

Om misverstanden te voorkomen wordt uitdrukkelijk vermeld, dat encefalopathie nooit is beschreven na immunisatie met difterie-tetanus vaccin. In de gevallen, waarin men dus meent te moeten afzien van kinkhoestvaccinatie, kan men het kind wel inenten met het DT-vaccin.

Het ezelsbruggetje *advies* (allergisch, degeneratief, voorafgaande reactie, infectieziekte, epidemisch voorkomen van poliomyelitis, stuip) kan mogelijk diensten bewijzen bij de noodzakelijk in te winnen informatie, voorafgaande aan de kinkhoestvaccinatie. Het is duidelijk, dat de gezinsarts een zeer be-

voorrechte positie inneemt voor het verkrijgen van deze inlichtingen.

Berg, J. M. (1958) Brit. med. J. II, 24.

Cohen, H. H. en L. M. Brans (1958) Ned. T. Geneesk. 102, 1254.

Hondelink, H. (1929) Academisch proefschrift. Oosterbaan & Le Cointre. Goes.

Ratulangie, C. J. A. (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 1801.

Stronk, M. G. (1951) Actieve immunisatie tegen kinkhoest. Van Soest. Amsterdam.

Whooping Cough Immunisation Committee (1959) Brit. med. J. I, 994.

## CASUISTIEK

### *Enuresis nocturna*

Toen ik haar op zekere dag een mijner geregelde bezoeken bracht, vond ik mijn patiënte „in dikke tranen”; verslagen gezichten van haar beide pleegkinderen, Mien en Hanny, bevestigden de ernst van de tragische toestand. Op mijn vraag, wat er wel aan de hand was, antwoordde zij: „Hanny moet naar een gesticht”.

Patiënte is een nerveuze, asthenische vrouw. Zij heeft eigenlijk altijd veel lichamelijke klachten, zonder dat hiervoor een somatische oorzaak kan worden gevonden; waarschijnlijk is patiënte door haar eenvoudige psychische structuur niet in staat haar problemen zelfstandig en adequaat te verwerken, zodat die steeds weer in het lichamelijke worden geprojecteerd. Een vrij geregeld huisbezoek mijnerzijds, afgewisseld door een af en toe ingesteld specialistisch onderzoek (om ons beider leven tijdelijk wat te verlichten), waren hiervan de gevolgen.

Het huwelijk van patiënte bleef kinderloos. Ongeveer twaalf jaar geleden besloot het echtpaar, Hanny, die toen ongeveer vier jaar oud was, als pleegkind te adopteren; zes jaar later werd Mien, één jaar ouder dan Hanny, geadopteerd. Hoewel mijn advies over de adoptie niet was gevraagd, noch door het echtpaar, noch door de voogdijvereniging, en ik mij er dus oorspronkelijk wel over had verbaasd, dat deze kinderen aan dit toch stellig psychisch niet krachtige echtpaar werden toevertrouwd, heb ik toch in de loop der jaren kunnen zien, dat er een redelijk harmonische eenheid in dit kunstmatig gevormde gezin tot stand was gekomen.

Op mijn vraag van wie Hanny naar een gesticht moest, was het antwoord: „van de zuster van de voogdijvereniging”. Dit nu was ook voor mij op dat ogenblik, zoals ik het hoorde, moeilijk te aanvaarden. Zonder mijn advies had deze voogdijvereniging Hanny in het gezin geplaatst; ik had geconstateerd dat Hanny er gedurende tien jaar rustig was opgegroeid, en nu moest Hanny plotseling „naar een gesticht”, en weer zonder dat mijn advies was ingewonnen.

Ik heb dus deze voogdijvereniging opgebeld en een afspraak gemaakt voor een gesprek. In het onderhoud met de voogdiinspecteur bleek mij aldra, welk een gedegen kennis er bij deze vereniging over deze pupil aanwezig was; de vereniging was van mening, dat de zwakke persoonlijkheidsstructuur der beide pleegouders de zelfstandigwording van Hanny in de weg stond; voorts, dat in de enuresis nocturna, waaraan Hanny, toen veertien jaar oud, nog steeds leed, geen verbetering kwam. De vereniging was daarom van oordeel, dat een tijdelijke opname elders gewenst was. Hierbij werd gedacht aan een tehuis, waar ongeveer twintig normale kinderen worden verpleegd tussen 1 en 14 jaar, die om pedagogische redenen gedurende langere of kortere tijd in een ander dan het ouderlijk huis moeten worden opgevoed; er wordt getracht, de sfeer van een gezinsleven te benaderen. Dit was dus wel heel iets anders dan „een gesticht”.

Afgezien van de enuresis van Hanny, waarvan het bestaan mij onbekend was, deed zich thans direct de vraag voor, of overplaatsing van dit meisje, dat toch stellig wel geborgenheid gevonden had in haar pleeggezin, wel de meest geschikte therapie voor de enuresis zou zijn en of er geen andere middelen waren, om tot wat meer zelfstandigheid te geraken, met intact laten van het gezin.

De voogdijvereniging heeft mij toen toegezegd nog eens advies te vragen aan haar psycholoog, en daarna hadden we opnieuw een bespreking, de psycholoog, de inspecteur en ik. Besloten werd Hanny in het gezin te laten, maar de pleegouders zouden dan mede moeten werken, om Hanny wat meer mogelijkheden buiten het gezin te geven. Ik zou trachten de enuresis te behandelen.

Daarna hebben wij de pleegouders, in een gesprek met ons vijven dus, van dit besluit op de hoogte gebracht. In dit gesprek liet de pleegmoeder misschien toch wel merken, dat ze er iets meer van begreep, toen ze verklaarde: „ja, ik heb Hanny te veel beschermd en te veel bij me gehouden”.

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-