

Thans bezoekt Hanny de huishoudschool, is lid van een gymnastiek- en van een zangvereniging, bezoekt de catechisatie, heeft een fiets en leert zwemmen. Eenmaal in de twee of drie weken komt ze al één op mijn spreekuur om verslag uit te brengen.

Ook over de enuresis praten we dan samen, en ze is nu elf of twaalf van de veertien nachten droog.

Enkele beschouwingen over groepspraktijken*

DOOR DR J. T. BUMA

In Engeland hoorde ik iemand zeggen: „De huisarts is de ruggegraat van de gezondheidszorg. Iedereen zit er op”. Hiermede is de status van de huisarts mijns inziens niet onverdienstelijk gekarakteriseerd. Inmiddels is de geboorte van het Nederlands Huisartsen Genootschap te beschouwen als een aanwijzing, dat de huisarts ten onzent niet langer geneogen neemt met de hem door de omstandigheden verleende status.

Bij het bestuderen van mogelijkheden de status van de huisarts te verbeteren zal zeker ook aandacht moeten worden gegeven aan de organisatie en de efficiency van de praktijkvoering. Dankbaar heb ik, die mij op dit gebied geenszins een autoriteit waan, de gelegenheid aangegrepen, in Engeland een aantal verschillend georganiseerde praktijken, waaronder enkele groepspraktijken, te bezoeken. Daar deed ik hetzelfde als tevoren in ons land in verband met het situatie-onderzoek bij een aantal huisartsen, namelijk gedurende een etmaal of soms langer de betrokken huisartsen volgen op hun schreden, daarbij hun ervaringen besprekende (*Buma*).

Daar het mij voorkomt, dat men weinig gediend zal zijn met een journalistiek verslag van mijn belevenissen tijdens die bezoeken, wil ik liever trachten, op de basis van mijn uit de aard der zaak beperkte ervaringen, enkele principes te bespreken, die bij de groepsgewijze praktijkvoering in het geding komen. Ik deed nog een poging mijn kennis wat te verruimen aan de hand van literatuur over dit onderwerp, maar eigenlijk tevergeefs. Afgezien van enkele artikelen van *Wibaut* over een Amerikaanse groepspraktijk en een verslag van *Bekius* van een reis, die vergelijkbaar is met de mijne, afgezien verder van enkele beschouwingen van Engelse artsen over hun ervaringen met groepsgewijs werken (zie hiervoor *Bekius*), is er over deze materie en zeker over de meer fundamentele aspecten ervan weinig geschreven. *Taylor* maakt in zijn boek een aantal opmerkingen over de groepspraktijk.

In Frankrijk, onder andere in Sablé sur Sarthe, loopt sinds de oorlog een experiment. Een groep artsen werkt daar samen met beschikking over bepaalde

* Naar een inleiding, gehouden voor het centrum Amsterdam van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De bedoeling van deze mededeling is te wijzen op het grote nut van een goed contact tussen de huisarts en de paramedische instanties, die werkzaam zijn op het gebied van de volksgezondheid. Een goed contact, maar ook een gedegen kennis van al datgene, wat deze instanties onze patiënten op de weg naar hun herstel kunnen bieden, is van onschatbare waarde voor iedere huisarts.

centrale voorzieningen (*Douriez, Noir*). En dan is er niet te vergeten ons Nederlandse experiment, zij het onder wat atypische verhoudingen bij Philips. In Amerika kent men teams van huisartsen met specialisten eromheen gegroepeerd (bijvoorbeeld het Montefiori Hospital). Wegens de onuitvoerbaarheid hiervan onder onze medisch ethische verhoudingen blijven ze hier onbesproken.

Eerst iets over de Engelse toestanden. Daar had sinds de oorlog een ontwikkeling plaats, die in ons land in het geheel niet of ten hoogste in rudimentaire vorm bestaat. Op het ogenblik werkt tweederde van alle huisartsen hetzij in „partnerships”, hetzij in groepspraktijken. Slechts eenderde van de huisartsen werkt nog alleen; tien jaar geleden was dit nog de helft!

Naast circa 22.000 „principals” werken in de algemene praxis ongeveer 1500 assistenten, met andere woorden huisartsen in opleiding, onder leiding van gevestigde huisartsen. Naast talloze „partnerships” functioneren plusminus 200 groepspraktijken. Het instituut van het assistentschap bij de huisarts vindt in Engeland een veel groter en veel consequenter toepassing dan bij ons en wel op grond van de volgende overwegingen:

- 1 Jonge, pas opgeleide artsen krijgen de gelegenheid onder verantwoordelijkheid van een ervaren huisarts de essentialia van het huisartsenvak te leren kennen voor zij zich vestigen en zelf de totale verantwoordelijkheid voor de patiënt krijgen te dragen.
- 2 Artsen, van wie de praktijken te groot worden, hebben gelegenheid kennis te maken met een eventuele toekomstige partner door middel van een assistentschap voordat zij definitieve beslissingen nemen. In de groepspraktijk is deze procedure overal gebruikelijk.
- 3 De groei van praktijken laat zich vaak niet voorspellen. Een assistent kan worden gefinancierd tot het moment waarop men tot een „partnership” kan overgaan.

Over de overwegingen van onze Engelse collegae op dit punt heeft *Cardew* beschouwingen gegeven. Het is een voordeel, dat de arts, die met een as-

sistent werkt, uit zijn isolement wordt gehaald en genoopt is tegenover zichzelf en zijn leerling, veel meer dan bij alleen werken mogelijk is, hardop te denken en zijn overwegingen te formuleren. Hij zal minder „ruggemergswerk” doen en zichzelf en zijn partner of assistent meer bewust verantwoording afleggen over zijn werk. Tenslotte acht ik een belangrijk punt, dat de individuele kennis en ervaring van de huisarts wordt overgedragen aan een jongere generatie en zodoende collectief bezit wordt. De National Health Act heeft ten opzichte van dit punt het hiaat, dat permanente assistentschappen mogelijk zijn. Hier en daar leidt dit daar, waar een „partnership” al lang mogelijk zou zijn, tot ongewenst langdurige continueringen van assistentschappen.

Bepaald zeer geavanceerd, vergeleken bij ons, is de betaling van £ 885 per jaar aan de assistent door het ministerie van Volksgezondheid! Het is duidelijk, dat dit de ontwikkeling in de richting van een gerichte naopleiding maar ook van samenwerking zeer in de hand werkt. De assistent kan de taak van een oudere opleidende arts veel verlichten, terwijl hij niet of weinig op diens budget drukt. Elk jaar worden aldus ongeveer 350 jonge artsen opgeleid in de grondbeginselen van de algemene praktijk. In Engeland doet men dus welbewust pogingen de standaard van het werk van de „general practitioner” te verhogen door

- a zijn specifieke opleiding in de hand te werken;
- b de praktijken geleidelijk aan te verkleinen; men ziet in het verschieft een toegestaan maximum van 2500 zielen en een gemiddelde van 1500;
- c de artsen uit hun isolement te halen door het werken in groeps- of associatief verband mogelijk te maken en te stimuleren, onder andere door middel van betaalde assistentschappen.

Met deze opmerkingen vooraf is ons onderwerp in een wat ruimer kader gezet.

In Engeland is een ontwikkeling aan de gang, die door ons veel intensiever en veel systematischer moet worden bestudeerd dan tot nu toe is geschied. Ik wil trachten enkele mijns inziens essentiële aspecten van deze ontwikkelingsgang te bespreken en daartoe de volgende vragen te behandelen:

- a Welke zijn de gevolgen van het werken in de algemene praxis in associatief of groepsverband voor de efficiency, de kwaliteit en het niveau van het werk van de huisarts?
- b In hoeverre raakt het de essentialia van het huisartsenwerk, zoals wij dat idealiter zouden willen zien beoefend?

Wij moeten deze beide vragen gescheiden bespreken, want zelfs wanneer waarschijnlijk kan worden gemaakt, dat het groepsgewijs praktijk doen een hogere efficiency en een beter niveau van praktijkvoering met zich brengt, zou deze winst dubieus worden wanneer grondprincipes in het gedrang komen.

Eerst kort de vraag: waar spreken we over? De ter-

men groep, team en andere verwante zijn voor de gemiddelde Nederlandse huisarts slechts klanken zonder noemenswaardig praktische of ervaringsinhoud. Het is dus nodig deze termen eerst wat nader te omschrijven en om lange beschouwingen te ontgaan moge ik volstaan met een algemene karakteristiek.

Het essentiële van de *groep*, in ons geval van de groepspraktijk, ligt in het behouden van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen patiënt. In een groep blijft de persoonlijke arts-patiënt relatie, welke de vorm van samenwerking tussen de artsen van de groep onderling ook mag zijn, behouden. Dit in tegenstelling tot het *team*, waarin men collectief verantwoordelijk is voor bepaalde verrichtingen, bijvoorbeeld bij een operatie, aan het Medisch Opvoedkundig Bureau en andere. In Engeland dan is, vooral sinds de laatste oorlog, de groepsgewijze praktijkvoering algemeen gebruikelijk geworden. Ik bezocht een aantal van deze groepspraktijken. De organisatorische essentie is hierin gelegen, dat een aantal huisartsen, meestal drie tot zes, buitenshuis een gecombineerde praktijkruimte ter beschikking heeft, met een aantal collectieve voorzieningen — receptie, secretariaat, laboratorium, bibliotheek, maatschappelijk werkster, praktijkzuster, tot in een geval zelfs een benzinepomp toe — terwijl ieder zijn eigen patiënten houdt en daarvoor ten volle verantwoordelijk blijft. Hoe ver de belangengemeenschap kan gaan moge blijken uit het feit, dat men het zelfs niet vreemd vindt zijn inkomsten te „poolen” en door eenvoudigweg de totaalinkomsten, verminderd met de totaalonkosten, te delen door het aantal partners, nadat eerst het salaris van de ter collectieve beschikking staande assistent is betaald. Elders vond een verdeling van baten en lasten plaats naar rato van het aantal ingeschreven patiënten.

De artsen, die ik vroeg naar hun ervaringen, waren zonder voorbehoud enthousiast over de nieuwe wijze van praktijk voeren. Niemand wilde naar de oude toestand van het éénmansbedrijf terug! Maar thans terugkerende tot de twee gestelde kernvragen, de eerste was die betreffende de gevolgen, welke groepsgewijze praktijkvoering heeft voor de efficiency en de kwaliteit van het werk van de arts. Eerst de invloed op het medische werk zelf. Ik koos hier als uitgangspunt de twaalf deeltaken, zoals die in Woudschoten werden geformuleerd en door *Huygen* nader toegelicht.

1 *Eerste hulp bij acute zaken*, ongelukken, acute decompensaties, psychische traumata enz. Acute stoornissen en ongevallen interfereren op een voor de huisarts onaangename wijze met zijn dagindeling. Het is bekend dat deze taak van de huisarts, vooral in de grote steden, steeds meer door de overheid wordt overgenomen. De oorzaken hiervoor zijn complex, maar een ervan is zeker, dat de gemiddelde huisarts gedurende een belangrijk deel van de dag onbereikbaar is. Daarnaast bestaat er bij velen een duidelijk negatieve instelling tegen inbreuken

op het werkschema. Dit punt zou, naar mijn mening, in een groepspraktijk beter te verzorgen zijn dan door de alleenwerkende arts. In het praktijkgebouw is de hele dag een receptionist aanwezig; een verbandkamer en de verdere eerste hulpingrediënten zijn present — als bij de bedrijfsgeneeskundige diensten — terwijl de artsen bij toerbeurt kunnen zorgen onmiddellijk bereikbaar te zijn. Vooral in de grote stad zal de huisarts moeten uitmaken of hij dit punt al of niet aan zich wil houden. De groepspraktijk zou het hem, meen ik, gemakkelijker maken dit deel van zijn taakgebied, ook in de grote stad, in eigen hand te houden.

2 *Somatisch onderzoek.* Het is, meen ik, wel zonder meer duidelijk, dat een „pooling” van de apparatuur door een combinatie van artsen op zichzelf reeds mogelijkheden biedt voor een onderzoekapparatuur, welke de individuele arts nooit rendabel kan maken. Wanneer bovendien, zoals hier en daar (in het Franse experiment en bij Philips bijvoorbeeld), iedere arts van de groep, die daarvoor voelt, op één bepaald technisch of „specialistisch” onderdeel wat deskundiger is dan de gemiddelde arts, kan door een veel intensiever onderzoek door de huisartsen zelf veel besparing worden bereikt op de verwijzingen naar specialisten (laboratoriumonderzoek, doorlichting, röntgenfotografie van botletsels en elektrocardiografie, om er maar enkele te noemen). De mogelijkheden, maar ook de efficiency op het terrein van lichamelijk onderzoek zijn in groepspraktijk groter dan in de individueel gedreven praxis.

3 *Psychisch en milieu-onderzoek.* Dit terrein, dat een meer systematisch vakkundige beoefening vraagt door de huisarts dan de tot nu toe in hoofdzaak intuïtieve benadering, lijkt ook in de groepspraktijk beter tot ontwikkeling te kunnen komen, al ware het slechts omdat hier gezamenlijk een maatschappelijk werkster geheel of „part-time” kan worden gefinancierd. Zij kan de tijdrovende en vakmanschap eisende gezins- en persoonlijke anamneses in de probleemgevallen verzorgen. Bovendien kan zij een deel van de contacten onderhouden en uitbreiden met de vele sociale instanties, die bemoeienis hebben met het Nederlandse gezin. Bij goede terugrapportering aan de huisarts kan deze veel meer informatie krijgen over de psychosociale problematiek van zijn patiënten dan bij alleen werken. Een experiment, in de zin van het toevoegen van een maatschappelijk werkster aan één of enkele geïnteresseerde huisartsen is, naar mijn mening, te onzent een dringende noodzakelijkheid. Ook hier zie ik winst door groepsgewijze praktijkvoering. In Engeland is het reeds zeer gewoon een maatschappelijk werkster (almoner) aan te treffen in het diagnostische en therapeutische team. Sommige teams van ongeveer zes artsen hadden aan een maatschappelijk werkster niet genoeg! Ik had de indruk dat de samenwerking met de lokale autoriteiten veel intensiever werd, dank zij de aanwezigheid van de maatschappelijk werkster.

4 *Registratie en beheer van de medische gegevens.* Dit is een stuk arbeid, dat om een niet-academische kracht vraagt. Door hiervoor een gezamenlijke secretaresse-receptioniste aan te trekken zijn niet alleen de artsen in hoofdzaak ontslagen van deze taak, bovendien kan in geval van vakantie, ziekte of waarneming, de registratie van de ziektegeschiedenissen ongestoord doorgaan, terwijl de waarnemer-teamgenoot goede toegang heeft tot de beschikbare gegevens over de onder behandeling zijnde patiënten. In de eenmanspraktijk worden deze gegevens volgens mijn ervaring zelden door anderen geconsulteerd en staat de registratie tijdens de waarneming veelal stop. De continuïteit en de volledigheid en de nauwkeurigheid en de zorg voor de patiënt zijn met een centrale registratie gelijkelijk gediend. Wetenschappelijk werk vanuit de praktijk wordt veel gemakkelijker bij een consequente registratie der gegevens. Vraagstukken uit de „doolhof van het beroepsgeheim”, waarin *Hasewinkel-Suringa* ons de weg tracht te wijzen, komen hier wel aan de orde, maar niet in principiële zin dan bijvoorbeeld in het ziekenhuis.

5 Nauw leunt het volgende punt, de *differentiatie van de patiëntenstroom* en de behandeling van een aantal mensen op afgesproken tijden, tegen het vorige aan. De secretaresse of receptioniste, die verantwoordelijk is voor de registratie van de gegevens, kan ook de afspraaksprekuren en in het algemeen de dagindeling van de arts mede bewaken; hierdoor kan een egalisatie in het werkschema door verschuiving van afspraken naar rustige dagen een rustiger, gelijkmatiger bestaan voor de arts worden bereikt, terwijl er door de patiënten minder hoeft te worden gewacht. In de eenmanspraktijk kan vanzelfsprekend de praktijkhulp in deze zin een rol spelen, maar haar taak is daarin vaak te gespreid om hier grote invloed te kunnen uitoefenen. Een zekere differentie in de taken van de hulpkrachten kan bij goede leiding een beter niveau garanderen.

6 *Behandeling.* Wanneer men de behandeling van de patiënt ruimer wil zien dan alleen de strikt medische, en er ook de psychosociale aspecten van de probleempatiënten onder wil verstaan, biedt de groepspraktijk, met zijn uitgebreidere voorzieningen dan die van de individuele praxis, beslist veel ruimer mogelijkheden. (Zie punt 3 en de slotopmerking onder punt 5). Dit bleek mij onder andere in de onderwijspraktijk van Scott, waar niet alleen een groep artsen ieder zijn eigen patiënten behandelde, maar waar bovendien iedere ochtend teambesprekingen plaats hadden door de gehele medische benevens paramedische staf over de daar veelvuldig voorkomende probleemgezinnen. Door de vele en goede contacten van de maatschappelijk werkster kon veel sociaal revalidatiewerk worden gedaan (punten 8 en 9).

Mijn ervaringen, opgedaan in vele gesprekken met Engelse artsen en in recent onderzoek in ons land leren, dat de zogenaamde neurotici op het ogenblik het grootste *crux medicorum* vormen. De behande-

ling, casu quo revalidatie en heraanpassing van deze aanzienlijke groep, is zeker voorlopig geen taak voor de huisarts alleen. Ik acht het vrijwel onmogelijk dat dit misschien wel belangrijkste taakgebied door de alleenwerkende huisarts onder de heersende omstandigheden ooit voldoende zal kunnen worden verkend. Ik moge hier reeds verwijzen naar een publikatie, handelend over probleemmenschen in de algemene praxis, die binnenkort bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde zal verschijnen.

7 Wanneer men in de groepspraktijk tot een soort specialisatie komt, zoals bij Philips, worden geleidelijk aan de *relaties tot de specialisten* gewijzigd. Niet alleen heeft men de specialist minder vaak nodig, bovendien spreekt men met meer autoriteit wanneer men zelf in eigen kring min of meer specialistische technieken leert beheersen. Overigens is dit een arbitrair punt, de specialisering in de groep is niet essentieel voor de groepspraktijk, maar wel een belangrijke mogelijkheid. Door een breder spectrum van stoornissen en onaangepastheden dan alleen het medisch biologische wat systematischer aan de orde te stellen, blijkt het contact met medische, maar vooral met sociaal medische en andere deskundigen geleidelijk aan zeer te verdiepen en te verbreden. En speciaal wanneer dit systematisch wordt nagestreefd door de huisarts, die zelf de touwtjes in handen wil houden of althans geïnformeerd wil zijn.

8 De vraagstukken zijn niet alleen die van het cureren van acute zaken. We weten allen dat 90 procent hiervan geneest ook zonder of zelfs ondanks ons ingrijpen. Een mogelijk even groot en zeker veel moeilijker taakgebied is de chronische patiënt of invalide te leren leven met een partieel defect en zijn inpassing in andere milieukringen, met medische en sociale middelen. Het grote toekomstvraagstuk van de *revalidatie* in de breedste zin van het woord, dus niet alleen omvattend de lichamelijke gehandicapten, kan naar mijn mening, in de groepspraktijk met een breed spectrum van hulpvoorzieningen sneller worden aangesneden en vakkundiger worden bewerkt dan de alleen werkende arts ooit zal kunnen realiseren.

9 Voor het leiding geven en het in eigen hand houden van de *coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mens* is, meen ik, een apparaat nodig dat de groepspraktijk wel, de individuele praxis nooit zal kunnen garanderen.

10 Wanneer men over een apparaat van enige omvang kan beschikken, secretariaat, receptie, laboratorium, röntgenapparaten, sociaal werkster, verpleegster of praktijkhulp, is een systematisch *preventieprogramma* beter na te streven dan in de individuele praxis. Preventie nam in de Engelse groepen een niet onaanzienlijk deel van de tijd in beslag, hetgeen ook in de bedoeling heeft gelegen van de opsteller van de Health Act. De beschikking over een uitgebreider apparaat dan dat van de huis-

arts alleen maakt een ruimer genomen preventieprogramma mogelijk (periodiek onderzoek e.a.)

11 Hetzelfde geldt voor *gezondheidsopvoeding en -voorlichting*. Wil dit goed geschieden dan is dit een taakgebied, dat ver uitgaat buiten de individuele praktijk. Er is een groter collectief voor nodig gezien de aanzienlijke kosten, verbonden aan het samenstellen en van het drukken van goed voorlichtend materiaal. De medische praktijk is meer het medium voor uitvoering dan voor de ontwikkeling van methoden en het kiezen van de meest geschikte objecten. In Engeland trof ik eens enkele groepspraktijken drukwerken aan die tot dit doel werden verspreid. Dit kan ook door de individuele arts worden gedaan.

12 Mogelijk wel de belangrijkste winst achtten de Engelse collega's gelegen in het twaalfde punt, het *blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming* door de dagelijkse gesprekken tussen de leden van de groep en speciaal door de uitwisseling van eigen ervaringen met moderne inzichten van de jonge assistent. Het doorbreken van het isolement acht ik het belangrijkste aspect van de samenwerking in de groep. De combinatie van training van jonge collega's in de dagelijkse routine en oprissing van academische kennis van ouderen door de pas afgestudeerde assistent lijken van het grootste belang voor beide partijen. Bovendien liggen er mogelijkheden van meer tijdschriften, boeken, referaten, gezamenlijke bespreking van moeilijke gevallen enz., niet te vergeten ook de betere mogelijkheden voor wetenschappelijke bewerking van het eigen materiaal. De huisartsen, die ik sprak, voelden zich zonder uitzondering gestimuleerd door de dagelijkse contacten en meenden, dat dit hun „à niveau” hield.

Afgezien van de meer intrinsieke punten heeft het groepsgevoel nog een aantal gevolgen:

a *Financiën*. Er zijn twee financiële aspecten aan de groepspraktijk, een micro en een macro aspect. Het eerste betreft de financiële efficiency van de praktijk zelf, die zonder twijfel hoger is bij „pooling” van voorzieningen. Engelse artsen achten dit een niet te verwaarlozen aspect. Door gemeenschappelijke voorzieningen waren duidelijke besparingen te bereiken, of men kon bij gelijke uitgaven de beschikking krijgen over een veel betere apparatuur dan in het individuele geval.

Het macro aspect betreft de besparingen die men, door het huisartsenwerk tot hoger niveau op te voeren, kan bereiken op de kostbare poliklinische, klinische en verdere volksgezondheidsapparatuur. Bij de steeds stijgende uitgaven voor de gezondheidszorg moet het mogelijk zijn hiervoor verantwoordelijke instanties te interesseren voor een experiment met een groepspraktijk, gezien alleen al dit „macro”-financieel aspect aan de zaak.

b *Gezinsleven van de arts*. Bij de gebruikelijke wijze van praktijkvoering is niet alleen de huisarts zelf,

maar ook zijn vrouw en kinderen veelal mede in de praktijkpuzzels geïnvolveerd. De praktijk is onder onze verhoudingen niet alleen het beroep van de kostwinner, maar een zaak, die ieder gezinslid min of meer regardeert. Waar een administratieve hulp van de praktijkassistenten aanwezig is, is dit in mindere mate het geval, maar door de telefoon is bijvoorbeeld vrijwel geen maaltijd een privé aangelegenheid van de arts en zijn gezin. Daar, waar de praktijkruimte buitenshuis is ondergebracht en de receptie daar plaatsvindt, verandert het beeld totaal. Ik logeerde in Engeland bij collega's. Er heerste een serene rust. De receptie ving nagenoeg alles op.

c *Huisvesting van de arts.* Weinig huizen zijn geschikt voor huisvesting van de praktijk. Ten hoogste om een begin te maken, maar niet voor in omvang toenemende medische voorzieningen en bij een groeiend gezin. De functies van de praktijk worden mede bepaald door de beschikbare ruimte. Een aparte ruimte voor een assistente en voor hulpkrachten ontbreekt als regel. Bovendien raken patiënten zeer aan het doktershuis gehecht. Verhuizen naar een geschikter huis wordt hierdoor steeds moeilijker. Dit aspect van de problematiek van een ideale praktijkvoering wordt duidelijk anders en eenvoudiger door een voor het doel speciaal gebouwde ruimte in een geschikt gelegen centrum.

d *Intercollegiale verhoudingen.* De ervaringen in Engeland leren, dat uitbreiding van de contacten tussen huisartsen in de groep het aantal intercollegiale moeilijkheden en de spanningen tussen buurcollega's sterk doet afnemen. Het competitievraagstuk smelt er weg en samen daarmee het belangrijkste opstakel op de weg naar ideale intercollegiale verhoudingen.

e Ik kan niet nalaten hier nog eens te wijzen op de grote potentiële betekenis van de groepspraktijk als *centrum voor nascholing B.*

Welke zijn nu de potentiële bezwaren of gevaren aan een groepsgewijze praktijkuitoefening verbonden? Zijn er medisch ethische of andere principes aan te wijzen die in het geding kunnen komen?

Daar, waar de teamidee heerst, dreigt het gevaar dat ieder teamlid partieel verantwoordelijk is voor de gang van zaken en niemand de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor het wel en wee van de patiënt. Deze situatie zien we in ons land slechts in zeer gemitigeerde vorm hier en daar in onderwijsklinieken en in het algemeen daar, waar de huisarts in het therapeutisch team ontbreekt en waar op een gegeven ogenblik een bepaalde specialist zich niet geheel verantwoordelijk durft te achten en anderen in consult haalt. In het buitenland is deze gang van zaken in veel afschrikwekkender vormen beschreven (*Gurney*).

Het is misschien goed hier nogmaals te wijzen op het grote verschil tussen de team- en de groepsidee. In de groepspraktijk blijft iedere arts persoonlijk verantwoordelijk voor zijn patiënten. Aan de eis, die

in Woudschoten werd geformuleerd, dat de huisarts verantwoordelijk is voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor zijn patiënten en hun gezinnen, is in de groepspraktijk dus wat het derde punt betreft, het persoonlijke van de zorg, niet te kortgedaan. De beide andere: continue en integrale zorg kunnen in de groep mijns inziens beter worden nagestreefd dan in de eenmanspraktijk.

Ook de „à-deux” situatie, die menig huisarts essentieel acht in zijn werk, is niet in het geding. Zulks ongeacht de behoefte aan teamsgewijze behandeling van bepaalde probleemgevallen, een behoefte, die naar mijn mening in de nabije toekomst bij het integraal onderzoek van probleempatiënten ook in de eenmanspraktijk voelbaar zal worden.

En hoe staat het met de beroemde „vrijheid” van het medische beroep?

In Engeland zijn bepaalde artsen bang gebruik te maken van door de plaatselijke centra, zoals die bijvoorbeeld in de nieuwe stad Harlow met grote consequentie zijn gebouwd, uit vrees voor controle op hun werk. Ik meen, dat deze vrees irrationeel is. Afgezien, dat ze in strijd is met een der grondslagen van ons beroep, zoals vastgelegd in de twaalf punten van de World Health Organization is dit een kwestie van duidelijke afspraken en bewaking hiervan.

Voorts zal men in ons land zonder twijfel het gevaar van blok- en trustvorming aanwezig achten. Bij een consequent gehandhaafd toegestaan maximum aantal fondspatiënten is dit een onmogelijkheid. In Engeland vreesde men deze moeilijkheid niet.

Ook de vrees voor het minder persoonlijk worden van de verhouding tot de patiënten bestond er niet. Ik zou haast zeggen integendeel. Men achtte het een winst iets zakelijker tegenover zijn patiënten te staan en iets minder in emotionele relaties te worden betrokken.

Al met al was mijn indruk, dat er aanzienlijke winst te behalen is in velerlei opzicht. Principiële bezwaren heb ik niet kunnen ontdekken en ik meen dan ook dat experimenten in ons land dringend aanbeveling verdienen, teneinde ook hier een oordeel te krijgen over de groepsgewijze praktijkvoering onder onze verhoudingen.

Bekius, H. J. (1958) *Medisch Contact* 13, 183.

Buma, J. T. (1959) *Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg.* Uitgave: Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde.

Cardew, B. (1959) *The future of the family doctor.* The Fabian Society. Londen.

Douriez, P. (1956) *Concours méd.* 78, 4989.

Gurney, P. (1958) *Lancet* II, 898.

Hasewinkel-Suringa, D. (1959) *De doolhof van het beroepsgeheim.* Erven F. Bohn n.v. Haarlem.

Huygen, F. J. A. (1959) *huisarts en wetenschap* 2, 187 en 236; idem 3, 12.

Noir, J. (1941) *Concours méd.* 63, 23 februari.

Taylor, S. (1954) *Good general practice.* Oxford University Press. Londen.

Wibaut, F. (1951) *Medisch Contact* 6, 22, 44 en 65.