

een Stichting Schooltandverzorging in oprichting is. Anderzijds trof het uw verslaggever als een inconsequentie dat de immunisaties van zuigelingen, kleuters en schoolkinderen niet tijdens het specifieke spreekuur werden gegeven, maar en masse.

Aparte vermelding verdient dat men in verband met de leefbaarheid — in de Noordoostpolder beet men ook op dit punt het spits af — de dorpen in deze polder groter maakte dan in de Noordoostpolder. Men vindt dan ook vrijwel geen huizen van werknemers langs de wegen. De aanpassing, vooral van de vrouwen, is hierdoor zeer veel gemakkelijker gegaan, wat tot uiting kwam in weinig of geen klachten ten aanzien van de huisvesting.

Dit experiment is buitengewoon belangrijk, niet alleen voor deze polder en de nog te ontginnen polders Westelijk Flevoland en de Markerwaard, maar voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in geheel Nederland. Er bestaat een opmerkelijke paral-

lel tussen de strevingen van de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Flevoland en die van het Nederlands Huisartsen Genootschap (overigens dateren de initiatieven tot instelling van beide uit dezelfde tijd, namelijk 1954).

Het zal geboden zijn tot een nauw contact te geraken, waarbij het Nederlands Huisartsen-Instituut mogelijk een rol kan spelen. Voor de opleiding tot huisarts en voor wetenschappelijk onderzoek bestaan hier uitgelezen voorwaarden. Het is te wensen dat de pioniersgeest, waarvan men zich in dit „nieuwe land” terdege bewust wordt in het contact met de bewoners, mag overwaaien — aan de hier vrijwel voortdurend aanwezige winden zal het niet liggen — naar het „oude land” en bijdragen tot een heroriëntering op het gebied van de gezondheidszorg en de centrale plaats van de huisarts hierin.

Rotterdam, mei 1965

H.

## *Een forum van huisartsen en maatschappelijke werkers\**

DOOR MEVR. J. BEEKMAN-EGGINK\*\*

Ten tweeden male in het bestaan van het N.H.G. maakte het onderwerp huisarts en maatschappelijk werk deel uit van een congresprogramma van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Een eerste verkenning vond plaats tijdens de nascholingscursus te Nijmegen in 1961 (in samenwerking met de R.K. Universiteit en het Dr. Veeger Instituut) door een lezing van mevrouw B. M. van Oort-Wegelin — (1961) huisarts en wetenschap 4, 301 — en door een forum van enkele artsen, een maatschappelijk werkster en een socioloog. Tijdens het 21 november 1964 gehouden congres te Utrecht, hadden vier huisartsen en vier maatschappelijk werksters achter de groene tafel plaats genomen om ervaringen en gedachten uit te wisselen omtrent de experimenten van samenwerking, waarbij zij betrokken zijn geweest of nog steeds betrokken zijn. Nijmegen, Apeldoorn en Amsterdam zijn langzamerhand begrippen geworden. Als men aan de samenwerking van huisartsen en maatschappelijk werkers denkt of er over spreekt, komen deze namen onmiddellijk naar voren. Daarom was het een goede gedachte van de organisatoren van het congres, de projecten van samenwerking in deze drie steden in de openbaarheid te brengen, ook al zijn de publikaties omtrent verloop en resultaten nog niet gereed, en ook al is het project-Amsterdam nog in volle gang.

Wij laten hier een verslag van dit groene tafelgesprek — onder de bekwame leiding van de huisarts Deveer — volgen. Zij die speciale belangstel-

ling hebben voor het onderwerp samenwerking huisarts/maatschappelijk werker, kunnen dan nog eens allerlei gegevens en overwegingen daaromtrent op zich laten inwerken. Het project Nijmegen was vertegenwoordigd door de huisarts H. L. A. Vlamings en de maatschappelijk werkster mejuffrouw M. Verschuere; Apeldoorn door Dr. J. C. van Es en mejuffrouw Brouwer; Amsterdam door K. G. Brühl en mejuffrouw A. van Heusden. De gang van zaken was als volgt: Na een korte inleiding door de voorzitter van het forum volgde een uiteenzetting over doel en werkwijze van de drie experimenten. Daarna brachten de vertegenwoordigers van het Nijmeegse experiment een geval, dat in samenwerking was behandeld. Het derde en laatste gedeelte van het gesprek was gewijd aan een uitwisseling van ervaringen en gedachten.

*Doel en werkwijze.* Het experiment te Nijmegen is eind 1960 op initiatief van Prof. Mertens, hoogleraar in sociale geneeskunde te Nijmegen, gestart met de vorming van een werkgroep die ten doel had door middel van onderzoek na te gaan of en in welke mate nauwe samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker voor de patiënten en hun gezinnen van nut kan zijn. Ten behoeve van dit onderzoek werd door Prof. Mertens voor de tijd van een jaar een maatschappelijk werkster van zijn instituut beschikbaar gesteld. De werkgroep was als volgt samengesteld: Prof. Mertens, mejuffrouw Verschuere, de maatschappelijk werkster van het instituut, drie maatschappelijk werksters afkomstig van andere maatschappelijke instanties, en drie huisartsen. Besloten werd drie huisartspraktijken te ne-

\* Gehouden ter gelegenheid van het negende NHG-congres te Utrecht, 21 november 1964.

\*\* Redactiesecretaris van het Tijdschrift van Maatschappelijk Werk, waarin dit verslag tegelijkertijd zal verschijnen.

men met ongeveer 12.000 zielen, omdat kon worden verwacht dat zich dan gedurende het onderzoekjaar voldoende maatschappelijke problemen zouden voordoen. De gang van zaken was als volgt: gedurende het onderzoekjaar verzamelde de huisarts alle maatschappelijke problemen die hij waarnam of vermoedde; deze bracht hij in het onderzoek. Hieruit werd door de maatschappelijk werkster wekelijks een aantal gevallen aselekt getrokken, die zij in behandeling nam.

In samenwerking met de huisarts volgde, nadat de huisarts de maatschappelijk werkster bij het gezin had geïntroduceerd, de „behandeling”. Deze gevallen noemde men de behandelde groep. De controlegroep, die werd gevormd door die gevallen, die na trekking overbleven, werd door de huisarts behandeld op de manier zoals hij dat vóór het onderzoek gewend was te doen. Het lag in de bedoeling de resultaten van de controlegroep te vergelijken met de resultaten van de behandelde groep. Verder is getracht van alle gevallen het maatschappelijk probleem en de medische situatie in een aantal groepen in te delen. Dit classificeren gebeurde gemeenschappelijk in de werkgroep.

De wijze van behandelen kwam in de werkgroep niet ter sprake, dit werd aan de huisarts en de maatschappelijk werkster zelf overgelaten. Na een half jaar en na een jaar werden alle gevallen, dus zowel de behandelde gevallen als de controle-gevallen in de werkgroep opnieuw besproken, en hier werd de medische en maatschappelijke situatie opnieuw beoordeeld aan de hand van de volgende vragen: Hoe is de situatie van het maatschappelijk probleem, is dit probleem verbeterd, verergerd of hetzelfde gebleven? Hoe is de medische situatie? Zijn veranderingen, die ontstaan zijn gevolg van de werkwijze van huisarts of maatschappelijk werkster? Is het inzicht van de huisarts of de maatschappelijk werkster in het probleem verdiept?

Gedurende het onderzoekjaar zijn 326 gevallen met maatschappelijke problemen door de huisarts ingebracht waarvan door de maatschappelijk werkster 68 werden behandeld. De resultaten van dit onderzoek zijn nog in bewerking en zullen te zijner tijd worden gepubliceerd.

\* \* \*

Door een oriënterend onderzoek dat een der werkgroepen van het N.H.G. in Apeldoorn samen met een sociologisch stagiaire in 1960 had verricht, was de belangstelling gewekt voor de vraag: welke samenhang zou er kunnen bestaan tussen de aanwezigheid van klachten bij een patiënt en de sociale omstandigheden waaronder deze leeft? Gemeend werd dat dit het beste kon worden nagegaan bij die patiënten waar men een dergelijke samenhang sterk kon vermoeden op grond van de aard van het klachtenpatroon. Zo werden in het onderzoek die patiënten betrokken, die hetzij zeer frequent ziek waren, of zeer langdurig ziek zonder dat daarvoor een

duidelijk medische verklaring was te geven. Om tot een analyse van de sociale factoren te komen werd een maatschappelijk werkster aangetrokken, die een goede basisopleiding had genoten, over voldoende ervaring beschikte en bovendien de voortgezette opleiding van maatschappelijk werkers had gevolgd. De Sociale Raad van Apeldoorn bood zijn diensten aan en wilde gaarne als werkgever van deze maatschappelijk werkster fungeren. Het benodigde geld voor dit experiment werd verkregen van drie instanties: Het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het Ministerie van Maatschappelijk Werk en de Gezondheidsorganisatie T.N.O. hebben het onderzoek voor twee jaar gesubsidieerd.

Het werkteam bestond uit vier huisartsen en de maatschappelijk werkster. Naast dit werkteam werd een begeleidingscommissie gevormd onder voorzitterschap van Prof. Hornstra, waarin een aantal deskundigen zitting had. Deze begeleidingscommissie kon fungeren als klankbord en als kritisch orgaan voor het werkteam.

In de loop van 1962 en 1963 werden 110 gevallen ingebracht. Van elk werden de medische gegevens vastgelegd en de sociale status gemaakt. De resultaten werden besproken in de werkgroep, die elke week samenkwam. De nadruk moet er op worden gelegd dat dit wetenschappelijk onderzoek voornamelijk gericht was op de diagnostiek. Er waren wel therapeutische aspecten aan verbonden, maar die kwamen in de tweede plaats.

De resultaten van het onderzoek zouden slechts hypothese-vormend kunnen zijn; bewijzen leveren leek in deze opzet hybridisch en lag niet in de bedoeling. Daarnaast wilde men ook nagaan op welke wijze het samenspel tussen maatschappelijk werker en huisartsen in groepsverband verliep, op welke wijze zij elkaar beïnvloedden en hoe het groepsgebeuren zich voltrok. Dit was dus de opzet van het Apeldoornse experiment.

\* \* \*

Het samenwerkingsproject huisarts/maatschappelijk werker loopt in Amsterdam sedert januari 1963. Hiervoor is subsidie van het Ministerie van Maatschappelijk Werk verkregen voor de tijd van drie jaar; er is nu nog een jaar voor de boeg. Twee huisartsen nemen er aan deel; aan ieder is een maatschappelijk werkster half-time toegevoegd. Deze maatschappelijk werkster wordt ter beschikking gesteld door het Genootschap Zorg en Bijstand, een instelling voor algemeen maatschappelijk werk, van waaruit zij hun werkzaamheden in de huisartsenpraktijk verrichten. Praktijkleiding krijgen zij vanuit deze instelling van het hoofd van maatschappelijk werk. Om het een beetje ingewikkelder te maken: de maatschappelijk werksters zijn stagiaires, studierend aan de Voortgezette Opleiding voor maatschappelijk werkers aan de Sociale Academie te Amsterdam, waar zij zich de overblijvende halve

dag wijden aan hun theoretische studie. In deze theorie is begrepen supervisie vanuit de voortgezette opleiding, welke zich ook uitstrekt tot het praktische werk in de huisartspraktijk.

\* \* \*

Er zijn drie teams in dit project: een werkteam, een intake team en een commissie van begeleiding. De twee artsen, de twee maatschappelijk werksters, een praktijkleidster en een supervisor vormen het werkteam van het project. Dit werkteam komt minstens eenmaal per veertien dagen bijeen om het werk te bespreken, dat de twee „mixed doubles” (huisarts en maatschappelijk werkster) in de praktijk hebben gedaan. Op deze stafbespreking wordt verslag uitgebracht van de vorderingen in diagnostiek en behandeling en worden plannen opgesteld en afspraken gemaakt omtrent verdere stappen, waarbij soms ook het advies van specialisten wordt gevraagd. Los van dit werkteam werkt in het project een zogenaamd intake team. Dit is een selectie-team, dat uit dezelfde personen bestaat als het werkteam, zonder de maatschappelijk werksters (in verband met de opleidingssituatie waarin deze verkeren). Dit intake team komt eveneens eenmaal per veertien dagen bijeen. In dit team brengen de artsen hun probleemgevallen ter sprake en vindt selectie plaats in een categorie, die wel in het project wordt opgenomen en in een categorie, waarbij dit niet gebeurt. Ten aanzien van de patiënten die door het werkteam in behandeling worden genomen, worden in het intake team afspraken gemaakt omtrent de introductie van het geval door de huisarts bij de maatschappelijk werkster en in de tweede plaats omtrent de introductie van de maatschappelijk werker in het gezin van de patiënt. De arts introduceert daarna het geval bij de maatschappelijk werkster, daar zij geen deel heeft genomen aan de besprekingen in het intake team. Voor de patiënten, die niet in het project worden opgenomen krijgen de huisartsen een rechtstreeks advies voor verdere afwikkeling door henzelf. Hierbij werd meestal een oplossing van de problemen gevonden door het bekend worden met de mogelijkheden van het maatschappelijk werk, onder meer in de vorm van het leren kennen en het inschakelen van bepaalde instellingen.

Naast het intake team en het werkteam is nog een commissie van begeleiding aanwezig, die zich vooral bezig houdt met de beleidsvraagstukken van het experiment. Er is in dit project tot nog toe in hoofdzaak medisch gezinsmaatschappelijk werk gedaan. Dit is naar men meent maatschappelijk werk ten dienste van de patiënt en van het gezin waartoe hij behoort.

In dit project heeft men vooral de wisselwerking tussen ziekte en gezin bestudeerd, met het oog op de diagnostiek en de behandeling van relatiestoornissen in het gezin, optredend tengevolge van ziekte. Ook trachtte men inzicht te krijgen in de factoren

en interacties die tot ziekte kunnen hebben geleid. In de derde plaats werd aandacht geschonken aan de gestoorde relaties van het individu en het gezin met de buitenwereld tengevolge van ziekte en omgekeerd „ziekte” van de maatschappij.

Met dit experiment kan een meervoudig doel zijn gediend. Als eerste en belangrijkste doel wordt naar verbetering van de gezondheidszorg gestreefd door verdieping van de diagnostiek en de therapie. Als tweede doel wordt een onderzoek naar mogelijkheden van samenwerking tussen de huisarts en de instelling van maatschappelijk werk gedaan. Dit onderzoek vindt plaats aan de hand van gezamenlijk onderzoek en behandeling van patiënten. Hierdoor wordt als derde doel bereikt, dat zowel de huisarts als de maatschappelijk werker wordt geoefend in medisch-maatschappelijke problematiek. Bovendien wordt gestreefd naar het doen van enige research op het gebied van het medisch maatschappelijk werk in huisartspraktijken.

\* \* \*

*Presentatie van de casus; enkele conclusies.* De bespreking ging over een meisje van 14 jaar dat regelmatig als laatste op het spreekuur van de huisarts verscheen, terwijl daarvoor geen voldoende medische verklaring was te vinden. Het aandacht vragen van patiënte was een teken, dat naar een samenstel van sociale factoren wees (pleegoudersituatie, beperkte capaciteiten van het meisje, onbevredigende schoolsituatie, gebrek aan toekomstperspectief). Zowel de aandacht van de huisarts als de begeleiding door de maatschappelijk werkster werkte er toe mee, dat de mogelijkheden voor de pleegouders en voor het meisje op den duur wat werden verruimd. Er was geen sprake van een „happy ending” volgens het ideaalbeeld van de hulpverleners. Terrecht werd gezegd, dat de praktijk van het leven daaraan nu eenmaal meestal niet beantwoordt. Wel boden het gemeenschappelijk beraad en het ieder op zijn eigen wijze bezig zijn met dit geval de nodige oefenstof zowel ten aanzien van de samenwerking als van de introductie door de huisarts bij de patiënt van het maatschappelijk werk c.q. de maatschappelijk werker. Daarbij deed men onder meer de volgende ervaringen op:

1 De introductie vereist een zeer prudent optreden van de arts, omdat de patiënt niet om hulp van het maatschappelijk werk heeft gevraagd, en hij doorgaans slechts een vaag beeld heeft van wat maatschappelijk werk is en wat het te bieden heeft. Als de beeldvorming negatief is op grond van vroegere ervaringen of standsvooroordeel is de prognose voor introductie c.q. verwijzing wel bijzonder ongunstig.

2 De vraag voor de huisarts „hoe introduceer ik het maatschappelijk werk bij de patiënt”, kan onmogelijk in het algemeen worden beantwoord.

3 Wanneer de patiënt zelf met een sociaal probleem bij de huisarts komt, zal de introductie mogelijk wat soepeler verlopen, dan wanneer de patiënt zijn (psycho-) sociaal probleem niet presenteert maar de huisarts het wel vermoedt.

4 Een duidelijk voordeel van het zich gezamenlijk bezig houden met een geval bleek te zijn, dat zowel de arts als de maatschappelijk werker door de bijdrage van de ander het eigen inzicht in de samenhang der verschijnselen en problemen had kunnen verdiepen.

5 De huisarts mene echter niet, dat het aantrekken van een maatschappelijk werker voor de benadering van sociale problematiek een tijdbesparend effect zal hebben. „De huisarts schuift immers de patiënt niet af naar de maatschappelijk werker, maar hij blijft mede betrokken in de behandeling en dit betekent dat hiervoor regelmatig overleg nodig is”, aldus Vlamings aan het eind van de casusbespreking.

*Nabespreking.* In de nabespreking van de presentatie werden de volgende drie belangrijke punten besproken: 1 de verwijzing door de arts naar de maatschappelijk werker van een patiënt, bij wie sociale problematiek wordt onderkend of vermoed; 2 de introductie door de arts van de maatschappelijk werker bij de patiënt; 3 de relatie huisarts-patiënt, maatschappelijk werker-cliënt.

Ad 1 De formulering van de vraag, waarmee de voorzitter het gesprek over de verwijzing inleidde, was typerend voor de fase waarin wij thans ten aanzien van de samenwerking verkeren. Deze luidde namelijk: „Op welke motieven vraagt de huisarts de hulp van het maatschappelijk werk?” en niet: „welke indicaties hanteert de huisarts voor de verwijzing naar het maatschappelijk werk?” Noch de huisarts, noch de maatschappelijk werker is er immers aan toe verschijnselen in nu reeds hanteerbare categorieën onder te brengen. Het is een over en weer zoeken en tasten, waarbij allerlei subjectieve en intuïtieve overwegingen een rol spelen. In zoverre was de casus bijzonder goed gekozen omdat deze te zien gaf, dat er reeds een indicatie per exclusionem kan zijn: als er medisch gesproken geen of niet voldoende reden is de hulp van de huisarts in te roepen, terwijl de patiënt toch steeds een beroep op hem blijft doen, kan een sociaal probleem worden vermoed, en is het de moeite waard om in die richting een nader onderzoek te vragen. De huisarts moet daartoe dan gemotiveerd zijn.

In het gesprek over motieven voor verwijzing in de samenwerkingsexperimenten kwamen de volgende interessante gegevens naar voren: Een huisarts, die sociaal gepreoccupeerd was, zag — terecht of ten onrechte — al gauw een sociaal probleem bij zijn patiënt en vond daarin een motief om te verwijzen naar de maatschappelijk werker. Een huisarts verwees die patiënten naar de maatschappelijk werker, met wie hij zelf geen goede relatie had.

Een huisarts, die enigermate bevreesd was, dat de inschakeling van de maatschappelijk werker de goede relatie tussen hem en de patiënt zou verstoren, verwees vooral patiënten met een psychologisch probleem zonder lichamelijke afwijkingen naar de maatschappelijk werker. Bepaalde huisartsen brachten in het begin vooral gevallen, waarin van evidente materiële nood sprake was. Men kwam geleidelijk aan tot het inzicht, dat niet alleen grove sociale nood, maar ook andere, meer subtiele klachten een aanduiding konden betekenen van sociale nood en dat in deze gevallen verwijzing wel degelijk was geïndiceerd. Bij één experiment werd vermeld, dat meer vrouwen dan mannen werden verwezen (verhouding 3 : 2).

Ad 2 Opvallend was dat in alle drie experimenten de ervaring is opgedaan dat over het algemeen de introductie van het maatschappelijk werk en van de maatschappelijk werker wel lukt. In Nijmegen waren er bijvoorbeeld op de 116 ingebrachte gevallen zes mislukkingen en in Amsterdam op 53 in behandeling genomen gevallen drie weigeringen. Oorzaak van het mislukken leek nogal eens gelegen in hogere stand dan waarin men het maatschappelijk werk volgens het conventionele patroon plaatste en onbekendheid of negatieve ervaringen met maatschappelijk werk respectievelijk een bepaalde maatschappelijk werker. De vertrouwensrelatie van de huisarts met de patiënt bleek over het algemeen een positief agens voor het accepteren van een maatschappelijk werker. Positief heeft eveneens gewerkt het gemeenschappelijk overleg voor het vinden van een goed aanknopingspunt bij de patiënt, eventueel bij andere gezinsleden.

Nu lag het accent in twee experimenten op begeleiding door de maatschappelijk werker van de verwezen patiënten en in één experiment op het onderzoek en op het meewerken van patiënten aan dit onderzoek. Of dit verschil uitmaakt voor de introductie is in het forumgesprek niet aan de orde geweest. Men kan daaromtrent in dit stadium ook geen uitspraken verwachten, want voor het maken van enige vergelijking is verderstreckende ordening en analyse van het materiaal vereist.

Ad 3 De maatschappelijk werkster kon doorgaans haar entree bij de patiënten maken op gezag van de huisarts en door het vertrouwen van de patiënten in de huisarts. Daarbij bleek wel dat de maatschappelijk werkster het introductiestadium als het ware nog eens over moest doen. Opnieuw moest vaak een uitvoerige uitleg omtrent de reden van de verwijzing worden gegeven. Nieuwe dingen moeten meestal meermalen worden herhaald en uitgelegd voordat ze het eigendom worden van de mensen, en op dit terrein is er nog maar heel weinig gemeengoed. Ook werd de indruk verkregen dat de patiënt de uitleg van de maatschappelijk werkster wilde toetsen aan die van de huisarts, om te zien of een en ander wel klopte.

Ook al is er in het begin mogelijk enige overeen-

komst vanuit de patiënt gezien in de relatie huisarts-patiënt en maatschappelijk werker-patiënt (cliënt), daar blijft het niet bij. De maatschappelijk werker moet zijn eigen relatie opbouwen wil het maatschappelijk werkcontact op den duur vrucht dragen. In het maatschappelijk werk staat het bevorderen van de eigen zelfstandige deelname aan de relatie voorop; samen met de maatschappelijk werker moet er iets worden opgebouwd. Terwijl de arts in het genezingsproces vaak zelf handelend zal moeten optreden en zijn gezag in het veld zal moeten brengen, zal de maatschappelijk werker zich juist distantiëren van autoriteit en veel meer begeleidend dan leidend werkzaam zijn.

\* \* \*

Ten aanzien van de deskundigheid van de maatschappelijk werker werd er door één der artsen, die aan het forumgesprek deelnam op gewezen, dat de maatschappelijk werker speciaal wordt getraind op het behandelen van relatiestoornissen, met name in het gezin. Daarop antwoordde een huisarts uit het forum dat men nu ook niet te hoge verwachtingen van de maatschappelijk werkers moet hebben; zij kunnen niet voor alles een oplossing geven en niet al dergelijke problemen voor de arts afhandelen. Tussen het „himmelhoch jauchzend” en het „zum Tode betrübt” ligt de reële verwachting ten aanzien van de mogelijkheden van de maatschappelijk werkers.

Misschien mogen wij bij deze spontane reacties een kanttekening maken. Weliswaar wordt de maatschappelijk werker veel meer dan thans bij artsen het geval is, getraind in het inzicht in en de behandeling van relatiestoornissen, maar dit behoeft echter niet zo te blijven. Men kan zich voorstellen dat zich in de toekomst de opleiding van de arts verder zal gaan uitstrekken op het psycho-sociale terrein en dat de arts naast meer kennis ook meer training

in het hanteren van relaties zal ontvangen. Op dit punt is deskundigheid niet aan enigerlei discipline voorbehouden. Maar deze ontwikkeling maakt de deskundigheid van de maatschappelijk werker voor de arts — en omgekeerd! — niet overbodig, want die is voor alles gebonden aan een juiste rolvulling. De arts stelt zich ten doel ziekteprocessen bij mensen te bestrijden; de maatschappelijk werker beoogt mensen te helpen maatschappelijk meer weerbaar te worden en daarin kan de een de ander niet vervangen. Grotere deskundigheid aan beide kanten zal daarom mogelijk meer behoefte een beroep op elkander te doen en meer behoefte tot samenwerking ten aanzien van bepaalde patiënten tot gevolg hebben. Het kon wel eens zijn dat in de opvatting dat men het allemaal zelf wel kan een stuk ondeskundigheid schuilgaat.

Laten wij deze weergave van het forum besluiten met enkele conclusies, door één der artsen aan het slot uitgesproken, waarin de gehele sfeer van dit gesprek werd gekarakteriseerd: „Ik ben voor de samenwerking met de maatschappelijk werker zo enthousiast geworden, dat ik de waarde daarvan buiten kijf acht. Welke vorm die samenwerking moet hebben, weet ik nog niet precies. Hier zijn nu drie experimenten gedemonstreerd, maar het kan best zijn, dat er nog andere vormen van samenwerking mogelijk zijn. Een huisarts moet echter niet een maatschappelijk werker in dienst nemen, want dan staat die maatschappelijk werker door zijn subalterne positie niet meer vrij tegenover die huisarts en dat schaadt zijn eigen zelfstandige inbreng. Wij moeten gezamenlijk zoveel ervaring op gaan doen, dat we op den duur beter gaan inzien wat de indicaties zijn voor verwijzing naar de maatschappelijk werker. Ik spreek de hoop uit, dat de kennis, opgedaan in experimenten zal kunnen worden gebundeld op een centraal punt — bij voorkeur het Nederlands Huisartsen-Instituut — opdat ieder van deze kennis zal kunnen profiteren en geen energie of ervaring zal worden verspeeld.”