

11744

'Kinderziekenhuis en kind ziek thuis'

Huisarts en kinderarts

Scheidingsvlak of raakvlak?

Het is belangwekkend waar te nemen dat in korte tijd de relatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg in het centrum van de belangstelling is komen te staan. In de huisartsenwereld bestaat die aandacht reeds tientallen jaren. Daar immers had men ervaren dat steeds meer werkzaamheden die oorspronkelijk door de huisarts werden verricht, door specialisten en ziekenhuizen werden overgenomen. De oorzaken daarvan waren complex.

Een van de belangrijkste oorzaken van dit proces wordt gevormd door de steeds toenemende kennis, waarvan de toepassing een specialistische kennis en niet in de laatste plaats een specialistische setting vereist. In die setting bevinden zich immers al die hulpkrachten – van psycholoog tot analist, van computerdeskundige tot verpleegkundige – die de toepassing van die toegespitste kennis en de daarmee samenhangende vaardigheden mogelijk maken. De door huisartsen niet zelden als negatief beleefde drainage van hun werkerterrein werd daarbij in belangrijke mate gesteund door de beeldvorming: hoe specialistischer de hulp, hoe beter. Dit beeld is bij de bevolking niet alleen op het gebied van de gezondheidszorg ontstaan. Het vertrouwen in de deskundige is lange tijd zeer groot geweest. De vraag naar specialisten is daardoor toegenomen.

VERANDERDE GRONDSLAG

In toenemende mate wordt het totale ziektepatroon gekenmerkt door een afname van acute aandoeningen en een toename van chronische ziekten. Het gevolg is dat ook specialisten relatief meer dan voorheen te maken hebben met chronische aandoeningen. Hun bemoeienis met de patiënt – of dat altijd nodig is, is een centraal punt in deze beschouwing – strekt zich dus in een aantal gevallen over een langere periode uit. De verwijzing als incidentele handeling, waarna de patiënt weer relatief snel onder de hoede van de huisarts komt, komt zeker voor, maar de eerder geschetste situatie is belangrijker geworden. In een aantal gevallen waarin patiënten langdurig onder be-

Prof. Dr. J. C. van Es

Structureel beschouwd kan de samenwerking van huisartsen en specialisten worden gekenmerkt als een functioneren in gescheiden compartimenten. Zouden de werkzaamheden van huisartsen en specialisten goed op elkaar zijn afgestemd, dan zouden zij complementaire rollen vervullen. Daarvoor zouden zij het eens moeten zijn over de werkverdeling, ergo over werkgebieden en taakverdeling. Dit inzicht specificeert Prof. Dr. J. C. van Es voor de verhouding huisarts-kinderarts, artsen die vaak meer van elkaar weg hebben dan zij zelf willen weten.

handeling worden gehouden, is er sprake van onder controle houden voor het geval zich ontsparingen zouden voordoen. Huisarts en specialist hebben zeer verschillende werkerterreinen en uiteenlopende condities waaronder zij werken. Vroeger waren die werkerterreinen niet zo hermetisch van elkaar afgesloten. Toen ik mijn werk als huisarts begon bood het consult aan huis een gebruikelijke overslegsituatie. De patiënt werd door huisarts en specialist samen onderzocht, waarna de te volgen beleidslijn werd vastgesteld. Ik herinner me als de dag van gisteren dat een cardioloog voor het eerst een dergelijk consult weigerde met als motivatie dat hij niets kon doen zonder zijn apparatuur, die in het ziekenhuis was opgesteld; toen drong het tot me door dat de grondslag van de geneeskunde – die altijd had gelegen in het beoordelen van een patiënt op grond van anamnese, observatie en onderzoek en waarbij technologisch onderzoek een aanvullende functie had – een fundamentele verandering onderging: de (specialistische) geneeskunde was afhankelijk geworden van de technologie. Dit is wellicht een voor de hand liggende ontwikkeling, maar het gevolg was wel dat de specialist zonder het ziekenhuis nauwelijks meer kon functio-

neren. Het ziekenhuis zelf werd daarmee tot een technologisch hoogwaardig instituut, dat om op een efficiënte manier te kunnen functioneren een daarop gerichte bedrijfsvoering nodig had. Het gevolg hiervan was dat de huisarts in het ziekenhuis geen functie meer kon hebben. Situaties die ik vijfendertig jaar geleden als huisarts heb meegemaakt, waarin polikliniek en verloskamer openstonden voor hulpverlening aan patiënten, zijn sindsdien allang ondenkbaar geworden.

Niet alleen de specialismen veranderden van karakter, ook het werk van de huisarts onderging grote wijzigingen. Dat was voor een deel een gevolg van veranderingen in het ziektepatroon: minder infectieziekten; meer chronische aandoeningen; meer psychische en functionele aandoeningen, waardoor een andere vraag ontstond. Voor een adequaat antwoord op deze hulpvragen moesten huisartsen zich meer bekwaamen in de hulpverlening bij niet-somatische aandoeningen en ook samenwerkingsverbanden aangaan met deskundigen op deze gebieden, opdat hun eigen vak niet zou verworpen tot een soort medisch-maatschappelijk werk. Daarnaast ontstond de neiging om – als de werkdruk als te groot werd beleefd – patiënten wellicht eerder naar een specialist te verwijzen dan nodig was: het verwijzingspad was nu eenmaal gebaand. Daarbij komt dat het honoringsstelsel het verwijzen niet afremt, maar stimuleert: zeker tot voor kort voeren huisarts en specialist wel bij iedere verwijzing: de huisarts door een afname van de werklust, de specialist door een verhoging van het inkomen.

IMPULSEN TOT VERANDERING

Impulsen tot verandering zijn aanvankelijk vooral gekomen van de huisartsen die zich ongelukkig voelden bij wat zij als *uitholling* van hun beroep ervoeren. Maar niet alleen dat: er werd naar hun oordeel door de beschreven verschuivingen in de hulpverlening een hoeveelheid kennis en inzicht niet gebruikt die de kwaliteit van de hulpverlening ten goede zou kunnen komen, zowel op diagnos-

tisch als op therapeutisch gebied. Ik geef u daarvan enkele voorbeelden:

Een huisarts kan uit voorafgaande ervaringen met een patiënt goed inspelen op diens ziektegedrag. Als een huisarts verschillende ziekteperiodes bij een patiënt heeft meegemaakt, kan hij daaruit vaak tot een betere schatting komen van de ernst van de klachten. Hij kan zicht hebben op de betekenis van voorafgaande ziekten voor de huidige klachten. Ook kan hij zijn kennis over leefwijzen en de leefsituatie van de patiënt niet alleen in zijn diagnostiek, maar ook in het opstellen van een behandlungsplan gebruiken, terwijl kennis van het gezin of een equivalent daarvan van veel belang kan zijn voor het begrijpen en interpreteren van klachten en voor het therapeutisch beleid. Hierdoor, maar ook door de betrekkelijke eenvoud van zijn diagnostische mogelijkheden, is de huisarts in staat aan gesprek, anamnese, observatie en onderzoek voorrang te geven. De proporties van het medisch-diagnostisch en medisch-therapeutisch handelen kunnen daardoor tot hun juiste omvang worden teruggebracht. Het is interessant te zien dat sedert kort de belangstelling voor de bijdrage van de huisarts in de hulpverlening ook in de specialistische geneeskunde snel groeit. Hiervan getuigen de vele symposia en congressen die ziekenhuizen beleggen over de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Die belangstelling is ook wel te verklaren. Er zijn aanwijzingen dat ze vooral onder de wat jongere specialisten leeft. Ik vermoed dat dat komt doordat zij een zo moderne opleiding hebben gehad dat zij betrekkelijk kieskeurig zijn in de keuze van de problemen die zij tot hun terrein willen rekenen. Dat wil zeggen dat zij niet de verwijzing van iedere patiënt op prijs stellen: inadequate verwijzingen brengen werk met zich mee dat hen afleidt van hun eigenlijke werk. In hoeverre financiële overwegingen hierbij ook een rol spelen is mij niet helemaal duidelijk. Wel lijkt het voor de hand te liggen dat de niet in dienstverband werkende specialist nog financiële troost kan vinden in een inadequate verwijzing. De 'hausse' in de belangstelling ontstond echter toen de budgetfinanciering voor ziekenhuizen werd ingevoerd. Al spoedig ontstond het vermoeden dat besparingen mogelijk zouden zijn door een bekorting van de verpleegduur, door een betere afstemming van de intra- op de extramurale zorg, door de invoering van dagchirurgie en zo meer. Het leek erop dat het tien jaar geleden in gang gezette beleid van de

regering dat erop is gericht het accent van de gezondheidszorg van de tweede naar de eerste lijn te verschuiven, pas nu enige kansen ging krijgen.

De vraag doet zich voor of de situatie die in de loop van enkele tientallen jaren is gegroeid, grondig kan worden veranderd. Want, samenvattend en simplificerend, kan de huidige samenwerking van huisarts en specialist – als ik me daartoe nu beperk – worden gekenmerkt als een functioneren in *gescheiden compartimenten* die slechts door de verwijfsbrief en de ontslagbrief met elkaar zijn verbonden. De patiënt wordt na verwijzing als het ware in ontvangst genomen, in een autonoom intramuraal proces aan allerlei handelingen onderworpen en daarna losgelaten of op gezette tijden weer aan autonome intramurale processen onderworpen. Tussen huisarts en specialist is een scheidingsvlak opgetrokken. Dit alles neemt natuurlijk niet weg dat er individuele relaties tussen huisartsen en specialisten bestaan die het door mij geschetste harde beeld wel verzachten; structureel gezien verandert dat echter niets aan de situatie.

Als het werk van huisarts en specialist goed op elkaar zou zijn afgestemd, zouden zij *complementaire rollen* moeten vervullen. Complementariteit is alleen mogelijk als beide actors het eens zijn over de eigen rol en die van de ander. Deze beelden kunnen echter nogal uiteenlopen, met alle mogelijke variaties tussen de huisarts als leverancier van patiënten voor de specialist en de specialist als technisch assistent van de huisarts. Een goede samenwerking, die niet die samenwerking sec tot doel heeft, maar een optimale taakverdeling tussen huisarts en specialist, en a fortiori tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, is echter pas mogelijk als de rolvulling wederzijds wordt aanvaard, waardoor deze rollen complementair zijn.

Huisarts en specialist, met ieder zijn eigen vertrekpunt, kunnen het hier moeilijk over eens worden. Het ooit zo fraaie samenwerkingsexperiment in Hoogeveen liep uiteindelijk niet stuk op allerlei consequenties van samenwerking, ook niet op de nadelige financiële gevolgen voor de deelnemers, maar op het verschil van inzicht in de *taakafbakening*. De uitersten zijn duidelijk: de chirurg moet de appendix verwijderen en de huisarts moet de verkoudheid behandelen, maar er bestaat een breed, grijs gebied met betrekking waartoe de taakverdeling discutabel is. In dit grijze gebied zijn huisarts en specialist niet complementair,

maar concurrerend. Dát er zo'n grijze zone bestaat is verklaarbaar. Een groot deel van die verklaring kan worden ondergebracht bij de opdracht die huisarts en specialist zichzelf stellen: de huisarts wil een mogelijke ziekte aantonen, een specialist wil deze uitsluiten.

De vraag hoever men in zijn diagnostisch handelen moet gaan wordt vooral bepaald door het vertrekpunt dat men kiest. De huisarts zal daarom vaak genoegen nemen met een minder vergaand onderzoek dan de specialist, die bovendien in de verleiding komt de indicatie voor modern diagnostisch onderzoek steeds verder te verruimen: de beschikbaarheid bepaalt mede de indicatie.

Het is begrijpelijk dat binnen specialisten en binnen de huisartsgeneeskunde al snel uiteenlopende *tradities* ontstaan, die grondig van elkaar kunnen verschillen. De beoogde complementariteit van huisarts en specialist wordt daardoor in veel gevallen een illusie. De grijze zone tussen huisartsgeneeskunde en specialisme wordt daardoor een niemandsland dat van beide kanten op de ander wordt bevochten.

Er is nog een factor die de concurrerende verhouding van huisarts en specialist bevordert. De huisartsgeneeskunde is een horizontaal generalisme, in tegenstelling tot de verticale specialismen. De huisarts komt met klachten en aandoeningen in aanraking, die hun uitlopers in verschillende specialismen hebben. Huisartsen zijn in de gelegenheid uitingen van verschillende terreinen met elkaar in verband te brengen, maar hun breedheid belemmert hun al te zeer de uitlopers naar de talloze specialismen te volgen. Het *raakvlak* met de verschillende specialismen is hierdoor verschillend van grootte: met de internist heeft de huisarts, door de frequentie en de aard van de aandoeningen, die beiden aangaan, een groter raakvlak dan met bijvoorbeeld de neurochirurg. De consequenties van een bepaalde taakverdeling tussen huisarts en internist is dus ingrijpender dan de taakverdeling met de neurochirurg.

Daarbij komt nog het volgende: de internist, om bij ons voorbeeld te blijven, moet uit de aard van de ziekten waarmee hij bemoeienis heeft zich ten behoeve van een adequaat onderzoek en een zinvolle behandeling breed over de patiënt oriënteren. Bij hypertensie komt de leefwijze, bij nierziekten het dieet, bij een mogelijke tropische aandoening vroegere verblijfplaatsen, bij infectieziekten mogelijke contacten aan de orde. Dit zijn gebieden waarop de huisarts zich juist in

het bijzonder thuisvoelt. Daardoor kan het concurrerende karakter manifest worden, hoewel men ook moet zeggen: juist bij vakken met een groot raakvlak is het mogelijk om bij een juiste complementaire rolverdeling te komen tot een ideale samenwerking, ofwel: het ene specialisme is horizontaler dan het andere, interne geneeskunde meer dan cardiochirurgie. De taakverdeling tussen huisarts en neurochirurg behoeft nauwelijks verandering: hun terreinen liggen ver genoeg van elkaar om niet concurrerend te zijn.

Er is nog een andere categorie specialisten met wie de relatie weer anders ligt: röntgenologen, klinisch-chemici, patholoog-anatomen en in de toekomst wellicht endoscopisten. Zij leveren uitsluitend diagnostische gegevens, die de huisarts in zijn beleid kan inpassen.

HUISARTS EN KINDERARTS

Na deze lange beschouwing over de relatie tussen huisarts en specialist zullen we ons beperken tot de relatie tussen huisarts en kinderarts:

Huisarts en kinderarts bestrijken voor een groot deel hetzelfde terrein. Vooral in jonge huisartspraktijken en in nieuwbouwwijken komen kinderziekten en ziekten bij kinderen veel voor. Voor kinderen wordt ook veelvuldig een beroep op de huisarts gedaan: voor 0-4-jarigen wordt gemiddeld zevenmaal per jaar de hulp van een huisarts ingeroepen, voor volwassenen van 15-44 jaar gemiddeld viermaal; pas bij hoogbejaarden komt men weer op een zelfde hulpfrequentie als bij kinderen. Huisartsen hebben ook vaak extra belangstelling voor kinderen als deel van hun gezinsgeneeskundig handelen. Die belangstelling van huisartsen voor het kind wordt van pediatrische zijde ook aanbevolen. In 1901 zei de kinderarts De Monchy op een vergadering te Amsterdam dat iedere huisarts kinderdokter moet zijn, en Scheltema: 'Pediatrics be the specialty of the general practitioner'. Toch zijn kinderartsen het langst van alle specialismen openlijk concurrerend met huisartsen geweest. Vooral in de grote steden werd door ouders vaak rechtstreeks de hulp van een kinderarts ingeroepen, die de kinderen dan ook thuis, op zijn spreekuur en in het ziekenhuis behandelde. Nogmaals De Monchy aanhalend: in 1901 zei hij dat kinderartsen zich als huisartsen voor kinderen gedroegen. De openlijke concurrentie bleef bestaan tot

na de tweede wereldoorlog. Pas in 1947 werd definitief beslist dat alle nieuwgevestigde kinderartsen uitsluitend na verwijzing door de huisarts konden worden geraadpleegd; hiermee werd de scheiding - en de onderscheiding - van de eerste- en de tweedelijns geneeskunde compleet.

Dit systeem kent men lang niet overal. In West-Duitsland en België kan een patiënt zich rechtstreeks tot een specialist wenden; dit is een van de aanvang af gedereguleerd systeem. In Joegoslavië heeft men destijds bewust gekozen voor een team bestaande uit een kinderarts, een huisarts en een vrouwenarts in de eerste lijn. Voor een deel was deze keuze te verklaren door de prioriteit die aan de preventie werd gegeven. In de Verenigde Staten zijn huisarts en specialist vaak onverbloemd concurrent. De Joegoslavische situatie werd geruime tijd geleden gewijzigd, omdat binnen de gegeven structuur huisartsen onvoldoende als gezinsarts konden functioneren en dus bijvoorbeeld onvoldoende de gezinsepideemiologie en de gezinsinteracties in hun diagnostische en therapeutische overwegingen konden betrekken. In de VS merkt een specialist die in de eerste lijn werkt dat hij te weinig zijn eigen specialisme kan uitoefenen en te veel hulp moet verlenen bij problemen waar hij niet voor is opgeleid.

Spiegeling aan deze situaties toont wat de ratio is van een vrij strikte scheiding van eerste en tweede lijn: de huisarts beschermt de specialist voor niet bij hem passend werk en de specialist maakt het mogelijk dat de huisarts zijn specifieke taken kan vervullen: de levensloopgeneeskunde en de gezinsgeneeskunde. Zo behoort het althans te zijn, maar zo is het in de praktijk lang niet altijd. Huisartsen verwijzen vaak patiënten die niet bij de specialist thuishoren en specialisten houden vaak patiënten onder behandeling die door de huisarts zouden kunnen worden behandeld.

Wat wordt er zo al door huisarts en kinderarts behandeld? Het is in dit kader slechts mogelijk globale gegevens te verschaffen. Dat kan ook niet anders, omdat het morbiditeitspatroon in de kinderartspraktijk niet bekend is; slechts hun ontslagdiagnoses zijn bekend. Het blijkt dan dat meer dan 40% van de ontslagdiagnoses betrekking heeft op pasgeborenen. Dit betreft zelden of nooit een verwijzing door de huisarts, maar is een gevolg van een meestal klinische partus. Als men nu weet dat 3% van alle verwijskaarten die huisartsen uitschrijven voor kinderart-

sen bestemd zijn, dan blijkt dat ongeveer 2% van alle verwijzingen exclusief pasgeborenen de kinderarts betreft. Dit betekent dat een huisarts met een praktijk van 2.200 patiënten van de 1.100 uitgeschreven kaarten er 22 voor de kinderarts bestemt; inclusief de pasgeborenen zijn dit er 35. Dit betreft niet alle nieuwe verwijzingen; een deel van de kaarten betreft een hernieuwde verwijzing na een jaar. Dit lijkt niet veel, maar als men er rekening mee houdt dat de potentiële patiëntenpopulatie voor kinderartsen 21% van de Nederlandse bevolking omvat (bevolking beneden de 15 jaar), dan blijkt dat van deze kinderen procentueel evenveel verwijskaarten voor de kinderarts worden uitgeschreven als voor volwassenen verwijskaarten voor de internist, de longarts en de cardioloog tezamen.

Uit welk arsenaal aan ziekten moeten huisartsen kinderen verwijzen? Bij 0-4-jarigen doen zich 2½ nieuwe aandoeningen per jaar voor, tot ruim 1½ per jaar bij 5-9-jarigen en ruim 4 per jaar bij 10-14-jarigen (NUHI). Een hoge incidentie vertonen infecties van de bovenste luchtwegen, inclusief tonsillitis en otitis media; in mindere mate infecties van de lagere luchtwegen, huidziekten, maag-darmziekten, vooral infecties; vervolgens urineweginfecties bij meisjes, darmparasieten en een deel van de klassieke kinderziekten. Wat wordt hiervan door de kinderarts opgenomen? We weten al: 40% pasgeborenen, verder 12½% luchtwegaandoeningen, 6½% ziekten van maag-darmkanaal. Maligne aandoeningen, diabetes, andere stofwisselingsziekten, ziekten van het bloed zijn ieder goed voor 1½%, dat betekent dus dat een doorsnee-huisarts gemiddeld eenmaal per twee jaar voor ieder van deze aandoeningen een eerste dan wel een herhalingskaart uitschrijft. Men kan er wel zeker van zijn dat ieder kind bij wie een van die weinig frequente diagnoses wordt gesteld of vermoed bij de kinderarts terecht komt. Daarentegen vormt de 12% verwijzingen voor aandoeningen van de luchtwegen slechts een deel van de kinderen die hieraan lijden.

De verwijzing vindt vrijwel uitsluitend plaats naar de *algemene kinderarts*. Deze uitspraak laat zien dat de kindergeneeskunde reeds geruime tijd geleden een weg is opgegaan die de interne geneeskunde reeds eerder heeft ingeslagen: het totale gebied was niet meer te overzien en, ten dele door invloeden uit bestaande volwassen subspecialismen, ontstonden subspecialismen als kinder-

nefrologie, kinderurologie, kinderoncologie, kindercardiologie, kinderneurologie en, zonder parallel in de inwendige geneeskunde voor volwassenen, de neonatologie. De kindergeneeskunde verloochende echter haar extramurale oorsprong niet en evenmin de voor de hand liggende belangstelling voor de ontwikkeling van het kind met de bijbehorende preventie in de jeugdgezondheidszorg. Deze tak van de gezondheidszorg heeft niet alleen zijn wortels in de kindergeneeskunde; ook de sociale geneeskunde en de maatschappelijke gezondheidszorg droegen daartoe bij. Het zijn dan ook niet alleen kinderartsen die op dit gebied werkzaam zijn. Hun aantal neemt zelfs af en de kinderartsen die zowel in het ziekenhuis als in de jeugdgezondheidszorg werken zijn vrijwel verdwenen. Die kinderartsen die zich met de jeugdgezondheidszorg bezighouden vinden daar ook hun hoofdtaak.

De kindergeneeskunde vormt dus een complex, ten dele opgedeeld gebied. Daartegenover staat de huisarts, die wordt gekenmerkt door een ongedeeld functioneren. Zo is het in principe, maar in de praktijk zijn er wel grote verschillen. Een huisarts op een Waddeneiland komt met andere hulpvragen in aanraking en heeft ook andere hulpmogelijkheden dan een huisarts in Den Haag. De accenten van het werk van apotheekhoudende huisartsen liggen anders dan die van een stadsarts; diens werk wordt voor een deel bepaald door het al dan niet verrichten van verloskundige hulp, terwijl de leeftijdsopbouw en de sociale omstandigheden van de praktijkpopulatie de inhoud van het werk bepalen. Ook de belangstelling van de huisarts en zijn sterke en zwakke punten bepalen ten dele de inhoud van het werk. Kenmerk blijft echter dat het een ongedeeld functioneren betreft.

Als we nu verder willen ingaan op de relatie tussen huisarts en kinderarts, dan ligt deze verschillend voor de extramuraal werkende kinderarts, de subspecialist of de klinisch werkzame kinderarts.

1. Allereerst de huisarts en de extramuraal werkende kinderarts.

Kinderartsen die deel uitmaken van het team van een thans in het regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) opgenomen medisch-opvoedkundig bureau (MOB) of die aan een medisch kleuterdagverblijf zijn verbonden, vervullen voor de huisarts duidelijk een complementaire functie, niet alleen door hun specifieke des-

kundigheid, maar ook door de setting waarin zij werken zou een huisarts maar moeilijk een deel van de taak over kunnen nemen. Het werk van deze kinderartsen begint daar waar de mogelijkheden van huisartsen zijn uitgeput.

Waar kinderartsen betrokken zijn bij de zuigelingen- en kleuterzorg ligt het accent wat anders. Kinderen uit deze leeftijdscategorieën behoren eigenlijk door de eigen huisarts, in nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundige, te worden gecontroleerd. De thans aanvaarde praktijkverkleining biedt daar ruimte voor en zo nodig kan via nascholing de deskundigheid op peil worden gebracht. Het motief is, dat bij de controle opgedane ervaringen enerzijds en de ervaringen bij de behandeling van het kind anderzijds met elkaar in verband kunnen worden gebracht ten voordele van beide aspecten. Kinderartsen kunnen wel helpen structuur te brengen in het consultatiegedeelte, maar moeten deze niet zelf uitvoeren; in dat geval zou er een concurrerende situatie ontstaan.

2. Met klinische subspecialisten heeft een huisarts slechts bij uitzondering contact.

Is een dergelijke specialist nodig, dan functioneert de algemene kinderarts vrijwel altijd als intermediair. Slechts een sporadische patiënt uit één huisartspraktijk zal bij een kinderneuroloog of kindercardioloog belanden. De deskundigheden van specialist en huisarts liggen dan zo uiteen dat zij moeilijk concurrerend kunnen worden genoemd; hun functies zijn uitsluitend complementair.

3. Huisartsen en algemene kinderartsen hebben op pediatriesch terrein qua frequentie en qua gebied het meest met elkaar te maken. Vergelijken we beide medische beroepen met elkaar dan kunnen we tot de volgende formulering komen:

a. Een eerste verschil is een gevolg van de plaats die in de gezondheidszorg wordt ingenomen. Huisartsen werken in de eerste lijn, kinderartsen in de tweede lijn van de gezondheidszorg. Een huisarts dient allereerst na te gaan of er wel sprake is van een medisch probleem; niet iedere klacht behoeft immers een medische achtergrond te hebben. Dan bepaalt de huisarts of hij zelf het zieke kind kan behandelen of dat een verwijzing naar een specialist noodzakelijk is. De kinderarts wordt dus geconfronteerd met een patiëntenpopulatie die aanzienlijk afwijkt van de patiëntenpopulatie in de huisartspraktijk. Onder ideaaltypische omstandigheden komen bij de kinderarts

alleen die patiënten die een klinische behandeling nodig hebben of een behandeling die specialistische kennis en vaardigheden vereist en die patiënten bij wie de diagnostiek van de huisarts op grenzen stuit. Onder dergelijke omstandigheden bestaat er een echte complementaire situatie. De praktijk is vaak anders. Aandrang van de kant van de ouders kan leiden tot inadequate verwijzingen; te kortkomingen in kennis, ervaring van de huisarts of een te grote tijdsdruk kunnen ook tot inadequate verwijzingen aanleiding zijn. Het vlak tussen huisarts en kinderarts kan gaten vertonen! Ook de terugverwijzing van patiëntjes door de kinderarts kan gebreken vertonen: te lang zelf patiënten onder behandeling houden, waar de huisarts deze behandeling goed zelf zou kunnen uitvoeren.

b. Een tweede verschil heeft met het volgende te maken: huisartsen zien hun patiënten in verschillende episoden, bij uiteenlopende stoornissen in de gezondheid. Huisartsen zijn hierdoor in de gelegenheid hun diagnostiek en therapie te verrijken met preëxistente kennis over vroegere condities, aanwezige risicofactoren, doorgemaakte ziekten en reacties hierop; huisartsen ontlenen hun waarde onder andere aan de gelegenheid levensloopgeneeskunde te beoefenen. Daarnaast zijn huisartsen in de gelegenheid de interactie tussen het kind en de omgeving, vooral het gezin, op allerlei wijzen te leren kennen; samenhangend optreden van klachten en ziekten binnen het gezin, door infectie, door erfelijkheidsfactoren, door relationele factoren en door gemeenschappelijke leefgewoonten; ook hieraan kunnen zij belangrijke diagnostische en therapeutische voordelen ontleenen. Kortom, huisartsen kunnen gezinsgeneeskunde bedrijven en hierop berust ook mede hun specifieke betekenis. Specialisten beschikken in veel mindere mate over deze mogelijkheden. Zij ontlenen hun waarde echter vooral aan een diepergaande kennis op een beperkt gebied en aan de mogelijk technologische, diagnostische en therapeutische methoden toe te passen. Als huisarts en specialist elkaars kennis en inzicht respecteren en integreren, dan vullen zij elkaar goed aan.

Bij de kinderarts liggen de accenten toch nog anders. Hij of zij heeft met kinderen te maken die, al naar hun leeftijd, afhankelijk zijn van het gezin of van hun verzorgers. Kinderartsen moeten alleen al voor de anamnese contact met de verzorgers van het kind hebben. Verder moet een kinderarts, omdat hij met een volop in ontwikkeling zijnd mens heeft te ma-

ken, zich verdiepen in voorgeschiedenis, in erfelijkheidsfactoren. Omdat het ziektepatroon zo sterk wordt overheerst door infectieziekten, heeft de kinderarts ook met het milieu te maken. Men kan concluderen dat de aard van het werk van kinderartsen met zich brengt dat zij meer dan enig ander specialist het werkteerrein van huisartsen overlappen, in ieder geval ten aanzien van die aspecten die juist zo karakteristiek voor de huisartsgeneeskunde zijn. In bepaalde opzichten gaat de kinderarts nog verder: de kinderafdeling is voor kinderen een tijdelijk gezinsvervangend tehuis en zelfs een vervangende school. Daar hebben psychologen, pedagogen en spelleidsters bemoeienis met het kind en, bijaldien, met de ouders. De kinderarts kan in zijn tijdelijke bemoeienis op deze manier een intensief contact met kind en ouders krijgen.

De conclusie moet zijn dat kinderarts en huisarts in hun werk veel meer raakvlakken dan scheidingsvlakken hebben. Tussen hun werkteerreinen bevindt zich een brede overgangzone, waarin beide artsen zich bewegen. Zij kunnen het zich niet permitteren, ter wille van een goede behandeling en een goede zorg, al te gescheiden van elkaar te werken. Minder dan waar ook is het mogelijk het contact te beperken tot verwijsbrief en ontslagbrief.

HUISARTS EN KINDERARTS: NUANCES

Het is echter mogelijk nog een verdere nuancering aan te brengen op geleide van de aard van de betrokken ziekten en klachten. We kunnen daarbij een enigszins kunstmatige scheiding aanbrengen tussen drie categorieën:

1. kinderen met een acute aandoening;
2. kinderen met een chronische aandoening; en
3. kinderen met psychosociale en functionele klachten.

ad 1. Kinderen die aan een acute ziekte lijden en die niet adequaat door de huisarts kunnen worden behandeld worden meestal in een ziekenhuis opgenomen. Uit de morbiditeitsgegevens blijkt dat dit vooral luchtweginfecties en in mindere mate infecties van het maag-darmkanaal betreffen. In zekere zin is het gebeuren analoog aan een chirurgische opname voor een navelbreuk of appendicitis, een opname door de KNO-arts bij een mastoïditis of een opname door de huisarts

bij een gegeneraliseerde dermatitis. Deze verwijzingen hebben nog het meest het karakter van een verwijzing bij volwassenen: de huisarts kan niet verder, de specialist knapt iets op en de huisarts gaat weer verder. Hoe onbevredigend dat vaak ook is: verwijsbrief en ontslagbrief zijn in wezen voldoende communicatiemiddelen.

ad 2. Dat ligt geheel anders bij meer chronische aandoeningen zoals diabetes, genetische aandoeningen en maligne aandoeningen. De bemoeienis van huisarts en kinderarts zijn hierbij verweven, zeker als een kind bij herhaling moet worden opgenomen. Als een kind maanden- of soms jarenlang in een ziekenhuis verblijft, ligt het accent heel sterk op de behandeling door de kinderarts. De huisarts zal hoogstens het kind af en toe kunnen bezoeken – iets wat maar weinig huisartsen doen – en de ouders desgewenst ter zijde staan. De kinderarts heeft dan in hoge mate huisartsgeneeskundige taken. Als opnames echter sporadisch zijn behoort de behandeling – meestal op geleide van adviezen van de kinderarts – in handen van de huisarts te zijn. Niet zelden blijft echter het accent van de behandeling bij de kinderarts liggen. Dit kan een wel of niet geëxpliciteerde keuze van beide artsen zijn, maar het is ook mogelijk dat huisarts en kinderarts hier een uiteenlopende rolperceptie bezitten, die ertoe kan leiden dat er geen overeenstemming bestaat over de taak en functie van beide artsen: een concurrerende situatie in optima forma.

ad 3. Hetzelfde kan zich voordoen bij de derde categorie patiënten, bij wie functionele klachten en stoornissen een centrale rol spelen. Bij deze patiëntjes spelen per definitie relatie- en omgevingsaspecten een vaak overheersende rol. Na een verwijzing naar de kinderarts komt niet zelden het psychosociale team van een kinderafdeling in het geweer om al zijn registers aan hulpmogelijkheden uit te trekken. De verwijzing bepaalt wat er met een kind gebeurt. Immers: als een huisarts redelijk zeker is over het psychosociale of functionele karakter van de klacht kan ook naar een RIAGG worden verwezen, waardoor extramuraal een behandeling in gang wordt gezet. De voorkeur van de ouders kan in deze keuze ook bepalend zijn. Omdat bij deze patiëntjes een agogische behandeling meestal centraal komt te staan, is de bemoeienis van de huisarts na de verwijzing meestal marginaal, tenzij de huisarts meent dat deze vorm van behandeling binnen zijn of haar mogelijkheden ligt. Onder bepaalde om-

standigheden is dit mogelijk, als een huisarts in een interdisciplinair extramuraal team werkt, al of niet in het kader van een gezondheidscentrum. In zo'n geval worden kinderarts en huisarts concurrerend: duidelijke afspraken zijn nodig. Maar meestal biedt in deze kaders de behandeling van volwassenen meer mogelijkheden dan de behandeling van kinderen.

Wat levert dit nu voor een beeld op?

Het blijkt dat voor de te onderscheiden patiëntencategorieën de relatie tussen huisarts en kinderarts wisselend is. Bij de acuut zieke patiënt is de complementariteit groot, zijn de wederzijdse rollen goed vastgelegd, functioneert de huisarts horizontaal en de kinderarts verticaal, ofwel: hij gaat in klinisch opzicht in de diepte. Bij de chronisch zieke patiënt doet de kinderarts dit ook, maar het vaak langdurige verblijf in het ziekenhuis en de intensiteit van het contact met de ouders maakt het noodzakelijk dat de kinderarts zich ook meer horizontaal oriënteert, of, liever gezegd, dat het hele hulpverleners-team in het ziekenhuis die horizontale hulp verschaft. Ten aanzien van deze categorie patiënten verwacht de huisarts dan ook vooral een klinisch verticale, medisch deskundige inbreng van de kinderarts, maar – nogmaals – de setting leidt tot horizontaliteit. Niettemin: een huisarts kan wel van oordeel zijn dat een kinderarts ook grenzen overschrijdt door bijvoorbeeld een behandeling te lang voort te zetten en door het oproepen van valse hoop bij kind en ouders. De huisarts die zich ten doel stelt het thuis verblijvende zieke kind en de ouders te behandelen en ook te begeleiden, kan in botsing komen met het als concurrerend beleefde ziekenhuis. Dit is ook mogelijk bij de derde categorie patiënten: de kinderen met functionele stoornissen. Dan hangt het echter vooral af van de verwachting waarmee de huisarts zijn patiëntje heeft verwezen: alleen om ziekten uit te sluiten, of om ook de klachten te behandelen.

BESLUIT

Uit het voorafgaande blijkt dat binnen de huidige situatie verbeteringen zijn aan te brengen:

– In de eerste plaats zal de huisarts zeer duidelijk moeten zijn in het formuleren van zijn verwachtingen ten opzichte van de specialist en hun rollen en taken zullen goed moeten worden verdeeld. Beiden

moeten deze verdeling verantwoord en aanvaardbaar vinden. De huisarts zal tot een appreciatie van de horizontaliteit van de kinderarts moeten kunnen komen. Voorwaarde daarvoor is echter die expliciete taakverdeling. In de praktijk moet dat kunnen; het gaat om minder dan 10 patiënten per huisarts per jaar.

– Een belangrijke bijdrage tot een betere

samenwerking zou ook kunnen zijn als huisartsen de mogelijkheid werd geboden samen te werken met het intramurale team van psychologische, agogische en onderwijskundige begeleiders. Dat zou ook tot gevolg kunnen hebben dat de hulp bij ziekte-episodes binnen en buiten het ziekenhuis beter op elkaar zou kunnen worden afgestemd.

Kortom: huisarts en kinderarts lijken vaak meer op elkaar dan ze zelf willen weten. Zij zullen meer terrein met elkaar moeten delen dan de huisarts met vele andere specialismen doet. Laten zij dat gebied meer als raakvlak dan als scheidingsvlak ervaren. □

Een verhaal van twee steden

3: Eerste indrukken

Vóór ik naar Amsterdam ging had ik via de European General Practice Research Workshop (EGPRW) al wat kennis opgedaan over de huisartsgeneeskunde in Nederland. Ook had ik een dag met een huisarts in Zeeuws-Vlaanderen opgetrokken; dat bezoek heeft er toe geleid dat we later een film zijn gaan maken waarin de Franse, Duitse en Nederlandse huisartsgeneeskunde naast elkaar werden geportretteerd.

De huisartsgeneeskunde in Engeland vertoont opvallend veel overeenkomsten met die in Nederland. Waarschijnlijk geen twee andere landen ter wereld hebben wat dit betreft zoveel gemeen. Beide landen kennen bijvoorbeeld een abonnementstelsel voor de huisarts, wat betekent dat de huisartsen in beide landen een vast patiëntenbestand in zorg hebben: bij het ziekenfonds ingeschrevenen c.q. 'de lijst'. Dit is een gegeven van fundamenteel belang met het oog op het doen van epidemiologisch onderzoek; je zou verwachten dat men er een dankbaar gebruik van maakt, maar in de praktijk lijkt dat toch even anders te liggen.

Een ander vlak waarop beide landen veel overeenkomst vertonen is dat van de cultuur, die bepaalt hoe artsen en patiënten met elkaar omgaan en welke verwachtingen ze over en weer van elkaar hebben. Ook in de wijze waarop de huisartsgeneeskunde er wordt beoefend hebben Nederland en Engeland veel van elkaar weg.

Maar er zijn ook grote verschillen. Gaandeweg leer ik de gang van zaken in Nederland steeds beter kennen en ook waarderen. Ik probeer mijn Britse chauvinisme zo goed mogelijk uit te bannen en een 'Noordzeeër' te worden en zo onbevangen mogelijk naar beide systemen te kijken. Elk van beide systemen heeft zijn sterke en zijn zwakke kanten. We kunnen nog veel van elkaar leren.

Een tijd lang heb ik me beziggehouden met

patiënten die de polikliniek van het academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit bezochten. Nu had ik in geen jaren met een polikliniek van doen gehad. Ik was dan ook erg benieuwd welke gevallen door mijn Nederlandse collega's worden doorverwezen. Eerlijk gezegd was ik daar niet bijzonder van onder de indruk, al moet ik voluit toegeven dat ik maar een klein aantal patiënten heb gezien; het beeld dat ik zo heb gekregen kan dus sterk vertekend zijn. Hoe dan ook, ik kreeg de indruk dat er vaak op oneigenlijke gronden wordt verwezen en dat de communicatie tussen huisarts en specialist slecht verloopt. Nog niet zo lang geleden kon men in Engeland wat dit betreft nogal wat kritiek van de specialisten in de ziekenhuizen op huisartsen vernemen: patiënten die waren doorverwezen voor aandoeningen die een beetje huisarts zelf moet kunnen diagnosticeren en behandelen, te lang wachten met doorverwijzen, begeleidende brieven ver beneden peil. In Engeland hebben de huisartsen hun leven op dit stuk inmiddels gebeterd. Wat ik in Nederland heb gezien lijkt echter in veel op de manier van doen die de Engelse specialisten indertijd zoveel kritiek heeft ontlokt.

Nogmaals: ik kan me vergissen met te denken dat Nederland wat dit betreft bij Engeland achterloopt. Ik heb er overigens wel een op eigen waarnemingen gebaseerde, mogelijke verklaring voor: Engelse huisartsen hebben veel meer hulpkrachten in dienst. De Britse regering voert op dit punt ook een actief stimulerend beleid door voor het aantrekken van hulppersoneel in de huisartspraktijk aanzienlijke bedragen ter beschikking te stellen. Zo betaalt een huisarts die voor in totaal twee formatieplaatsen assistenten in dienst heeft zelf slechts 30% van hun salaris; 70% daarvan komt voor rekening van de Staat. De onderliggende reden is, dat huisartsen dure wezens

zijn en dat de Staat in feite meer waarvoor zijn geld krijgt als hij dat geld uittrekt voor mensen die de huisarts werk uit handen nemen: dat deel van het werk dat hij niet persé zelf hoeft te doen. In Engeland heeft een groepspraktijk waarin verschillende huisartsen samenwerken mensen in dienst voor de receptie, de telefoon, de administratie en de registratie; in vele gevallen werkt er verder een verpleegster, terwijl de laatste tijd in steeds meer praktijken ook een zakelijk leider wordt aangesteld.

Amsterdamse huisartsen, vaak met een solo-praktijk, beschikken soms over heel weinig hulp. Het komt voor dat de arts onder het spreekuur zelf de telefoon moet aannemen. In verreweg de meeste gevallen doet men ook zelf de administratie. Die toestand bestond in Engeland vóór het midden van de jaren '60, een tijd waarin de zware werkdruk kon leiden tot de volgende inmiddels voor eeuwig in de annalen bijgeschreven correspondentie tussen een huisarts en een specialist:

(brief huisarts) 'Geachte collega . . . ? Buik.'
(antwoord specialist) 'Geachte collega . . . ? Buik aanwezig.'

Het zal je buik maar wezen!

Het zal niet al te moeilijk zijn mijn waarneming dat er op het stuk van de praktijkvoering van de huisarts een verschil tussen beide landen bestaat te bevestigen. Op dit moment is in elk van de beide academische ziekenhuizen in Birmingham en Amsterdam (VU) een arts bezig gegevens te verzamelen over patiënten die via de huisarts naar het ziekenhuis zijn gekomen. 's Kijken wat voor verschillen daar uitrollen.

Robin Hull

Prof. F. M. Hull, MB, BS, FRCGP, is als 'visiting professor' verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.