

opgesteld. Des ochtends zal de Arnhemse hoofdinspecteur van politie, J. W. Gosker, gesecondeerd door de paragnost Urkas, spreken over: „Parapsychologie in de praktijk”, daarbij puttend uit een rijke praktische ervaring. Na de gemeenschappelijke lopende lunch zal in het eerste gedeelte van de middag Dr. Hermine Th. van Guldener, van het Rijksmuseum te Amsterdam, een voordracht houden over „Kind en kunst”, een onderwerp dat ongetwijfeld zal weten te boeien. Het middagprogramma na de theepauze vermeldt een „Culinaire wereldreis”, onder de zeer deskundige leiding van mevrouw Henriëtte Holthausen.

Voor de doktersassistenten heeft de congrescommissie gemeend, in nauw overleg met de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, met de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap en met de Afdeling Voorlichting van het Nederlands Huisartsen-Instituut, een aparte bijeenkomst te organiseren. Hiermede wordt in de eerste plaats beoogd de assistenten, werkzaam bij huisartsen, een stukje nascholing te bieden, waaraan het tot dusver vrijwel geheel ontbrak. Tevens wordt hier de mogelijkheid geschapen de doktersassistenten, ook hun die niet in de huisartspraktijk hun werk hebben, enige informatie en voorlichting te verschaffen over de gedachten die binnen het Genootschap leven over „de plaats en de taak van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg”, welk onderwerp door A. P. Oliemans, huisarts te Den Haag zal worden besproken. Vervolgens spreekt Dr. R. S. ten Cate, huisarts te Wassenaar over „Perspectief voor de assistente van de

huisarts”. Nadat mevrouw H. J. P. Veder-Dussenbroek, namens de Afdeling Voorlichting van het N.H.I. de door deze afdeling ingerichte tentoonstelling heeft ingeleid, wordt deze expositie bezocht, waarbij enige leden van de Commissie Praktijkvoering aanwezig zullen zijn om met de dames van de Afdeling Voorlichting zoveel mogelijk de vragen der bezoekersters te beantwoorden.

Na de lunch zal E. M. Jansen, huisarts te Utrecht, de „Medische administratie van de huisarts” behandelen, waarna de heer F. J. Bos, laboratoriumhoofdassistent van het Laboratorium voor Microbiologie te Utrecht, tevens docent laboratoriumvakken aan „De Cloese” te Maarssen, enige kritische opmerkingen over het werken in het laboratorium van de huisarts zal maken. Als laatste spreker van de middag zal de adjudant-verpleger K. J. M. Perin van de chirurgische polikliniek van het Militair Hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht, een demonstratie geven over „Moderne verbandmiddelen”. Het middagprogramma zal worden besloten met een modeshow — te verzorgen door de leden van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, in samenwerking met de n.v. Van der Waal te Amsterdam — tijdens welke show de thee zal worden geserveerd.

Na dit overzicht van het programma van het dertiende N.H.G.-congres hoopt de congrescommissie dat gij, noch uw echtgenote, noch uw assistente op dit congres zult ontbreken. Wij verwachten u zaterdag 23 november 1968 in groten getale.

A. Vrij voorzitter congrescommissie

Huisarts en welzijnszorg

DOOR C. F. M. KLOOSTER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Tekenend voor de onzekerheid van de moderne mens lijkt mij zijn onvermogen tot het formuleren van scherp omlinjende definities.

Naast dat onvermogen bestaat er echter ook huiver voor scherpe begripsbepalingen, veroorzaakt door een sterke toeneming van de kritische zin die vele schijnbaar vaste pijlers onder ons heeft weggeslagen. Toch wil ik het goede gebruik volgen om bij het schrijven van een artikel zo duidelijk mogelijk de behandelde begrippen te omschrijven, zodat lezer en schrijver - gelijktijdig van start gaande - de meeste kans maken op een „close finish”.

De huisarts. Voor een begripsbepaling van taak en functie van de Nederlandse huisarts hebben mij tot leidraad gediend het visionaire werk van *Buma* en de artikelen van *Huygen*. In dit licht bezien mag het jaar 1959 worden beschouwd als een belangrijk keerpunt in de ontwikkelingsgeschiedenis van

Samenvatting: Tien jaar na de conferentie van Woudschoten over taak en functie van de huisarts wekt auteur op tot heroriëntering, waarbij de nadruk wordt gelegd op het strikt individuele uitgangspunt van de relatie arts-patiënt. Het begrip welzijnszorg wordt omschreven evenals de plaats, welke de huisarts daarin heeft. De stelling dat de groepspraktijk in hoofdzaak ten doel heeft de relatieproblemen van de huisartsen ten aanzien van de welzijnszorg op te lossen, wordt verdedigd.

het denken over de Nederlandse huisarts. Op de conferentie te Woudschoten werd de functie van de huisarts als volgt geformuleerd: „Het bewust aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende

individuele mensen en gezinnen, zowel op curatief als op preventief en revaliderend terrein." (Vroege). Op deze conferentie werd voor het eerst door de huisartsen zelf een poging ondernomen een takenpakket voor de huisarts vast te leggen verdeeld in twaalf deeltaken, die met gepaste zelfspot de twaalf thesen van Woudschoten werden genoemd.*

Met zekere weemoed kan ik terugdenken aan onze eigen huisarts, die voor mij het imago was voor een latere beroepskeuze: de vitale, frisse man met stugge borstelsnor, die net zo lang aan de bel bleef trekken tot er werd opengedaan, die met harde zekere handen feilloos de zieke plekken vond en die met grote zelfverzekerdheid het vertrouwen zelfs van mijn kritische ouders wist te winnen. Een type uit een boek van Anton Coolen, zoals er nu - zegt men - niet meer bestaat. Of was ook onze huisarts niet zo zeker van zichzelf als hij deed vóórkomen; was hij in zijn hart net zo weinig zeker van zijn medische kennen en kunnen als wij? Ik ben er van overtuigd dat hij, als „Woudschoten” twintig jaar eerder had plaatsgevonden, aan de conferentie zou hebben deelgenomen om te bouwen aan „de huisarts-nieuwe-stijl”.

Toen ik na die historische conferentie de functie-omschrijving en de deeltaken van de huisarts las, was mijn eerste reactie een gevoel van herkenning en dankbaarheid; herkenning van wat reeds lang in ons huisartsen leefde en dankbaarheid over het feit, dat het nu eindelijk aan een collectief van huisartsen was gelukt de essentie van hun beroep onder woorden te brengen. Maar na het rustig doordenken over het gestelde, sloeg de angst mij om het hart: Welke arts, welke mens zou dit alles waar kunnen maken? De mogelijkheden, voortvloeiend uit deze functie- en taakstelling leken mij zo onbegrensd, dat in een heel mensenleven niet genoeg kennis en kunde zou kunnen worden opgedaan om deze volledig te benutten.

En toch nu bijna tien jaren zijn verlopen sinds het opstellen van de „thesen”, moet ik nog steeds erkennen dat zij de wezenskenmerken zijn van de huisartsgeneeskunde. De angst voor de onbegrensdheid van de mogelijkheden is voor een groot deel weggenomen door de schrijvers van proefschriften en tijdschriftartikelen, die onderdelen van de huisartsfunctie en van de deeltaken hebben behandeld en vooral omgrensd! Het uitgangspunt: „Het bewust aanvaarden van de verantwoordelijkheid...” is onveranderd gebleven, met enige praktische restricties in het menselijke vlak

* Deze twaalf deeltaken zijn: 1 primaire hulp, psychisch en somatisch; 2 somatisch onderzoek; 3 psychisch en milieu-onderzoek; 4 registratie en beheer van medische gegevens; 5 differentiatie van de patiëntenstroom tot organisatorische eenheden; 6 behandeling wat behandelbaar is; 7 delegeren naar specialisten; 8 opstellen van het nazorgplan; 9 integratie van de gecoördineerde zorg voor de patiënt; 10 preventie; 11 voorlichting over gezondheid en opvoeding; 12 bijhouden en opvoeren van de eigen deskundigheid.

waar het betreft de continue, integrale en persoonlijke zorg; goede regelingen voor intercollegiale waarneming worden alom beschouwd als een noodzaak om de gestelde idealen te kunnen benaderen. Het verdiepen van de inhoud der deeltaken is nog in volle gang en gelukkig wint het inzicht veld, dat de huisarts - wil hij alle deeltaken goed vervullen - zich zal moeten beperken en zich bewust zal moeten worden van de grenzen van zijn capaciteiten.

Indien de toekomstplannen van het Nederlands Huisartsen Genootschap werkelijkheid worden behoeft de huisarts niet meer de begenadigde alwetende te spelen, maar wordt hij een voor zijn taak en functie goed opgeleide vakman, met een brede kennis van de potenties van de andere disciplines in de welzijnszorg, zodat hij meer en meer zal worden doordrongen van de „noodzaak tot samenspel” (*Klompé*). Wanneer ik mij realiseer hoeveel personen en instanties zich tegenwoordig rond de patiënt opstellen om hem in alle omstandigheden van zijn leven te helpen, te leiden of te begeleiden, dan vraag ik mij af wat de huisarts nog geheel zelfstandig voor zijn patiënt kan doen. Om enkele hierbij betrokkenen te noemen:

In de medische sector: medische specialisten, onder wie revalidatieartsen en gerieters, fysiotherapeuten, wijkverpleegsters, kraamverzorgsters, verloskundigen, pedicures; G.G.D., C.B. voor tbc, C.B. voor zuigelingen en kleuters, E.H.B.O.-posten, N.V.S.H., Schoolartsendienst, koloniehuisen, verpleegtehuizen, ziekenhuizen.

In de medisch-sociale sectoren: M.O.B., L.M.-bureau, Bureau voor bestrijding alcoholisme/epilepsie, Invalidenbonden, Bejaardenbonden, S.P.D., Kruisverenigingen, ondersteuningsfondsen.

In sociale sectoren: M.W., sociale raadsliden, Tafeltje-dek-je, Sociale Dienst Gemeente, Huisvestingsbureau, Bouw- en Woningtoezicht, huiseigenaren, Inspecteurs van belastingen, Gezinsvoogdij, Kinderbescherming, Reclustering.

In religieuze sectoren: zielzorgers.

Dit alles overziende blijft ons misschien alleen het somatische onderzoek als het meest persoonlijk contact tussen arts en patiënt, waarbij dan nog de hulp van assistente en laborante onontbeerlijk is. Volkomen terecht hebben de opstellers van de deeltaken het somatische onderzoek vooropgesteld, niet alleen naar mijn mening omdat dit chronologisch op de primaire hulp volgt, maar vooral om er de nadruk op te leggen dat dit lichamelijke onderzoek van levensgroot belang is voor de arts-patiënt-relatie. Zonder dit lijfelijke contact, waarbij de patiënt in groot vertrouwen de geheimen van zijn lichaam prijs geeft aan de arts, zou de medicus nooit een zo vooraanstaande plaats hebben gekregen in de waardering ten aanzien van zijn maatschappelijke functie (*Van den Berg*). Zonder dit lichamelijke onderzoek zou de arts nimmer een zo gemakkelijke toegang hebben gekregen tot de meest intieme bijzonderheden van een mensenleven.

In dit verband moge vergelijkenderwijs worden gewezen op de belangrijke invloed welke een masseur kan hebben op vooraanstaande personen die lange tijd bij hem „onder handen” zijn; verder op de diepe betekenis van de titel „lijfarts” en op de afkeer welke vooraanstaande personen, soms zelf medici, aan de dag leggen om zich onder behandeling van een arts te stellen. Vele psychiaters kennen het hier gesignaleerde verschijnsel maar al te goed en zij beginnen dan ook hun behandeling met een lichamenlijk onderzoek. Maken de huisartsen wel voldoende gebruik van dit unieke contactmiddel? Zou het verwaarlozen door de huisarts van het somatische onderzoek niet een belangrijke oorzaak kunnen zijn van de teruggang in de waardering voor zijn functie? In elk geval kan worden gesteld dat de huisarts, die niet voldoende tijd maakt voor het lichamenlijk onderzoek van zijn patiënten, groot gevaar loopt af te glijden tot het niveau van een amateur-psychotherapeut, een ondeskundig maatschappelijke werker, een onwaarsachtige gezinstherapeut. Hij zal niet in staat zijn om maar een van de andere elf deeltaken met succes te vervullen.

Deze „cri de coeur” moge hier worden geslaakt, omdat er in de hedendaagse vakliteratuur een duidelijke tendens merkbaar is om de huisarts diverse neventaken op te dragen. Bijzonder verontrust ben ik door de pogingen om de huisarts te „verheffen” tot gezinsarts en dat niet in de oude vertrouwde betekenis van dit woord: de arts die zijn continue zorg geeft aan een bepaald gezin, maar als de therapeut van gestoorde gezinsrelaties. Deze benoeming tot gezinsarts zou verwachtingen kunnen wekken, welke de huisarts nooit kan waar maken want, als gezinsarts pur sang - dus als een op het gezin gespecialiseerde sociaal-geneeskundige - moet hij noodzakelijkerwijze, zodra het gezinsbelang duidelijk voorop staat, een gedeelte van het vertrouwen van het individu inboeten.

In onze Balint-groep hebben wij de spanningen die kunnen ontstaan tussen de huisarts als „family-doctor” en de huisarts als „personal-physician” eens toegespitst op een bekend praktijkgeval: de zeer jeugdige dochter van gerenommeerde ouders die om „de pil” komt vragen. Een emotionele discussie leidde uiteindelijk toch tot de conclusie, dat ook dit zeer jeugdige meisje recht had op een zuiver persoonlijke behandeling van haar moeilijkheden. Het is eenvoudig ondenkbaar dat een gezinsarts in deze of dergelijke situaties, de gezinsleden zou mogen informeren over de gevaren die het gezin door het gedrag van een hunner bedreigen.

De moeilijkheden met het beroepsgeheim en het persoonlijke vertrouwen worden legio indien wij ons primair als gezinsarts zouden opstellen. De mogelijkheden van een „family-therapy” door huisartsen bedreven, lijken mij dan ook niet groot.

In dit verband moet ik misschien tot mijn schande bekennen de grootste moeite te hebben een gesprek tussen huwelijkspartners over hun gestrande verhouding te verheffen boven het peil van „nietes-

welles”. Waarschijnlijk komt dit eensdeels door een onvoldoende training in deze gesprekstechniek, maar anderdeels is zulks ongetwijfeld een gevolg van mijn behoefte aan een veel diepergaand contact dat alleen in een persoonlijk gesprek kan worden bereikt. Doorbordurend op dit thema: ik ben zelfs bereid te accepteren, als een uiterste consequentie van mijn „individualistisch” uitgangspunt, dat verschillende leden uit een gezin een andere huisarts kiezen, hoezeer dit ook om praktische redenen ongewenst is!

Samenvattend kan naar mijn mening over de taak en plaats van de huisarts in de gezondheidszorg worden gesteld dat, zonder het somatische onderzoek en zonder het daaruit voortvloeiende zeer persoonlijke contact tussen arts en patiënt, alle andere taken voor de huisarts zinloos worden, omdat de porte d'entree, de basis voor zijn werk ontbreekt.

Door het inzicht in het individualistische van zijn uitgangspunt bij de benadering van zijn patiënten, zal de huisarts zich ook bescheidener kunnen opstellen bij het geven van, aan hem zo vaak gevraagde, adviezen in problemen van huwelijk en gezin, van arbeid en maatschappij. Voorzichtiger zal hij tezamen met zijn patiënt diens levensmilieu verkennen om daardoor een beter inzicht te verkrijgen in de totaliteit van de mens die hem zijn vertrouwen schenkt. Bewust van zijn beperkte kennis in de relatie-problematiek, zal hij veel eerder geneigd zijn op dit terrein samen te werken met werkelijk deskundigen door middel van goed voorbereide verwijzingen of, zo dit op onoverkomelijke moeilijkheden stuit, door middel van „onderhandse” anonieme consultaties. Het goed luisteren naar de patiënt en het attent signaleren van zijn problematiek is voor de huisarts een veel belangrijker taak dan het op eigen kracht „behandelen” van al diens moeilijkheden.

Welzijnszorg. Naast en als het ware over de gezondheidszorg heen, waarin de huisarts nog steeds een onmisbare schakel vormt, groeit langzaam maar zeker de totale welzijnszorg. Wat met dit moderne woord wordt bedoeld, lijkt op het eerste gezicht wel duidelijk, namelijk het totaal aan voorzieningen dat het welzijn van de mens kan bevorderen. Indien gezondheid conform de omschrijving van de World Health Organization (W.H.O.) betekent „Een toestand van volledig lichamenlijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebreken”, dan zouden de begrippen gezondheidszorg en welzijnszorg elkander volledig dekken. Hiervan zou de consequentie zijn dat de medische discipline het alleenvertoningsrecht kreeg in de welzijnszorg, zodat de medici met recht „the gods in white coats” zouden kunnen worden genoemd.

Bescheidenheid en werkelijkheidszin gebieden ons te erkennen, dat de welzijnszorg als boven omschreven, niet uitsluitend een medische aangelegenheid is, maar dat deze multidisciplinair van

structuur is. Volgens *De Moor* is de welzijnszorg veelal primair een functie van de plaatselijke gemeenschap; zij moet dus zo dicht mogelijk bij de mens worden gesitueerd. In vele plaatselijke gemeenschappen wordt op het ogenblik de organisatie van deze welzijnszorg bestudeerd; men streeft naar de vorming van een „welzijnsorgaan”, „waarin alle krachten, die kunnen bijdragen tot een betere ontplooiing van de burger op cultureel, maatschappelijk en recreatief terrein gebundeld worden”, zo staat het in het rapport van de Adviescommissie Welzijnsorgaan ingesteld door B. en W. van 's-Gravenhage onder leiding van *Hendriks*. B. en W. vragen hier „een advies ter voorbereiding van een evenwichtig beleid ten aanzien van het maatschappelijk welzijn van de mens binnen het gemeentelijk territorium”.

Hoewel deze Adviescommissie van oordeel is, dat het begrip welzijn betrekking heeft op een totaal menselijk gegeven, meent zij dat, om praktische redenen, het welzijnsorgaan zich moet beperken tot het bundelen van activiteiten op het culturele, maatschappelijke en recreatieve vlak. De lichamelijke gezondheidszorg en het onderwijs worden bewust buiten beschouwing gelaten, omdat deze sectoren van zorg reeds tot in details bij de wet zijn geregeld en omdat de verantwoordelijkheden op deze terreinen zijn vastgelegd. De belangrijkste functie van dit welzijnsorgaan zal zijn: Het door gemeentebestuur en particulier initiatief gezamenlijk voorbereiden van het beleid ten aanzien van culturele, maatschappelijke en recreatieve voorzieningen, alsook het gezamenlijk uitvoeren en begeleiden hiervan. Het welzijnsorgaan zal zijn doel trachten te bereiken door onderzoek, overleg en advies en door het bevorderen van de zelfwerkzaamheid der burgerij.

Het lijkt erop dat de huisarts min of meer komt los te staan van deze welzijnszorg. In de eerste plaats omdat de huisarts veilig is ingekapseld in zijn eigen institutie, de gezondheidszorg; in de tweede plaats omdat de huisarts primair de zorg heeft voor het individu, terwijl de welzijnszorg duidelijk op de bres staat voor het belang van de groep, de collectiviteit. Welzijnsverzorgers en huisartsen hebben echter een gezamenlijk arbeidsveld in het gezin en in de wijk. Als individueel werker zal de huisarts niet in staat zijn om alle noodzakelijke contacten met de andere disciplines te onderhouden. *Huygen* noemt de huisarts de ideale leider van het „home-team”. Mijns inziens kan dit alleen gelden voor de huisarts in het „home-team” van de zuiver medische gezondheidszorg: huisarts, wijkverpleegster, fysiotherapeut, vroedvrouw, kraamverzorgster en de medische specialisten. In het „home-team” in bredere zin, uitgebreid met de andere disciplines van de welzijnszorg, is naar mijn mening het leiderschap van de huisarts zeer dubieus; hij zal hier hooguit een „hoeksteenpositie” kunnen innemen, als goed teamlid overtuigd van de waardevolle, andersgerichte inbreng van de overige teamleden. *Huygen* noemt in zijn „Quo

Vadis”-artikelen van 1959 de maatschappelijke werker en de pastor nog als leden van het „home-team” in de gezondheidszorg; *Vroege* stelt in zijn rapport van de Woudschotenconferentie de samenstelling van het „home-team” al genuanceerder aan de orde. Hij schrijft over de behandeling van probleempatiënten en probleemgezinnen „Een gecoördineerde benadering door een team van specialisten biedt hier betere perspectieven. Wel is het zeker dat de huisarts in dit team een belangrijke coördinerende functie te vervullen krijgt als medisch adviseur. Of hij ook de leider van dit team moet zijn, is nog een open vraag.”

Mijns inziens moeten er dus duidelijk twee soorten „home-teams” worden onderscheiden, namelijk het team van de gezondheidszorg aan huis: medisch-unidisciplinair, met de huisarts als mogelijke leider, en het team voor de welzijnszorg aan huis: multidisciplinair, met de huisarts als medisch adviseur en vertegenwoordiger van het medische „home-team”. In dit welzijnszorgteam kan pas werkelijk van samenwerken worden gesproken. De huisarts kan hier wel ad hoc optreden als coördinator, maar naar mijn mening moet de coördinatie in het algemeen eerder worden toevertrouwd aan de individuele wijkmaatschappelijkwerker als de relatie-specialist bij uitstek. Het interesseren van het welzijnsteam voor effectieve hulp en het stimuleren daartoe in een bepaald geval van menselijke nood, moet van ieder van de teamleden kunnen uitgaan. Niet alleen de huisarts dient het noodgeval te signaleren, maar ook de maatschappelijk werker, ook de pastor, ook de gezinsverzorgster, ook de sociaal-psychiater en evenzo de leden van de bureaus voor medische pedagogiek en gezins- of huwelijksmoeilijkheden. Al deze werkers in de welzijnszorg moeten gezamenlijk een „huispraktijk” uitoefenen om de mens in nood maximaal profijt van hun gebundelde kennis te bieden. De mogelijkheden van samenwerking in de frontlijn worden dan pas optimaal benut.

Om de huisarts uit zijn isolement ten opzichte van de welzijnszorg te verlossen, wordt wel voorgesteld om een maatschappelijk werker op te nemen in een groepspraktijk van huisartsen. Hieraan kleven grote bezwaren (*Klooster*). Het inbouwen van het maatschappelijke werk in een medische praktijk doet onvoldoende recht weidervaren aan de zeer eigen inbreng van deze discipline, eigen zowel wat betreft de soort patiënten/cliënten met hun specifieke problematiek, alsook ten aanzien van de methodes van begeleiden. De „brugfunctie” van de maatschappelijke werker, het bevorderen van de relatie tussen cliënt en maatschappij, zou onvoldoende uit de verf komen. In de zuiver medische „setting” van de huisartsengroep zou de maatschappelijk werker te veel kunnen worden gebonden in zijn service-taak, terwijl hij voor zijn coördinerende en sociaal-pedagogische mogelijkheden onvoldoende ruimte zou kunnen vinden. De maatschappelijk werker heeft bovendien steun en supervisie nodig vanuit een eigen team, vanuit

een eigen institutie. *Vlamings* is de mening toegedaan dat alleen een zeer nauwe samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker voor beiden tot verdieping van inzicht in de situatie van de patiënten kan leiden, maar dat hiertoe de verhouding werkgever-werknemer niet de beste kansen biedt.

Het heeft geen zin hier verder in te gaan op de methoden tot verbetering van het contact tussen de individueel werkende huisarts en de maatschappelijk werker, zoals door middel van schriftelijke rapportage vice versa en herhaalde mondelinge besprekingen. In dit artikel wordt immers niet speciaal gepleit voor een nauwe samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker, hoe belangrijk deze ook mag zijn, maar voor een intensivering van het contact tussen huisarts en alle andere werkers in de welzijnszorg. Dit laatste is naar mijn mening voor de alleenwerkende huisarts een onmogelijke opgave. Aangezien de welzijnszorg sterk is geïnstitutioneerd en in de praktijk steeds meer werkt met uni- en multidisciplinaire teams, kan de huisarts maar op een wijze doeltreffend antwoord geven op deze vraag van de maatschappij naar meer contact en wel door zichzelf met gelijkgestemde collega's te verenigen in een groepspraktijk.

Groepspraktijk. Men zou kunnen stellen dat een dergelijke praktijk een institutie is met het doel de relatieproblemen van de huisarts zelf op te lossen (*Scott*). In de brochure „Groepspraktijken” door het Nederlands Huisartsen-Instituut (N.H.I.) uitgegeven in 1967, worden alle voor- en nadelen van de groepspraktijk helder uiteengezet. Voor onze doelstelling is het nuttig om kennis te nemen van wat hier wordt gezegd over de samenwerking met andere zorgverlenende instanties: „De mogelijkheid tot samenwerking met vertegenwoordigers van andere zorgverlenende instanties neemt toe. Van de zijde van de huisartsen wordt contact gezocht met organen van institutionele zorgverleners. Anderzijds zoeken de kruisorganisaties, organisaties voor het maatschappelijk werk alsook de meer specifieke organisaties als het M.O.B., de S.P.D. e.a. naar mogelijkheden tot intensiever contact met de huisartsen. De eerste samenwerkingsexperimenten zijn in uitvoering of reeds afgesloten. De grote moeilijkheid bij al deze samenwerkingsvormen is, dat organen van institutionele zorgverlening moeten samenwerken met individuele artsen. Dit maakt het voor deze organen te riskant de huisarts en mét hem zijn deskundigheid te betrekken in hun werkopzet. De groepspraktijk biedt echter meer waarborg voor de continuïteit. Contact kan nu gezocht worden met de groep als geheel. Ook zal de bereidheid tot samenwerking met de zorgverlenende instanties groter zijn bij in een groepspraktijk samenwerkende artsen. Samenwerking met collega's kan bij de arts een attitude-wijziging met zich brengen t.a.v. samenwerking in het algemeen. Aan samenwerking

met anderen was immers de huisarts nauwelijks gewend.”

Het grootste verwijt dat men tot de huisartsen die streven naar groepsvorming kan richten is wel, dat zij dit zouden doen om hun eigen hobbies op medisch gebied uit te leven in een soort subspecialisme. Vooral in de grote medische centra lijkt mij dit verwijt op zijn plaats. Bij een goede spreiding van het medische specialisme over het gehele land is de behoefte aan een medische subspecialisatie van de huisarts uiterst gering. Men zou zelfs met *Scott* kunnen stellen, dat de behoefte aan beoefenaars van de algemene praktijk zal groeien met het toenemen van de medische specialisatie. *Van Es* vat de problemen rond de (sub)specialisatie van de huisarts tezamen in de zin: „Huisarts zijn is geen specialisme, het is een wijze van functioneren”. Wel is er een dringende behoefte aan een zekere specialisatie in de huisartsengroep naar de maatschappelijke terreinen waarmee de groep duidelijke raakvlakken heeft. Wij zouden ons kunnen voorstellen dat de leden van een huisartsteam zich, ieder naar aard en aanleg, zouden richten op het verwerven van kennis over de mogelijkheden van de andere disciplines in de welzijnszorg en op het onderhouden van de noodzakelijke contacten met de niet-medische specialistenteams.

Uitgaande van de twaalf deeltaken opgesteld tijdens de Woudschoten-conferentie zie ik als een van de praktische consequenties van dit alles, dat de leden van een huisartsengroep streven naar een duidelijke verdeling van taken over het maatschappelijke veld. In vaste teambesprekingen kunnen de leden verslag uitbrengen over hun nieuw verworven kennis om daardoor de groep als groep maatschappelijk functioneel te maken. Aan een poging tot het opstellen van een dergelijke taakverdeling inzake de medische, de organisatorische en de maatschappelijke functies van de huisartsengroep, zal ik mij niet wagen; dit is een dermate complexe materie, dat de insiders van het N.H.I. hierin zouden moeten worden geadviseerd door specialisten van andere disciplines in de welzijnszorg.

Berg, J. H. van den. Het menselijk lichaam. G. F. Callenbach n.v., Nijkerk, 1959.

Buma, J. T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneskunde, Leiden, 1959.

Es, J. C. van. Het moderne gewaad van de huisarts. Van Gorcum, Assen, 1967.

Hendriks, G. Rapport van de adviescommissie welzijnsorgaan. 's-Gravenhage, 15 november, 1967.

Huygen, F. J. A. (1958-1959) huisarts en wetenschap 2, 187.

— (1959-1960) huisarts en wetenschap 3, 12 en 54.

— (1959-1960) huisarts en wetenschap 3, 135.

Klompé, M. A. M. (1961) huisarts en wetenschap 4, 272.

Klooster, C. F. M. (1966) Maatschappelijk welzijn 18, 106.

Moor, R. A. de. (1966) Maatschappelijk welzijn 18, 203

N.H. Ideeën. No. 1. Voorlichtingsrapport inzake groepspraktijken. N.H.I., Utrecht, 1967.

Scott, R. (1965) Practitioner 194, 137.

Vlamings, H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Academisch Proefschrift, Nijmegen, 1967.

Vroege, N. H. (1966) huisarts en wetenschap 9, 372.