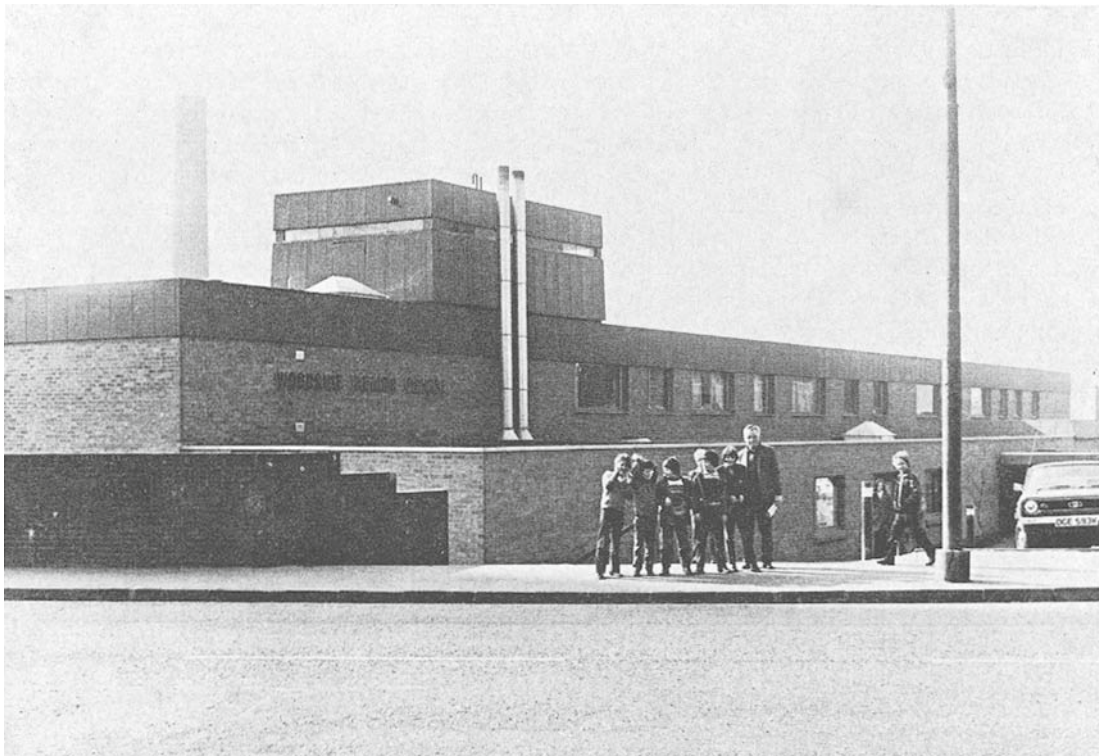
Meer dan in Nederland is in Schotland sprake van een visie, een filosofie over de toekomst van de gezondheidszorg. Men probeert door een gericht beleid knelpunten zoals de evenwichtverstoring tussen intra- en extramurale zorg en de moeilijke communicatie tussen diverse echelons te verbeteren. De toekomstige reorganisatie van de N.H.S. is hiervan een voorbeeld.

In Nederland wordt vaak gesteld dat de huisarts in de toekomst in teamverband zal moeten gaan

werken. Er is een neiging om de gezondheidszorg en zeker de huisartsgeneeskunde en de „eerste echelonsgezondheidszorg” als een deel van de welzijnszorg te beschouwen.

In Schotland ziet men de huisarts van de toekomst bepaald niet als een der functionarissen van het welzijnszorgteam. Integendeel, men onderscheidt de gezondheidszorg duidelijk van de welzijnszorg. Natuurlijk zal de huisarts — misschien meer dan andere artsen — oog moeten hebben voor de persoonlijke en maatschappelijke problemen van de patiënt, maar zijn eigenlijke taak bestaat uit het geven van gezondheidszorg. Van teamwork is in de toekomstfilosofie van de Schotten veel minder sprake dan bij ons. In de eerstelijnsgezondheidszorg is de huisarts de centrale figuur, die de grootste deskundigheid heeft en de langste (en duurste) opleiding. Wel zal de huisarts meer moeten gaan samenwerken, maar deze samenwerking heeft, voor zover het die met verpleging, administratief personeel en maatschappelijk werk betreft, meer het karakter van „delegeren” dan van samenwerken in teamverband. Van samenwerking met maatschappelijk werk en zeker van samenwerking met psychologen is in Schotland weinig sprake.

Desondanks lijkt de informele samenwerking met health visitors, verpleegsters en anderen in de Schotse gezondheidscentra goed te verlopen. Men



Health Centre in Glasgow

maakt zich niet zoveel zorgen over vormgeving van de onderlinge relatie, maar door de frequente contacten groeit een goede werkverhouding. Men zou zich in Nederland misschien toch eens moeten afvragen of het „team“-concept niet te veel wordt geïdealiseerd. Slechts een zeer beperkt deel van de aan de huisarts aangeboden problemen is geschikt voor behandeling door een team. Teamwerk is tijdrovend en vormt soms een vruchtbare bodem voor frustrerende communicatiestoornissen. Een voorbeeld hiervan is de geringe produktiviteit van de Medisch Opvoedkundige Bureaus (M.O.B.'s) met soms wachttijden van een half jaar.

Een belangrijk voordeel van de Schotse modelopzet is de goede communicatie tussen huisarts en specialisten. Omdat de specialisten in de health centres werkzaam zijn, kunnen zij vaak als „consulent“ optreden: na een enkelvoudig advies van de specialist aan de huisarts neemt laatstgenoemde de behandeling verder voor zijn rekening. Het is jammer dat deze werkwijze in Nederland zo weinig wordt toegepast; in de Nederlandse gezondheidscentra is zelden plaats voor specialisten, hoogstens vindt psychiatrische consultatie plaats. Gezondheidscentra in Schotland blijken een ongedwongen mogelijkheid te bieden voor verbeterde samenwerking tussen huisarts en specialist. Dit levert soms economische voordelen op (verwijzen is duurder), terwijl het ook kan helpen het werk van de huisarts op hoger peil te brengen.

Hoe komt het dat in Schotland zoveel meer en sneller gezondheidscentra worden gebouwd dan in Nederland? Deze vraag werd zowel op het departement in Edinburgh als aan de bezochte huisartsen gesteld. Het antwoord was toch wel verrassend. Tot voor enige jaren werden in Schotland dezelfde bezwaren tegen gezondheidscentra aangevoerd als in Nederland. Men meende dat de arts-patiëntrelatie minder persoonlijk zou worden; samenwerken met anderen kost wel veel tijd, maar heeft weinig voordelen enzovoort. Deze bezwaren verdwenen voor een zeer groot deel toen de financiële bezwaren uit de weg werden geruimd, doordat de onkosten voor praktijkvestiging geheel door de National Health Services worden vergoed. Thans komen groepen artsen zelf om bouw van gezondheidscentra vragen nadat zij hebben gezien hoe goed het gezondheidscentrum in een naburige plaats of wijk voldoet.

Het lijkt dus of de financiën de belangrijkste barrière kunnen vormen voor de totstandkoming van gezondheidscentra. Een gevolgtrekking voor Nederland ligt voor de hand. Zou ook bij ons niet een impuls aan de bouw van gezondheidscentra worden gegeven wanneer de ziekenfondsen bereid zouden zijn de werkelijke onkosten voor de huur van de

praktijkruimte te vergoeden? Enkele andere factoren zijn ook belangrijk: als eerste de eenvoudige bouw en inrichting van de Schotse gezondheidscentra. Stellen wij onze eisen in Nederland niet te hoog? Een ander punt is het feit dat in Schotland bovenal als voordeel van gezondheidscentra worden genoemd de betere outillage, de betere administratie en de mogelijkheden bepaalde werkzaamheden aan anderen (verpleegsters, assistenten, administratief personeel) over te dragen. In Nederland daarentegen wordt de nadruk gelegd op de ideële voordelen van de samenwerking in teamverband. Zou de Schotse benadering niet reëler zijn?

Vaak hoort men in Nederland dat het voor het werken in een gezondheidsteam eigenlijk nodig is dat de huisarts, evenals de verpleegsters en de maatschappelijke werkers in dienstverband gaan werken. In Schotland en Engeland is dat niet het geval: de huisartsen hebben een soortgelijk contract met de N.H.S. — zij het voor alle patiënten — als de Nederlandse huisartsen met de ziekenfondsen.

Voor de eerstelijnsgezondheidszorg in de grote steden vallen de eerste ervaringen met grote gezondheidscentra als Woodside positief uit. Tenzij men in Nederland definitief kiest voor volledige integratie van gezondheidszorg en welzijnszorg — dan zijn kleine centra misschien meer aangewezen — lijken dergelijke centra ook een mogelijke oplossing te vormen voor de problemen in de Nederlandse grote steden, waar de huisvesting van de huisarts en de bereikbaarheid van de huisartsen bij spoedgevallen een toenemend probleem vormen.

Ook in Nederland gaan de gedachten over herstructurering van de gezondheidszorg steeds meer in de richting van regionalisatie en integratie van intra- en extramurale gezondheidszorg. Het lijkt daarom zinvol om de reorganisatie van de Schotse gezondheidszorg die in 1974 zal plaatsvinden nauwlettend in het oog te houden en na te gaan welke ervaringen voor Nederland van toepassing zijn.

Betreffende de opleiding van de huisartsen, in het E.E.G.-overleg spreekt men over een tweejarige beroepsopleiding, in Groot-Brittannië heeft men besloten tot een driejarige huisartsopleiding. In Nederland is men (voorlopig?) tevreden met een eenjarige opleiding tot huisarts. Natuurlijk hangt de duur van de opleiding ook samen met de taak welke men de huisarts in de toekomst toedenkt. Over dit laatste en over de duur van de toekomstige huisartsopleiding zullen wij ons in Nederland verder moeten bezinnen.

Summary. General practice in Scotland. A study-tour in Scotland was the reason for a closer look at the organisation of the health services in Scotland, the future reorganisation

of the Scottish National Health Service and the Scottish philosophy about the task of the general practitioner in primary health care. A description is made of three different types of health centres which were visited. On comparing some aspects of Scottish and Dutch health care the impression arises that the Scotchmen talk less about the necessity of teamwork in primary health care but give the general practitioner a more central place in primary health care. Scotland has in fact achieved a considerable success in building and planning health centres with interesting possibilities for interdisciplinary and transmural coöperation. Some possible reasons for this success are revealed.

Geraadpleegde literatuur

Brotherston, J. (1972) *Wld Hospitals* 8, 228.

Duncan, A. H. (1970) *Hlth Bull.* 28, 1.

Doctors in an Integrated Health Service (1971) Edinburgh H.M.S.O.

Fact Sheets on Britain Scottish Administration (1971) Central Office Inf. London.

Gaskell, P. G. (1969) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 17, 117.

Gruer, K. T. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 100.

Illingworth, D. G. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 227.

Loudon, I. S. L. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 220.

The National Health Service in Scotland (1969) Scottish Home and Health Department.

National Health Statistics in Scotland (1972) Scottish Home and Health Department.

Player, D. A., (1969) *Hlth Bull.* 27, 1.

*Lijf en leven; samenwerking huisarts en maatschappelijk werker**

DOOR PROF. DR. H. J. VAN AALDEREN** EN DRS. A. P. NOYON***

Het samenwerken is de laatste jaren zo ter sprake, dat vrijwel niemand zich meer kan permitteren daar tegen te zijn. Het woord heeft een ethische lading gekregen. Men behoort samen te werken en men behoort het ook te kunnen.

Door deze „must” blijft bij vele vormen van samenwerken een zakelijke analyse van de mogelijkheden en de moeilijkheden daarvan achterwege. Dit belemmert in veel gevallen het zicht op de wijze, waarop samenwerken kan worden geleerd en waarop deze deskundig kan worden begeleid.

Samenwerking tussen gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening is aan de orde van de dag. In wat hier volgt hopen de schrijvers een beperkte bijdrage te leveren omtrent de samenwerking huisarts-maatschappelijk werker. Daarbij zal de vraag worden behandeld waarom of deze samenwerking zo moeilijk is en zal worden nagegaan, op welke wijze deze moeilijkheden uit de weg kunnen worden geruimd. Daarbij wordt voorbij gegaan aan de vraag van de noodzaak van deze samenwerking, omdat de schrijvers menen dat deze door anderen in tal van artikelen reeds voldoende is toegelicht.

Het begrip samenwerking. Wanneer huisarts of

* Dit artikel werd eveneens aan de redactie van het Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnzorg aangeboden, waarin het inmiddels is opgenomen. De redactiecommissie meende dat het van belang was — gezien het onderwerp, samenwerking huisarts maatschappelijk werker — dit artikel eveneens in huisarts en wetenschap af te drukken.

** Hoogleraar huisartsgeneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam.

*** Directeur van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk te Amsterdam.

maatschappelijk werker over samenwerken spreekt, bedoelen zij dan hetzelfde? De kans is groot dat, door een verschillende werkopvatting en werkstructuur, beiden een geheel andere inhoud aan dit woord geven. Dit geeft gemakkelijk aanleiding tot misverstanden.

Zo is de maatschappelijk werker al tijdens zijn opleiding gewend geraakt aan supervisie en praktijkleiding; een situatie, die veelal na de opleiding wordt gecontinueerd tijdens het werken in een instelling. Voorts komt hij in de instelling meestal in contact met consultants, die van een bepaalde deskundigheid uit licht kunnen werpen op de problematiek van de door de maatschappelijk werker behandelde cliënten. Maatschappelijk werkers zijn hierdoor vertrouwd met overleggen over cliënten en wijze van hulpverlening. Voor de maatschappelijk werker behoort samenwerken bij zijn beroep; in een gemeenschappelijk overleg wordt hij beter toegerust voor de hulp aan de cliënt.

Voor de huisarts verloopt samenwerken in de medische situatie geheel anders. Was het begrip consultatie voor de tweede wereldoorlog nog wel in zwang — de huisarts verzocht dan de specialist met hem samen de patiënt thuis te bezoeken — deze samenwerkingsvorm is de laatste decennia steeds sporadischer geworden. Wanneer thans de huisarts redenen heeft om anderen bij diagnostiek of behandeling te betrekken, verwijst hij de patiënt. Naderhand krijgt hij de patiënt weer terug met een verslag van wat er is gebeurd.

De arts verwijst het probleem naar anderen; de maatschappelijk werker haalt anderen naar zich toe om met hen het probleem te overleggen. Voor de arts is samenwerking bevredigend, wanneer het