

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26008>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Beroepsbelangen van de KNMG meende richtlijnen te moeten opstellen ten aanzien van het zuigelingen- en kleuterbureau; deze hielden in dat alleen on- en minvermogens toegang hadden tot het bureau, er géén behandeling mocht plaatsvinden, nóóit naar een specialist of kliniek buiten de huisarts om mocht worden verwezen en als de huisarts leider was van het bureau alleen de eigen patiënten mochten worden ontvangen.

Sinds 1931 blijft de KNMG de ontwikkelingen van de CB's nauwgezet volgen, onder andere vanuit het standpunt dat CB's niet onnodig het terrein van de individuele gezondheidszorg moeten betreden of er verder in moeten doordringen. Deze visie, oftewel vrees voor vreemde indringers, loopt als een leidraad door alle discussies heen en heeft een vruchtbare dialoog om tot samenwerking te komen vaak verstoord.

In een commissie 'Eerste Echelon' van de KNMG in 1973 kon géén definitieve uitspraak worden gedaan over de vraag of de CB's moeten worden geleid door een huisarts of een jeugdarts; de meningen van de commissieleden waren toen te verdeeld. In 1975 pleit het gezondheidscentrum Ommoord voor 'artsloze bureaus', omdat de allround wijkverpleegkundige door de medewerkers wordt gezien als de bij uitstek deskundige op het terrein van de kinderhygiëne. In 1977 stelt de toenmalige staatssecretaris Hendriks vast, dat het periodiek onderzoek van schoolkinderen bij de huisarts en wijkverpleegkundige kan worden ondergebracht.

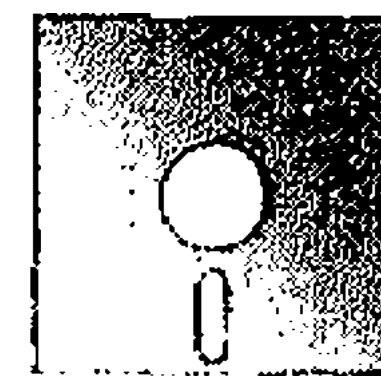
Er verschijnen vervolgens vele rapporten en artikelen van vele onderscheiden instanties, instituties en personen, die allen voorstander blijken te zijn van het verrichten van de preventieve zorg voor het jonge kind door de huisarts en de gespecialiseerde jeugdarts de specifieke taken van opleiding, bijscholing, coördinatie en supervisie toebedelen; enige van die rapporten zijn: de Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra (1974), het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid voor 0-3-jarigen (1979), de Stimuleringsregeling Samenwerking ELG (1979), het rapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1980), het rapport van de Interdepartementale Werkgroep voor Hulpverlening aan Jeugdigen (1981), de nota 'Alleen Samen' van de Nationale Kruisvereniging (1981) en het rapport van de commissie 'Samenhang' van de Ziekenfondsraad (1983).

Ook individuele huisartsen menen uiteraard dat de huisarts 'de eerst aangewezen' of 'dé arts voor zuigelingen en kleuters' is (H.F.J.M. Crebolder 1979, Van de Lisdonk e.a. 1981). De realiteit gebiedt te bevestigen, dat de huisartsen zowel in het

K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.850 woorden hebben onze voorkeur.



Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

Door de redactie geaccepteerde wetenschappelijke artikelen kunnen desgewenst extern worden beoordeeld. Van deze review wordt dan bij plaatsing melding gemaakt.

verleden als het heden een belangrijke rol vervullen in het CB-wezen en uiteraard hun kennis van gezin en buurt groot is.

Er zijn echter ook andere stemmen te horen. Zo maakte in 1979 de inspecteur Moederschapszorg en Kinderhygiëne van de GHI namens de inspectie duidelijk dat de jeugdgezondheidszorg een eigen functie heeft en niet eenvoudigweg aan de curatieve eerstelijns werkers kan worden overgedragen. Immers, begeleiding van de totale ontwikkeling van het kind berust onder andere op kennis van de ontwikkeling van de biologische, psychische, emotionele en sociale deelfuncties en van de onderlinge wisselwerking en integratie van die functies. Het is bijna vanzelfsprekend, dat zij die in de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn en dagelijks met de complexe problematiek daarvan worden geconfronteerd, voorstander zijn van de in de jeugdgezondheidszorg gespecialiseerde jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Het huidige voorstel van T.W.J. Schulpen om de deskundigheid van de jeugdarts te incorporeren in de eerstelijnsgezondheidszorg van de huisarts verdient dan ook naar mijn mening een intensieve, maar vooral onbevooroordeelde en objectieve aandacht en bestudering. •

Goirle, oktober 1997

dr. A.J. Swaak

Literatuur

- Swaak A.J. Ontwikkelingen in de kinderhygiëne. Tilburg: Provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging, 1986.

Huisarts en/of jeugdarts (2)

WEER EENS wordt in eigen land getracht de rol van de huisarts, waar door het buitenland met zoveel bewondering en jaloezie naar wordt gekeken, uit te hollen. En weer komt de aanval uit de hoek van de jeugdgezondheidszorg: zie MC nr. 38/1997, blz. 1175.

Net als Crebolder in zijn reactie op blz. 1177 willen wij wijzen op het jaar 1979, in het bijzonder op het sindsdien niet gewijzigde standpunt van het Nederlands Huisartsen Genootschap.¹ Stond destijds collega Swaak in het strijdperk, thans gordt collega Schulpen de wapenen aan. En voor wat betreft een wetenschappelijk verantwoord pakket aan activiteiten in de jeugdgezondheidszorg: in 1982 verscheen een pracht van een voorstel, maar in Nederland werd hieraan geen enkele consequentie verbonden.²

Echter, anders dan toen, leven wij nu in een tijd waarin de afbraak van de geïntegreerde rol van de wijkverpleegkundige, waarover onder andere wij met veel waardering schreven,³ vrijwel is voltooid, moeten mensen met baby's en kleuters reizen, soms ver reizen, om bureaus voor jeugdgezondheidszorg te vinden en zijn er beperkte telefonische spreekuurtijden waarop zij, net als wij huisartsen, een (gewoonlijk niet de hun vertrouwde) wijkverpleegkundige kunnen bereiken. En alsof de zorg nu zo goed geregeld is, worden ervaren huisartsen thans op schaamteloze wijze uit hun functie van bureau-arts gezet, om bureaucratische redenen, omdat zij toevallig minder dan 25 kinderen op hun bureau in zorg hebben; voorwaar een redenering waarvoor werkelijk geen enkele 'evidence' bestaat!

En dan nog een reden waarom wij de opvattingen van Schulpen niet alleen 'ongewenst' (Crebolder) vinden, maar zelfs desastreus en verwerpelijk: menen dat een jeugdarts er wel even kerntaken van de huisarts, een gespecialiseerd deskundige, bij kan doen, taken die denigrerend worden benoemd met 'lichte psychosociale hulp' en 'jeugdpuistjes of andere eenvoudige huidafwijkingen'.

De conclusie dat Schulpen negatief denkt over de rol van huisartsen in de jeugdgezondheidszorg komt waarschijnlijk te vroeg. Een verhelderend gesprek lijkt noodzakelijk. Goede zorg is gebaat bij samenwerking, cohesie, coördinatie, kwaliteit van zorg en respect tussen de diverse spelers in de primary health

care. Moeten organisaties niet weer eens met elkaar gaan praten? •

Nijmegen, september 1997
dr. E.H. van de Lisdonk,
dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisartsen

Literatuur

1. Lisdonk EH van de, Sluis P. Jeugdgezondheidszorg ... wens zorg? Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 433-5.
2. Royal College of General Practitioners. Healthier children, thinking prevention. Exeter: Exeter Publications Office, 1982.
3. Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den. Verkouden kleine kinderen bij de huisarts en de wijkverpleegkundige. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 280-2.

DE WERKZAAMHEID VAN DE HUISARTS EN DE WIKVERPLEEGKUNDIGE

Huisarts en/of jeugdarts (3)

IN DE AFLEVERING van 19 september houdt professor Schulpen een pleidooi voor het inzetten van jeugdartsen in de huisartsgeneeskunde (MC nr. 38/1997, blz. 1175). Zijn ongelijksoortige en weinig coherente argumenten ontmoeten in hetzelfde nummer reeds kritiek van prof. Crebolder (MC nr. 38/1997, blz. 1177). Ook uit zorginhoudelijke overwegingen heeft deze, met de bril van de huisarts op, weinig trek in Schulpens ideeën.

Het antwoord uit de kring van de jeugdartsen, in de bijdrage van mw. Lim-Feijen, is minder uitgesproken (MC nr. 38/1997, blz. 1176). Toch zijn er volgens mij goede redenen om ook vanuit de jeugdgezondheidszorg de gedachten van Schulpen te weerspreken. Daarvoor is de jeugdarts misschien niet de eerst aangewezen, juist

omdat het pleidooi van Schulpen in feite niet veel meer is dan een zoektocht naar nieuw empooi voor jeugdartsen; dat wil zeggen, een bepaalde categorie jeugdartsen: de arts die niet kan of wil voldoen aan wat de jeugdgezondheidszorg vandaag de dag van hem vraagt.

De discussie over samenwerking tussen huisarts en jeugdarts gaat wat mij betreft over heel andere zaken. Bijvoorbeeld over de vraag hoe en onder welke condities huisartsen de paar zinvolle screenings van jeugdigen kunnen overnemen, zodat de jeugdarts ten volle zijn 'eeuwige' rol kan opeisen; dat is die van de in gezondheidsproblemen van jeugdigen gespecialiseerde deskundige binnen de openbare gezondheidszorg. De invulling van die rol ziet er in de loop der eeuwen (liever nog: decennia of zelfs jaren) steeds anders uit, domweg doordat in een veranderende maatschappij de gezondheidsproblemen van jeugdigen veranderen. Op z'n minst veranderen de prioriteiten in de zorg, niet omdat, zoals Schulpen lijkt te suggereren, de politiek dat in een opwelling wil, maar omdat de problemen erom vragen (en als het goed is laat de politiek zich op de oplossing van die problemen aanspreken).

De actuele rol vraagt van jeugdartsen onder meer het vermogen samen te werken met disciplines in de eerste lijn, dus ook met de huisarts. In een tijd waarin gezondheidsproblemen vaak facetten zijn van een complexere, verweven problematiek, ligt in die uitdaging tot samenwerking misschien wel het grootste belang. Wat mij betreft gaat het dan niet over HOED'en of hagro's, maar veeleer over zulke instrumenten als buurtnetwerken. Want zoals de jeugdarts de onderzoekskamer uit zal

moeten komen, zo zal de huisarts de gelegenheid moeten krijgen (maar ook willen nemen) om de andere zorg- en hulpverleners in de buurt te treffen. Laten we het daar eens over hebben. •

Groningen, september 1997
Geesje J. Nijhof,
sociaal-geneeskundige GGD Groningen

Informatie over Parkinson door ervaringsdeskundigen

Het blijkt steeds weer dat mensen met Parkinson veel onbegrip ontmoeten. Soms immers lijkt het alsof er niets aan de hand is met de patiënt, terwijl deze een ogenblik later niet meer lijkt te kunnen functioneren. Door de complexiteit van de ziekte en de verscheidenheid aan symptomen is het zelfs voor specialisten vaak moeilijk een juiste diagnose en therapie vast te stellen.

De Parkinson Patiënten Vereniging wil graag informatie bieden over de ziekte van Parkinson en het effect daarvan op de patiënten. Leden van de vereniging houden daartoe spreekbeurten voor verpleegkundigen, verzorgenden en anderen over de ziekte, de symptomen en de zorg die mensen met Parkinson nodig hebben.

Aanvragen voor een spreekbeurt kunt u richten aan het bureau van de Parkinson Patiënten Vereniging, Postbus 46, 3980 CA Bunnik, tel. 030 - 656 1369, fax 030 - 657 1306.

P R A K T I J K P E R I K E L

Niet ondienstig

ZOALS iedere donderdagmorgen doe ik de ronde langs mijn patiënten in een van de ziekenhuizen in de regio.

Tijdens die ronde zie ik ook mevrouw G; in deplorabele toestand, want ze heeft een combinatie van gemetastaseerd maagcarcinoom en GVA's.

De dinsdag daarna is er telefoon van een wijkverpleegkundige. Op verontwaardigde toon stelt zij de vraag waarom ik niets van mij heb laten horen. Mevrouw G is immers al vanaf donderdagmiddag thuis! De familie verkeerde in de veronderstelling dat ik op de hoogte was gesteld door het ziekenhuis ...

Neen, dus.

Het overkomt mij steeds vaker dat patiënten min of meer uit het ziekenhuis worden

gezet, zonder enige ruggespraak met de huisarts, van wie wel wordt verwacht dat hij of zij de behandeling - zonder gegevens - zal voortzetten.

Bij de wijkverpleging is het gebruikelijk dat een getekend uitvoeringsverzoek voorhanden is.

Het lijkt mij niet ondienstig wanneer de ziekenhuisspecialist (tegenwoordig steeds meer vervangen door een arts-assistent) de patiënt pas het ziekenhuis doet verlaten na akkoordverklaring van de huisarts of verpleeghuisarts, die daarmee te kennen geeft de behandeling te kunnen en te willen voortzetten. De specialist is mijns inziens mede verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg. Die houdt niet op bij de deur van het ziekenhuis. •

Korte door artsen geschreven signalementen.
 Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door
 de redactie