

# huisarts en wetenschap



maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap

## *Het sociale model in huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medische model*

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

„De concrete verhouding van de huisarts met de politiek ziet er als volgt uit: 76% is geen lid van een politieke partij, de rest wel; 46% is niet geïnteresseerd in politiek; 54% wel, 49% zou, ten tijde van het onderzoek V.V.D. gestemd hebben”.

„Huisarts en Publiek” - Rapport van Makrotest n.v. (1970)

„Today one finally has the right and even the duty to be, above all things, a revolutionary doctor, that is to say a man who utilizes the technical knowledge of his profession in the service of the revolution and the people. But now the old questions reappear: How does one actually carry out a work of social welfare? How does one unite individual endeavor with the needs of society? We must review again each of our lives, what we did and thought as doctors, or in any function of public health, before the revolution. We must do this with profound critical zeal and arrive finally at the conclusion that almost everything we thought and felt in that past period ought to be deposited in an archive, and a new type of human being created.”

Che Guevara in: On revolutionary Medicine (1968)

Het sociale model is in, het medische model is uit. Dat lijkt op het eerste oog een heldere verklaring, waarmee men het al dan niet eens kan zijn.

Sommigen beïjveren zich dan ook zich uit te spreken vóór het sociale model — en daarmee kennelijk tegen het medische model — anderen bewandelen de omgekeerde weg. Het spreekt bijna

vanzelf dat er dan ook mensen zijn die het enerzijds en anderzijds afwegen, de nuances benadrukken, de bezwaren van een polarisatie in het denken en handelen opsommen en alles willen laten zo het was. Het is echter niet uitgesloten dat de helderheid van de schijnbaar simpele vraag naar de tegenstelling tussen het medische en het sociale model in de hulpverlening, respectievelijk in de huisartsgeneeskunde, omslaat in diepe duisternis wanneer gevraagd wordt wat nu precies wordt bedoeld met de beide begrippen en wanneer blijkt, dat wat voor de één karakteristiek is voor het sociale model voor de ander typisch besloten ligt in het medische model.

Een sprekend voorbeeld van de duisternis, die kan ontstaan, bood het symposium „Meer lijn in eerste lijn” (1972 - Medische Faculteit Rotterdam). Trimbos komt de verdienste toe duidelijk te zijn geweest over zijn opvattingen over de inhoud van beide begrippen. Trimbos stelt dat het hanteren van het medische model in de geestelijke gezondheidszorg inhoudt het vaststellen van een „ziekte” met oorzaak, verschijnselen, verloop, diagnose, voerend tot een therapeutische of preventieve actie. De ziekte is iets, zit ergens *in* het individu, moet *in* diens structuur gelocaliseerd en *in* het individu aangepakt worden.

De psychiatrische ziekte in het medische model staat in één groot, alle medische disciplines omvattend nosologisch universum. Het sociale model daarentegen biedt een ander referentiekader, waar-

bij centraal staat dat de mens een sociaal gevormd of misvormd wezen is, levend in, deelhebbend aan en de invloed ondergaand van maatschappelijke structuren en processen. Wat kunnen wij nu hiermee beginnen op het grote terrein van de hulpverlening, dat door de huisartsgeneeskunde en de wijkgezondheidszorg wordt bestreken? *Begelman* heeft op knappe wijze de moeilijkheden aan de orde gesteld, die opdoemen wanneer men werkelijk iets wil zeggen over het medische model. Zijn moeilijke betoog wordt het mooist verduidelijkt aan de hand van het volgende verhaal.

De heilige Teresa van Avila (1515-1582) ondernam een actie om een groep nonnen te redden van een veroordeling door de Inquisitie, omdat zij behekst zouden zijn. Binnen het raam van het maatschappelijk systeem, sociale model zo men wil, dat inhoud kreeg door de opvattingen in het 16-eeuwse Spanje, waren de nonnen voor wie Teresa in de bres sprong, bezeten en was hun gedrag maatschappelijk onaangepast. De dames liepen daardoor een flink risico op de brandstapel te eindigen. Teresa echter probeerde het sociale lot van de beklagenswaardige nonnen af te wenden door hun gedrag als „ziek” te kenschetsen. Zieke mensen zijn immers niet verantwoordelijk voor hun ziekte en de gevolgen daarvan en zij verdienen daarom geen straf, voila!

Daarmee introduceerde Teresa een medisch model en bevestigde zodoende haar rol als sociaal hervormster. *Begelman* zegt daarover: „Teresa's suggestion that burning her nuns was inhuman, was itself a consequence of a new evaluation of disordered conduct — an evaluation which precluded burning as an appropriate intervention”. En verder: „It is not metaphor (ten aanzien van ziekte) which saves a disorderly nun from the inquisition; it is whatever presumed truth the metaphor illuminates that does this”.

Hiermee wordt het ingewikkeld. Bedoelde Teresa dat de nonnen „echt” ziek waren — en dat in dat geval verbranding onjuist was — of dwong zij een humane behandeling af door te doen „alsof” zij ziek waren. Is het de label die van belang is („ziek”) of gaat het om de achtergrond, die door de label verduidelijkt wordt, namelijk dat het onmenselijk is iemand te verbranden?

Nu moet men niet denken dat deze vraag weinig praktische betekenis heeft. Juist de laatste tijd gaan stemmen op, die wijzen op de ongewenste sociale gevolgen van de label's, die vanuit het „medische model” worden geplakt op mensen met een afwijkend gedrag of aanpassingsproblemen - neurotisch, depressief, hysterisch, ziek, gestoord, onbehandelbaar, slechte prognose (onder anderen *Foudraïne*). Men benadrukt dan terecht de noodzaak mensen

met leefproblemen te ontmoeten en te helpen in het raam van een „sociaal model” om hen zodoende de schade, toegebracht door het huidige medische model — waar het psychische problematiek betreft — zoveel mogelijk te besparen. Iemand die zich in deze onrechtvaardige en onmenselijke maatschappij niet kan handhaven behoeft niet ziek te zijn, ziek genoemd te worden of als een zieke te worden behandeld; de maatschappij zelf is ziek en maakt slachtoffers. *Trimbos* stelt het scherp: „De medische psychiatrie is zo tot een zeer werkzaam mechanisme van sociale pacificatie geworden en tot een conserverende en afremmende kracht in de huidige sociale evolutie. De medische reactiemethode op deviant gedrag blijft een effectief middel tot behoud van de sociaal - economische en culturele status quo”.

*Milikowski* deed het onlangs op de 12e Apeldoornse artsendag nog eens dunnetjes over en stelde: „De samenleving aanvaardt de arts min of meer als een onaantastbare magische grootheid. De arts op zijn beurt doet hetzelfde met de samenleving. Zo helpen arts en samenleving door een zinsbegoocheling elkaar bij het in stand houden van hun status quo”.

Maar nu terug naar de nonnen van Teresa. Die vielen in de 16e eeuw op basis van onaangepast gedrag ten slachtoffer aan een sociaal model en werden gered door een medisch model. Het medische model van nu bedreigt naar het lijkt op analoge wijze de onaangepaste van de 20e eeuw zoals het sociale model van toen. *Foudraïne* haalt in het kader daarvan de terminologie van *Szasz* aan over de „medische heksenjacht” op afwijkend gedrag. Tegen dit kwaad, dat ons nu bedreigt, moet het sociale model redding brengen zoals het medische model van toen. Maar is dat wel waar, staat er niet wat er niet staat, is dat geen metafoor? Een metafoor stelt het beeld in plaats van de eigenlijke voorstelling, het is een vergelijkingsbeeldspraak: het is alsof de engeltjes op je tong plassen. *Begelman* richt een eerste horde op voor degenen die iets wil zeggen over het medische model waar het psychosociale problematiek of psychisch afwijkend gedrag betreft.

Bedoelt het medische model dat psychische afwijkingen zijn zoals lichamelijke afwijkingen en dat psychische afwijkingen tot stand *kunnen* komen op basis van een organische laesie of een biochemische tekortkoming of wordt bedoeld dat elke psychische afwijking in feite een lichamelijke ziekte *is* (de „orthomoleculaire psychiatrie”)? In het eerste geval is afwijkend gedrag een metafoor van ziekte, in het tweede geval *is* het ziekte. In het eerste geval is er sprake van een wezenlijk verschil waaraan consequenties kunnen worden verbonden, in het

tweede geval is er geen verschil, waaraan echter evenzeer gevolgen zijn verbonden voor de benadering van leefproblemen.

Nog moeilijker wordt het wanneer men dezelfde redenering laat gelden voor het sociale model in de hulpverlening. Is er sprake van een „echte” sociale actie op basis van een „echt” sociaal model of is er sprake van een metafoor? Zelfs kan sociale actie wel eens een metafoor van het medische model blijken te zijn. Een goed voorbeeld is het volgende. De ligging van een der bejaardenhuizen in Ommoord was zo dat de loopafstand tot de dichtstbijzijnde bushalte de actieradius van de meeste bejaarden overschreed. Een van de huisartsen van de groepspraktijk, tevens lid van de Rotterdamse Gemeenteraad, wist de gemeente als busexploitant te overtuigen van de noodzaak de buslijn een stukje te verleggen, zodat het merendeel der bejaarden de dichtstbijzijnde halte wel kon bereiken. Is dit sociale actie in de zin van een sociaal model, waarin het maatschappelijk onrecht, de bejaarden

aangedaan, werd bestreden om wille van het onrecht? Is dit een metafoor in de zin, dat gehandeld werd alsof de grondrechten van de bejaarden in het geding waren? Is het medische actie in de zin van een medisch model, inhoudend dat het verleggen van de bus preventief werkte op het ontstaan of verergeren van ziekten bij bejaarde mensen? Of is er tenslotte sprake van een metafoor van een medisch model omdat het naderbij brengen van de bushalte een actie inhield alsof er een ziekmakend agens werd bestreden?

Wanneer het bovenstaande de lezer evenzeer aan het twijfelen heeft gebracht als de schrijver dan is tenminste iets bereikt. Het blijkt betrekkelijk zinloos schijnbaar duidelijke omschrijvingen van een sociaal model of van een medisch model te hanteren bij de oordeelvorming over hulpverlening in de huisartsgeneeskunde. Alleen aan de hand van concrete situatie's kan men proberen zichtbaar te maken wat kan bijdragen aan de definiëring van een medisch model of van een sociaal model in de



*Ommoord is een nieuwbouwwijk in het noordoosten van Rotterdam met een overmaat aan hoogbouw: tachtig procent van de woningen zijn flats in acht tot twintig bouwlagen.*

huisartsgeneeskunde en beantwoording van de vraag of het onderscheiden van modellen daarin zin heeft. Uit de werksituatie in Ommoord zijn de volgende aanknopingspunten daartoe gekozen.

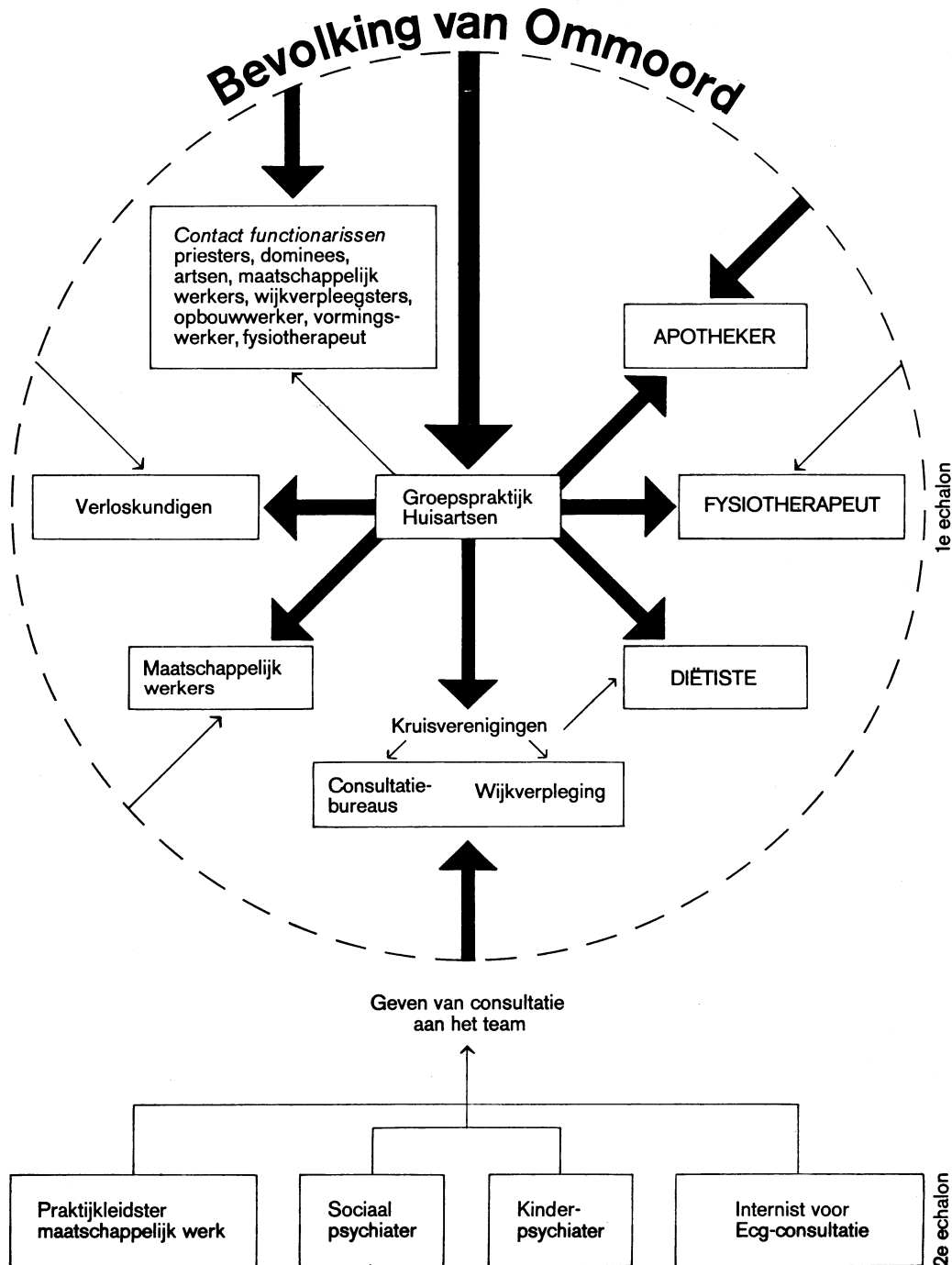
1. de betekenis van de woonomgeving
2. de samenstelling van het team
3. het contact van functionarissen
4. de morbiditeitsanalyse

1. Ommoord is een nieuwbouwwijk in het noordoosten van Rotterdam waar de overmaat aan

hoogbouw (80 procent van de woningen zijn flats, 8 tot 20 bouwlagen hoog) de gelijkvormigheid, het slaapstadkarakter, de armoede aan boeiende hechtingspunten en de tocht — letterlijk en ruimtelijk — de conclusie rechtvaardigen dat de wijk een stadsarchitectonische fout is. Ommoord laat zien dat ook hoogbouw een vorm van milieuverontreiniging kan zijn.

In wezen vanzelfsprekende kwaliteiten van de leefomgeving voor een gezin met kinderen zijn vervallen en moeten actief worden verworven zoals

Tabel I



contact met de grond, speelruimte, met blote voeten op het gras lopen, hollen, met water spelen, de was ophangen, het zich losmaken van de kleuter van moeder, in de tuin werken, het makkelijk leggen van informele contacten over de heg. Trouwens de ontevredenheid van de bewoners met hun leven in flats blijkt uit de gegevens over 850 gezinnen, behorend tot mijn praktijk. Van hen woonde tweederde deel in hoogbouw, eenderde in een eensgezinswoning. In een periode van twee jaar verhuisden 132 gezinnen. Daarvan waren 123 gezinnen afkomstig uit de flats, 99 ervan verlieten Ommoord — meestal naar een huisje met een tuintje in de omgeving van Rotterdam — terwijl 29 gezinnen een woning in de laagbouw in Ommoord zelf vonden. Dit betekent dat grofweg 20 procent van de gezinnen gemiddeld na ongeveer twee jaar de door hen betrokken flat weer verlieten terwijl slechts 3 procent van de laagbouwbezoekers in de bovengenoemde groep in diezelfde periode is verhuisd. Het is vanzelfsprekend dat een woonmilieu met zoveel tekortkomingen betekenis heeft voor de werkwijze

en de doelstellingen van de zes huisartsen die in de groepspraktijk samenwerken en voor de leden van het team voor wijkgezondheidszorg in Ommoord (tabel I).

Nu kan men als professioneel hulpverlener verschillend reageren op de tekortkomingen van het woonmilieu. Men kan zeggen: „Zoveel hoogbouw kan nooit goed zijn, het is vast en zeker een ziekmakende factor”. Het meest simpele is de gedachte dat de hoogte bijvoorbeeld aanleiding geeft tot frequenter optreden van luchtweginfecties. Dat is dan verwerpelijk en behoort aanleiding te geven tot actie van de zijde der medici (*Fanning*).

Iets ingewikkelder wordt het wanneer men stelt dat er van wonen in een flat een „neurotiserende” invloed zou kunnen uitgaan en wanneer men daar een gericht onderzoek naar doet (*Reverda* en *Danz*). In beide gevallen valt de benadering van hoogbouw binnen het medisch model zoals door *Trimbos* is geformuleerd. Er zou — wellicht — sprake kunnen zijn van een ziekmakende invloed die er toe



... en de tocht — letterlijk en ruimtelijk — de conclusie rechtvaardigen dat de wijk een stadsarchitectonische fout is; Ommoord laat zien dat ook hoogbouw een vorm van milieuverontreiniging is.

leidt dat mensen sneller luchtweginfecties krijgen of geneurotiseerd worden. Wanneer men zich als medicus op basis daarvan uitspreekt tegen de medische bezwaren van bijvoorbeeld hoogbouw (of van krotten) — los van de vraag of men daarbij aangeeft of de mogelijk andersgeaarde voordelen van hoogbouw moeten wijken voor de vergrote ziektekans — handelt men in de zin van een medisch model. De daaruit voortvloeiende actie is op z'n best een metafoor van het medische model.

Het kan echter ook zijn dat men vanuit de hulpverlenende situatie wordt geconfronteerd met onlustgevoelens van mensen over hun woonomgeving, met hun verlangens om heel anders te wonen dan in een flat of in een wijk als Ommoord. Ook kan men de indruk krijgen dat — bijvoorbeeld in de dagelijkse omgang tussen de moeder en het jonge kind — problemen worden verscherpt of moeilijker oplosbaar worden door de manifeste tekortkomingen van de woonomgeving. Er is dan alle aanleiding om stelling te nemen tegen bijvoorbeeld hoogbouw, tegen stedenbouwkundige vormgeving, tegen lelijkheid, tegen krotten. Dan is het niet meer de medicus, de wijkverpleegster of de maatschappelijk werker die zich slechts vanuit zijn professionele achtergrond een oordeel vormt over schadelijke invloeden — een medisch model — maar dan is het een groep mensen, die zich betrokken voelt bij de gang van zaken in de wijk waar zij werken en die zich verzetten tegen een maatschappelijk disfunctionele toestand. Er is dan ook geen sprake meer van pure hulpverlening, wel van een vorm van sociale actie welke nu geen metafoor is van hulpverlening in het medische model.

Het contact van functionarissen in Ommoord — waarover later meer — heeft zich in september 1972 in deze zin tot de Rotterdamse Gemeenteraad gericht om te protesteren tegen de denkbeelden welke in de structuurnota Rotterdam 1972 worden uitgewerkt en welke voor de leefbaarheid van Ommoord in de ogen van het contact zeer nadelige gevolgen hebben. In deze protestbrief wordt nergens de indruk gemaakt alsof de functionarissen zich beroepen op hun specifieke deskundigheid en alsof er sprake is van een ziekteverwekkende situatie. Het is vooral op basis van het grote aantal intensieve contacten met wijkbewoners waaruit blijkt dat mensen tekortkomen en zich tekort gedaan voelen in hun woonomgeving, dat de hulpverleners — meestal zelf ook in Ommoord wonend — behoefte hebben aan enige vorm van protest, zo men wil sociale actie. Ditzelfde vindt men terug in de betrokkenheid van de hulpverleners bij het zogenaamde experimentele welzijnsbeleid in Ommoord op basis van een subsidie van 6 miljoen gulden (de helft van C.R.M., de helft van de ge-

meente) welke vooral ten goede moet komen aan het formuleren, uitvoerbaar maken en uitvoeren van verlangens welke uit de bevolking zelf voortkomen. De voorzitter van de stuurgroep is een van de huisartsen van de groepspraktijk maar dat betekent niet dat geprobeerd wordt via deze positie als het ware een soort preventie te plegen opdat mensen in de toekomst niet „ziek” zullen worden door schadelijke milieuinvloeden.

In het licht van de inleiding is er in Ommoord sprake van een betrokkenheid bij het leefmilieu van de bewoners welke niet zonder meer past in een medisch hulpverleningsmodel. De actieve betrokkenheid van de huisartsen bij de wijk is — meestal — ook geen metafoor daarvan. Er is vooral sprake van een sociaal model zoals bedoeld door Trimbos. De vraag is nu echter wat de verbinding daarvan is met de huisartsgeneeskunde. Is er sprake van sociale actie door huisartsen omdat zij huisarts zijn of door huisartsen omdat zij tevens ook burgers zijn en, als iedere burger, betrokken kunnen zijn bij het maatschappelijke krachtenspel? Dit is vooral een kwestie van de definitie van huisartsgeneeskunde of van wijkgezondheidszorg welke men aanvaardt. De definitie welke in Ommoord wordt gehanteerd van wijkgezondheidszorg (let wel *gezondheidszorg* en niet *welzijnszorg*) sluit de bovengenoemde vorm van sociale actie in. Wij verstaan onder wijkgezondheidszorg:

- a. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van de integrale gezondheidszorg voor het gezin;
- b. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van sociale actie, gericht op de gehele wijk en op de leefomstandigheden van alle inwoners, inclusief de sociale systemen waartoe zij behoren.

Er is echter geen aanleiding deze definitie ook voor samenwerkingsverbanden elders als de meest geschikte naar voren te schuiven, omdat daaraan vooraf gaat de vraag op welke uitgangspunten de verschillende leden van een samenwerkingsverband elkaar hebben gevonden. Wanneer men de bovengenoemde definitie aanvaardt heeft het onderscheiden van een medisch en sociaal model vooral semantische betekenis. Daarmee belanden wij bij het tweede punt.

2. De groep mensen welke zich in Ommoord bezig houden met de wijkgezondheidszorg in brede zin vindt men schematisch gegroepeerd in tabel I. Centraal daarin staat de groepspraktijk, de dikte der pijlen vormt een globale maat voor de intensiteit der hulpverleningstromen. De groepspraktijk kwam tot stand op basis van de doelstelling zoals indertijd door Sergent geformuleerd: gezinsgeneeskunde is een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering

van de integrale gezondheidszorg voor het gezin. Op basis van dit uitgangspunt kwamen ook de verschillende samenwerkingsvormen tot stand.

In *tabel II* vindt men schematisch een aantal karakteristieken van het functioneren van het team samengevat. Het is duidelijk dat de nadruk van de belangstelling van het team valt op de benadering van psychosociale problematiek. Dit hangt uiteraard sterk samen met de samenstelling van het team. In „huisarts en wetenschap” is de afgelopen jaren mededeling gedaan van de resultaten van verschillende samenwerkingsvormen. Er is duidelijk sprake van hulpvraag, van verwijspprocedure, van overleg, van min of meer duidelijke probleem-situatie's of relationele stoornissen en van een streven naar een omschreven professionele en efficiënte hulpverlening. Alles paste van begin af aan goed in een medisch model: de patiënten van de groepspraktijk krijgen een zo goed mogelijk pakket van hulpverleningsmogelijkheden aangeboden voor hun problemen, hun ziekten, hun verstoorte relatie's. De doelstelling bracht dat trouwens ook met zich mee. Nu is na vier jaar samenwerken een verschuiving zichtbaar geworden en die verschuiving heeft te maken met een verschuiving wèg van het medisch model. Dit gaat gepaard met een verschuiving in de doelstelling. De groepspraktijk heeft nu meer affiniteit voor doelstellingen, zoals die reeds hierboven zijn gegeven in de definitie van de wijkgezondheidszorg, waarin naast de zorg voor het gezin wordt gesproken over sociale actie en over de leefomstandigheden van de gezinnen. Maar wat maakt dat nu uit in de dagelijkse gang van zaken? Hoe wordt zichtbaar of niet op een verkapte manier toch weer het medische model in een nieuw pak wordt gestoken, los van de vraag of dat al dan niet gewenst is?

De evaluatie van de samenwerking met het maatschappelijk werk (*Lamberts en op 't Root*) bracht ons tot de conclusie dat niet aannemelijk is gemaakt dat al onze inspanningen tot een therapeutisch effect leidden, uitgaande boven een spontane of natuurlijke remissie „base-rate” zoals in de literatuur beschreven. Maar wij bleven onder de indruk van de gevarieerde en veel voorkomende relationele problematiek waarin onze patiënten/cliënten verstrikt bleken te zijn en waarvoor zij hulp vroegen. Duidelijk minder was nu de neiging te denken in termen van afwijkend, gestoord, onbehandelbaar, enz.

Trouwens ook in het team zelf deden zich relatieproblemen voor die ook moesten worden „behandeld”. De huisartsen besloten tot een functionele relatietraining om hun onderlinge leefproblemen hanteerbaar te maken. Tevens kwam gestimuleerd door de vormingswerkers, een beperkte hausse in

relatietrainingen voor inwoners van Ommoord tot stand. De officiële motivatie voor de inwoners aan een training deel te nemen lag steeds in het deelnemen aan een wijkactiviteit (zogenaamd welkomstwerk, kleuterschool, gespreksgroepen over generatieverschillen, enz.). Relatieproblemen bleken in deze groepen (in een niet-hulpverlening setting dus) steeds weer aan de orde te komen en leken veelal beter hanteerbaar te worden (vertrouwelijk verslag Instituut voor Voorlichtingskunde en Communicatie).

Nu is het volgen van een sensitivity-training uitgesproken „in” en sociaal aanvaard in tegenstelling tot gerichte hulpvraag voor psychosociale problematiek, maar het is allerm minst duidelijk of het verwerven van meer communicatieve vaardigheden niet meermalen een metafoor kan blijken te zijn en eigenlijk neerkomt op het zoeken naar hulp bij het oplossen van een leefprobleem. Tijdens een bespreking in het contact van functionarissen (zie later) ontstond over deze vraag duidelijk irritatie. Een zekere professionele lichtgeraaktheid woei uit zeer verschillende windrichtingen. De kern daarvan ligt mijns inziens steeds weer in het feit of er sprake is van een expliciete vraag om hulpverlening, van de impliciete bedoeling hulp te geven of van de wens om duidelijk mensen professioneel te ontmoeten — met name in de vormingswerk- en de opbouwwerksituatie — zonder hen te „stigmatiseren” als mensen die het moeilijk (kunnen) hebben met zichzelf en anderen. Vooral voor de maatschappelijk werkers ontstonden spanningen. Iedereen was wel overtuigd van zijn professionele inbreng bij relationele problematiek. Maar de vormingswerker bleek zich evenzeer op dat terrein te bewegen en — dat is nog moeilijker — de huisarts en ook bijvoorbeeld de fysiotherapeut gingen door patiënten met relationele problemen te helpen.

Het zijn nu juist de relationele problemen waaraan men het best duidelijk kan maken dat er verschillen bestaan tussen een medisch gekleurd en een sociaal gekleurd hulpverleningsmodel. Frustrerend voor het maatschappelijk werk als een „eigen” specifieke professe bleek het feit dat het „free acces” tot het maatschappelijk werk onvoldoende groeide in omvang en kwaliteit. *Tabel III* laat zien dat de maatschappelijk werkers in Ommoord vooral bij de gratie van de goede samenwerkingssituatie met de huisartsen professioneel bezig konden blijven. Ook de extra krachtsinspanning in het eerste half jaar van 1972 leidde ertoe dat enerzijds het aanbod van relationele problematiek vanuit de wijk in free acces inderdaad toenam maar dat daarnaast in 52 gevallen problematiek werd aangemeld welke niet zozeer op het terrein van de maatschappelijk werker lag, doch veeleer op dat van de sociaal raads-

TABEL II.

*Verklaring der cijfers*

0 = niet of nauwelijks

1 = matig

2 = duidelijk

— = niet van toepassing

SUBGROEPEN VAN HET TEAM	POSITIE	FREQUENTIE, formele en informele kontakten met de groepspraktijk
1. GROEPSPRAKTIJK met 6 huisartsen	zelfstandig	formeel: 1 x per week teambespreking informeel: frequent
2. ASSISTENTES 3	in dienst bij de huisartsen	informeel: frequent formeel: 1-2 x per maand
3. MAATSCHAPPELIJK WERKERS 2	in dienst gezamenlijke presentatie Rotterdamse instellingen	formeel: 1 x per maand en maandelijks in 9) 11) 12) informeel: frequent
4. WIJKVERPLEEGSTERS 6	in dienst: experiment Rotterdamse kruizen	formeel: incidenteel en maandelijks in 9) en 11) informeel: frequent
5. VERLOSKUNDIGEN 2	zelfstandig	formeel: incidenteel informeel: frequent
6. FYSIOTHERAPEUTEN 3	zelfstandig	formeel: incidenteel en maandelijks in 9) informeel: frequent
7. APOTHEKER 1	zelfstandig	formeel: 1 x per maand informeel: frequent
8. DIETISTE 1 Part-time	in dienst prov. Wit-Gele kruis	formeel: incidenteel informeel: incidenteel
<i>Kontakt van functionarissen</i>		
9. PRIESTERS 3	leden pastoraal team	formeel: 1 x per maand in kontakt informeel: frequent
DOMINEES 2	zelfstandig	formeel: 1 x per maand in kontakt informeel: incidenteel
OPBOUWWERKER 1	in dienst raad maatsch. werk	formeel: 1 x per maand in kontakt informeel: incidenteel
VORMINGSWERKER 2	in dienst vormingsinstituut	formeel: 1 x per maand in kontakt informeel: incidenteel
PRAKTIJKLEIDSTER MAATSCHAPPELIJK WERK	in dienst instelling maatsch. werk	formeel: 1 x per maand in 3) informeel: zelden
10. SOCIAAL PSYCHIATER	in dienst Rotterdamse GG en GD	formeel: 1 x per maand in konsultatie informeel: zelden
11. KINDERPSYCHIATER	in dienst Rotterdamse GG en GD	formeel: 1 x per maand in konsultatie informeel: zelden
12. INTERNIST voor electrocardiogramkonsultatie	in dienst Bergweg-ziekenhuis	formeel: 1 x per week in konsultatie informeel: zelden



Meer dan sporadische contacten met teamleden buiten de huisartsen om.	Konfrontatie met psychosociale problematiek	Spanningen tussen medisch en sociaal model	Spanningen t.o.v. eigen beroepsgroep	Betrokken bij spanningen in het team	Sterk geëngageerde instelling, betrokken bij sociale actie in Ommoord
—	2	2	2	2	2
0	2	0	0	0	0
met 10 , priesters, opbouw w. vormingsw.	2	2	2	2	2
0	2	1	0	2	1
0	1	0	0	0	0
0	2	2	2	2	1
0	0	0	2	0	0
0	1	1	0	0	0
—	2	—	—	2	2
—	2	—	—	0	2
—	2	—	—	2	2
—	2	—	—	1	2
—	2	—	—	2	—
—	2	—	—	0	—
—	2	—	—	1	—
—	0	—	—	0	—

man en van het wijkorgaan (financiële problemen, bijstandswet, aangepaste woonvormen voor bejaarden, informatie over tal van wijkactiviteiten).

Dit leidde tot een verwarde discussie over de plaats en de setting van waaruit het maatschappelijk werk zich in Ommoord het best kan presenteren. Immers bijna tegelijkertijd zouden ò het wijkgezondheidscentrum (groepspraktijk, wijkverpleegsters, fysiotherapeut, vroedvrouwen, diëtiste, sociale psychiater, kinderpsychiater, psychologe, schoolarts, enz.) ò het communicatiecentrum (vormingswerk, opbouwwerk, sociaal raadsman, wijkorgaan, café, hobby- en vergaderruimten, enz.) klaar komen en beide boden — op honderd meter afstand van elkaar — de maatschappelijk werkers ruimte aan. De ene vanuit een duidelijk medisch gekleurd en expliciet op hulpverlening georiënteerde achtergrond, de andere vanuit een onmedische, sociaal gekleurde, in hoofdzaak niet expliciet op hulpverlening ingestelde achtergrond. Hier waren de vrijblijvende, interessante en discussie-technisch elegante verschillen tussen een medisch en een sociaal model overgegaan in harde en voelbare verschillen, die een keuze leken te vereisen met grote gevolgen ò voor de maatschappelijk werkers ò ook voor de twee groepen voor wie het maatschappelijk werk als het ware een brugfunctie kan vervullen, namelijk enerzijds de medische setting, anderzijds de op welzijnswerk gerichte sociale setting. De oplossing, welke wij in Ommoord kozen, is dat er niet wordt gekozen en dat de maatschap-

pelijk werkers ruimte krijgen in beide centra. De toekomst zal dan moeten leren of ook de consument — om wie het allemaal tenslotte gaat of lijkt te gaan — hecht aan een differentiatie tussen een medisch en een sociaal hulpverleningsmodel en of zijn opvattingen met onze zielepijn van nu iets te maken hebben. Daarmee komt een moeilijk punt aan de orde.

Wat wil de (potentiële) consument of waar heeft hij bezwaren tegen? In Ommoord merkten de huisartsen steeds weer dat vooral de bejaarden uit een bepaalde serviceflat zich agressief opstelden tegenover de hulpverlening door huisartsen in groepspraktijk en daarover — ook in de vorm van bijvoorbeeld een ingezonden brief in een wijkkrant — tegenover anderen klaagden. Vooral de wijkverpleegsters moesten het daarbij ontgelden en veel aanhoren. In overleg met de wijkverpleegsters zochten wij naar een kans meer te weten te komen over de onlustgevoelens bij deze groep. Een van de wijkverpleegsters interviewde daartoe 31 bejaarden uit de betreffende serviceflat. Slechts 6 procent bleek tevreden te zijn geweest met de vorige woonsituatie terwijl 84 procent tevreden was met de huidige. Van de ondervraagden was 65 procent er niet van op de hoogte dat op nog geen 200 meter afstand van hun flat een levensgroot wijkgezondheidscentrum werd gebouwd, 90 procent van hen wist niet dat de huisartsen in Ommoord in een groepspraktijk werkten. Van de bejaarden was 94

Tabel 3

	1/10'68- 1/ 4'69	1/4'69- 1/1'70	1/1'70- 1/7'70	1/7'70- 1/1'71	1/1'71- 1/7'71	1/7'71- 1/1'72	1/1'72- 1/7'72
<b>A</b>							
In behandeling genomen cliënten excl. de cliënten onder C							
--- verwezen door de huisartsen groepspraktijk	10	25	24	45	23	25	29
--- „free acces”	7	14	7	9	12	19	24
<b>B</b>							
Behandelingscontacten (excl contacten onder C)							
--- via huisarts	—	326	240	420	418	273	284
--- „free acces”	—	101	57	75	78	117	233
<b>C</b>							
Na 1-2 contacten afgesloten							
--- via huisarts	—	2	2	4	5	1	2
--- „free acces”	2	3	11	29	11	23	52

procent tevreden geweest over het contact met de vorige huisarts. Verbazingwekkend was dat dezelfde 94 procent vertelde even tevreden te zijn over het contact met de nieuwe huisarts uit de groepspraktijk — alle klachten ten spijt.

Deze cijfers zeggen natuurlijk heel weinig (vergelijk ook het Makrotestonderzoek van de L.H.V.). Wel is het duidelijk dat het heel ingewikkeld is om er achter te komen wat de consument nu werkelijk wil en waarop hij werkelijk kritiek heeft. Ditzelfde is terug te vinden in verslagen van mensen die zich bezighouden met de „consumer-participation”. Aan participatie blijkt nog wel vorm te geven als het gaat om het voorzien in manifeeste tekortkomingen in de beschikbaarheid van medische voorzieningen, temeer als het gaat om bevolkingsgroepen voor wie basale medische voorzieningen moeten worden bevocht (negers, Portoricanen, krotwijkbewoners).

Veel moeilijker wordt het wanneer men zoekt naar een participatievorm voor de consument waar het gaat om psychosociale hulpverlening en om verschillen tussen een medisch en een sociaal model daarbij. Dit wordt nog eens te meer gecompliceerd wanneer de algemeen aanvaarde doelstellingen van de gezondheidszorg geen duidelijke en voor ieder zichtbare relatie onderhouden met actuele maatschappelijke ontwikkelingen en spanningen. *Schunke*, een oostduitse collega, laat zien dat dat ook ook anders lijkt te kunnen en legt de communistisch-ideologische zweep over de oostduitse artsen door te stellen dat medische arbeid alleen dan zin heeft, wanneer deze bijdraagt aan de totstandkoming en uitbouw van een communistische maatschappij. De directe participatie van de consument daarbij is dan echter in principe tot nul teruggebracht, discussie over een medisch en een sociaal hulpverleningsmodel is in het licht van deze doelstelling van gezondheidszorg bij voorbaat uitgesloten.

In Ommoord hebben wij met het verzoek te worden opgenomen in de sectie gezondheidszorg en dienstverlening van het wijkorgaan een eerste simpele stap gedaan. De uitspraak van *Tischler* vergemakkelijkt tevens de overgang naar het volgende punt: „These are troubled times for mental health professionals. A confluence of social, political and historical forces has stripped the mystique away from the clinician-healer. In the process, the exact limits of responsibility that had been accepted for dealing with the mental health problems of our society were laid bare. These limits proved unacceptable.”

3. Het derde punt betreft de spanningen binnen het contact van functionarissen. Het contact komt



Wijkgezondheidscentrum Ommoord.

maandelijks bijeen en is samengesteld uit de wijkverpleegsters, priesters, dominee's, huisartsen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, vormingswerkers, de opbouwster, de projectleider van het experimenteel welzijnsbeleid en de leidster van het dienstencentrum. Het uitgangspunt was in 1968 het totstandbrengen van een ongedwongen ontmoetingsmogelijkheid, waarbij men elkaar beter kon leren kennen en een basis kon scheppen voor samenwerking bij de hulpverlening. Aanvankelijk viel de nadruk op het bespreken van casuïstiek — door een zielzorger of huisarts voorgedragen — waardoor min of meer expliciet kon worden gedemonstreerd hoe de verschillende arbeidsterreinen elkaar overlappen of waarbij in een soort consultatie de een de ander van advies kon dienen. Steeds weer kwam naar voren welk een belangrijke rol vooral de relatieproblematiek, zowel binnen het gezin als naar buiten toe, speelt. Het lag nogal voor de hand dat het contact zich daarbij ging richten op meer algemene aspecten van problemen die zich bij de Ommoordse bevolking bleken voor te doen.

Tijdens de reeks van 37 vergaderingen van het contact (*tabel IV*) deed zich een verschuiving van de belangstelling voor. In de beginfase werd vooral gesproken over casuïstiek, over algemene problematiek welke in de wijk werd gesignaleerd en over het signaleren van tekorten — vooral materiële — in Ommoord. Het signaleren stond centraal. Na een tussenfase, waarin vooral in beschouwende zin over de experimentele welzijnssubsidie voor Ommoord werd gesproken, kwam het zwaartepunt elders te liggen. Een drietal gespreksthemata's keerden steeds terug: hoe kan het contact deelnemen aan sociale actie, wat zou de inhoud van het experimenteel welzijnsbeleid kunnen zijn en wat is nu eigenlijk het effect van samenwerking? Elementen van sociale actie waren aan te wijzen in onze inspanningen speelplaatsjes, een peuterspeelzaal, verbeteringen in het openbaar vervoer en dergelijke te

krijgen, in uitspraken over de ontzuiling, over de positie van de priesters ten opzichte van het bisdom, over de samenstelling van een nieuw wijkbestuur, over het welzijnsbeleid en recent over de structuurnota Rotterdam 1972.

Tot ongeveer de 25e vergadering verliep alles in pais en vree. Toen bleken — vooral tijdens de besprekingen waarbij de doelstellingen, de specificiteit en de rolvervulling van verschillende werkvormen aan de orde kwamen — de spanningen toe te nemen. Zonder twijfel spelen daarbij een aantal persoonlijk gekleurde relationele factoren een rol. Maar een heel belangrijke rol speelt de spanning tussen een professionele rolopvatting waarin sprake is van vraag om hulp, het geven van hulp, het presenteren van samenwerkingsvormen waarin hulp het best kan worden gegeven en een rolopvatting welke zich primair richt op welzijn, op democratisering, op het signaleren en bestrijden van maatschappelijk disfunctionele toestanden. Beide rolopvattingen hebben elkaar veel te bieden en kunnen tot een functionele relatie met elkaar worden gebracht. Gemakkelijk is dat laatste echter niet. Bij punt 2 is al besproken hoezeer het maatschappelijk werk in Ommoord in een dwangpositie is gekomen. Nog moeilijker en onduidelijker ligt het wanneer men binnen een zo gevarieerd gezelschap wil formuleren wat nu de grootste gemene deler is waardoor iedereen zich gedekt voelt. Natuurlijk is het een goed idee elkaar beter te leren kennen, vriendschappelijke banden aan te knopen en elkaar te informeren over de inhoud van ieders professionele inbreng. Maar op welke basis kan men overgaan tot actie? Valt zo'n actie binnen een medisch of een sociaal model? Op welke wijze percipieert de wijkbevolking het „elitair samenscholen” van een groep hulpverleners en welzijnswerkers? Voelt binnen het contact ieder der leden zich wel geaccepteerd en bevestigd in de rol van hulpverlener? Met welke programmering wordt vrijblijvendheid in het functioneren van het contact voorkomen?

Is de opstelling van iedere functionaris ten opzichte van iedere andere functionaris wel horizontaal-democratisch en is zijn opstelling jegens zijn patiënten/cliënten dat wel evenzeer? Waarom nemen de huisartsen altijd zo'n comfortabele positie in ten opzichte van de bevolking wanneer het gaat om de vraag om hulp op tal van terreinen? Welke professionele risico's en gevaren voor rolverwarring lopen maatschappelijke-, vormings- en opbouwwerkers in contacten met wijkbewoners wanneer zij deel uitmaken van een groep als het functionarissencontact? Kortom, een enorme spraakverwarring ontstond over een ieders motivatie, over de doelstellingen welke het contact in zijn vaandel zou moeten schrijven en over de identiteit van iedere discipline binnen het contact. Er was sprake van

een desintegratiefase welke kan worden gekarakteriseerd als de botsing tussen een medisch hulpverleningsmodel met de behoefte uit te groeien in de richting van een sociaal model en een sociaal bepaald welzijnsmodel met onzekere gevoelens ten opzichte van de individuele hulpverlening.

Er werden zoveel verschillende oplossingen gepresenteerd dat de verwarring en de irritatie alleen maar toenamen. Kleine groepjes ontstonden, die weer casuïstiek bespraken, zich bezighielden met het geven van informatie over en weer of met „ad hoc”-aangelegenheden. Het enige waarover iedereen het eens was is dat het contact moet blijven samenkomen, desnoods alleen als borrelgenootschap.

De noodzaak om zich uit te spreken over de gevolgen van de Rotterdamse structuurnota 1972 voor Ommoord bood ons gelukkig een handvat om de discussie over de doelstellingen en de werkwijze van het contact weer een gestructureerd karakter te geven.

*Tabel IV* laat in schematische vorm zien hoe geleidelijk de verschuiving optrad en hoelang de fase met onduidelijkheid en irritatie duurde. Wie zal zeggen hoe deze tabel er over een jaar uitziet en of het mogelijk zal blijken een duidelijke en praktische hanteerbare omschrijving van een medisch hulpverleningsmodel, een sociaal hulpverleningsmodel, een (sociaal) welzijnsmodel en een actiemodel te vinden? Wat de eerste twee modellen betreft vinden de huisartsen misschien steun in de uitkomsten van de morbiditeitsanalyse.

4. *Morbiditeitsanalyse*. Ook al doet het begrip „morbiditeit” anders vermoeden, het onderzoek, door de groepspraktijk in Ommoord opgezet, vindt het uitgangspunt in de spanning tussen de medisch-professionele en de sociale dimensie in het werk van de huisarts, in het tekortschieten van het „harde” klinisch geneeskundig referentiekader bij het benaderen van leefproblemen en bij het valuta-verkeer met de patiënt en in het ontbreken van een duidelijk omschreven, aan de specifieke situatie in de huisartsgeneeskunde aangepast referentiekader.

Het gaat er bij deze analyse niet om hoeveel gevallen zich van de verschillende ziekte-mogelijkheden — vastgelegd in een classificatie met ongeveer 250 mogelijkheden om ziekte, klachten of welke munteenheid ook in het verkeer tussen patiënt en huisarts te benoemen — zich in een bepaalde periode voordoen. De bedoeling is om binnen de beschikbare classificatie-mogelijkheden (zoveel mogelijk aan de dagelijkse hulpvraag aangepast) een hergroepering aan te brengen op basis van een beperkter aantal „reactietypen” of groepen met afwijkingen of klachten, die onderling zoveel ge-

meen hebben — en dan niet in klinisch-diagnostische zin — dat zij voor de huisarts-geneeskunde een vergelijkbare betekenis hebben. Daartoe wordt naast het aanbod of de hulpvraag door de patiënt ook „intervenierende” informatie over de patiënt en over het gezin waartoe hij behoort op de registratiekaart vastgelegd. Dit zijn de volgende gegevens:

- de huisarts („inter-doctor variation”);
- beroepsprestige van het gezinshoofd;
- het kindertal thuis;
- de gezinsstructuur en gezinsfase;
- de woonvorm en woonhoogte;
- het bestaan van actuele psychosociale problematiek in het gezin;
- het bestaan van belangrijke ziekten in het gezin;
- de aard van het contact met het gezin, zoals ervaren door de huisarts.

Van ieder gezinslid afzonderlijk wordt op de kaart aangetekend:

- leeftijd;
- geslacht;
- werkend of niet;
- regelmatige controle voor orale anticonceptie (gevaar voor Berkson's fallacy = kansconcurrentie);
- actuele psychosociale problematiek;

- bestaan belangrijke ziekte met regelmatige controle en eventuele invloed op het dagelijks leven;
- het aantal ziektegevallen in het registratiejaar (1 januari 1972 - 31 december 1972);
- het aantal verrichtingen in 1972;
- ziekenfonds of niet.

De voorgenomen bewerking van de verzamelde informatie is reeds eerder in „huisarts en wetenschap” beschreven. Hier gaat het nu vooral om de inhoud van de classificatielijst. Toepassen van een medisch model houdt in dat men de algemeen in de geneeskunde aanvaarde nosologische opvattingen, vastgelegd in een „alomvattend” systeem zoals bijvoorbeeld de I.C.D., als referentiekader accepteert bij het rangschikken van klachten en afwijkingen van patiënten en dus ook bij de benadering van problemen waarvoor mensen om hulp vragen. Dit brengt met zich mee dat de „goede” patiënt zelf eveneens zijn rol aanvaardt als drager van een medisch classificeerbare diagnose. De rollen van arts en patiënt zijn dan duidelijk.

Een sociaal model echter ordent en relateert de klachten en problemen van mensen niet zozeer aan aanwijsbare — of nog niet aangewezen — lichamelijke tekortkomingen doch veeleer aan de leefsituatie waarin mensen verkeren en aan het krachtenspel tussen de talrijke sociale rollen, die zij

TABEL IV

**Bijeenkomsten van het contact van functionarissen**

<i>Belangrijkste gespreksonderwerpen</i>	5	10	15	20	25	30	35
Casuïstiek	████████████████████			████			██████
Algemene problematiek	████████████████████			████████████████████			
signaleren van tekortschietende voorzieningen	████████████████████		████████		████████		
gericht op sociale actie	██████		████████		████████		██████
experimenteel welzijnsbeleid		████████████████████		████████████████████			
gericht op evaluatie van de samenwerking en van de hulpverlening		██████		██			
verwarring + irritatie over doelstellingen					██		
botsen sociale en medische model		████████			██		

vervullen. Volgt uit een classificering binnen een medisch model een „logisch” eruit volgende en doelgerichte therapie, gericht op *de* afwijking bij *de* patiënt, uit een classificering binnen een sociaal model komen mogelijkheden voort de problemen van mensen uit te spreiden over meerdere vlakken waarop mensen functioneren. Een van de vlakken is de somatische situatie waarin iemand verkeert.

Twee voorbeelden uit de classificatielijst, welke wij in Ommoord hanteren, kunnen laten zien dat naast en binnen en dankzij een medisch model, ook een sociaal model tot stand kan komen. Bij een vrouw die op het spreekuur komt met de vraag of zij in verwachting is, kunnen in beginsel vier diagnoses worden gesteld:

- het bevestigen van een gewenste graviditeit;
- het bevestigen van de angst voor graviditeit;
- niet bevestigde gewenste graviditeit;
- niet bevestigde angst voor graviditeit.

Het is duidelijk dat een medisch en een sociaal model door elkaar lopen. Dat blijkt ook uit de classificatie, gehanteerd bij patiënten met psychosociale problematiek. In beginsel scoren wij èn de reactievorm èn de aard van de problematiek met behulp van de volgende mogelijkheden:

- depressieve reactie met of zonder lichamelijke klachten;
  - angstig-geagiteerde reactie met of zonder lichamelijke klachten;
  - „neurotische” klachten, duidelijke intrapsychische problematiek welke niet zozeer reactief is doch meer in de persoonlijkheid is gelegen;
  - nerveuze reactie, surmenage, reactievormen welke, al dan niet somatisch gekleurd, het beeld geven van spanningen, van onlust, van verdriet;
  - relationele problematiek tussen man en vrouw, vriend en vriendin;
  - relationele problematiek van ouders met kinderen en omgekeerd, in gezinsverband;
  - relationele problematiek ten opzichte van familie, vooral buiten het directe gezinsverband (schoonouders, ouders, enz.);
  - problematiek in de werksituatie;
  - ontplooiings- en emancipatie problematiek, schoolproblemen;
  - crisissituatie, acute stress;
  - aan de levensfase gerelateerde problematiek;
  - overige problematiek;
  - slaapproblemen met jonge kinderen;
  - eetproblemen met jonge kinderen;
  - zindelijkheidsproblemen met jonge kinderen;
  - overige opvoedingsproblemen met jonge kinderen;
  - „echte” psychiatrische beelden, de psychosen.
- Dit lijstje laat zien dat getracht wordt bij de

classificatie van psychosociale problematiek rekening te houden met de omgeving waarin de patiënt functioneert en hem zo weinig mogelijk te bestempelen met een klassieke „stigmatiserende” diagnose zoals hysterisch, neurotisch, psychopatisch, dwangneurose, enz.

Voor de uitgangspunten van onze morbiditeitsclassificatie maken duidelijk dat voor de huisartsgeneeskunde het medische model altijd aanwezig zal zijn maar dat een sociaal model daarbinnen, ernaast en dankzij de aanwezigheid ervan kan bestaan. Een van de gangbare ziekteclassificering afwijkende nomenclatuur kan echter slechts een linguïstische manoeuvre blijken te zijn, wanneer de erop volgende actie — metafoor — weer net is als vanouds: er is iets aan de hand met iemand wat binnen zijn structuur zelf moet worden beïnvloed.

Het maakt weinig uit of men het woord geestesziek of psychische afwijking vervangt door het woord leefprobleem of gevolgen van maatschappelijk disfunctionele omstandigheden, wanneer daarnaast niet tevens een andere benadering plaatsvindt vanuit een andere attitude. Hier ligt voor de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg naar mijn mening de crux en dat geldt evenzeer voor de hele discussie over het sociale en het medische model.

De actuele positie van de huisarts in Nederland brengt met zich dat een zeer gevarieerde vraag om hulp tot hem wordt gericht. Een belangrijk deel van de hulpverlening heeft het zwaartepunt in de behandeling van duidelijke lichamelijke afwijkingen. Ook al doen zich naast deze lichamelijke afwijkingen andere problemen voor, onmiskenbaar is dat het medische model een voorwaarde is voor de huisartsgeneeskunde. Er zijn immers tal van situatie's waarin de ziekte inderdaad *in* de patiënt zit, *in* de patiënt moet worden aangegrepen en waarbij de toekenning van de patiëntenrol en ook de toekenning van de sociale sanctionering van het patiëntengedrag gerechtvaardigd is. De professionalisering van de huisartsgeneeskunde schuilt echter in het niemandsland tussen het pure medisch model en het pure sociale model, waarin volgens Trimbos de opvatting centraal staat dat de mens een sociaal gevormd wezen is en deel heeft aan tal van maatschappelijke processen en dat het voornaamste wapen gelegen is in de sociale actie, in de interventie in sociale structuren en processen.

Voor de huisarts zijn er zeker mogelijkheden te over om alleen of met anderen tot sociale actie te komen welke geen metafoor is van medisch handelen.

Het is echter de vraag of, in de termen van prioriteiten gesproken, niet allereerst aandacht moet worden geschonken aan een professionele benadering van de grote reeks gevarieerde leefproblemen,

welke aan de huisarts wordt aangeboden en waarbij zijn toegankelijkheid ervoor tot stand is gekomen dankzij het medische model.

Een sociaal model kan in de eerste plaats vorm krijgen in de attitude van de huisarts en in de manier waarop hij met zijn patiënten, met zijn teamgenoten en met de maatschappij omgaat. Wanneer hij wezenlijk de bestaande maatschappelijke orde aanvaardt en wanneer hij zich in feite moraliserend en normerend opstelt tegenover de leefproblemen van zijn patiënten, blijft hij meewerken aan het in stand houden van dat ongewenste stuk van het medische model, dat eigenlijk een anti-sociaal model is geworden.

Typierend voor de huisartsgeneeskunde echter kan zijn dat het onderscheid tussen een sociaal en een medisch model alleen maar betekenis heeft om de eerstelijnsgezondheidszorg af te grenzen van de klinische en poliklinische geneeskunde enerzijds en van de voornamelijk op welzijnszorg gerichte activiteiten anderzijds. Immers uit de inleiding is al wel gebleken dat het vooral de negatieve en kwetsende kanten zijn van hulpverlening — van welke hulpverlening dan ook — die de discussie over de tegenstellingen tussen een medisch en een sociaal model op gang brengen en kenmerken.

De professionalisering van de huisartsgeneeskunde houdt in dat deze tegenstellingen op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg vervallen. De tegenstelling is dan een schijntegenstelling geworden, de inhoud van de huisartsgeneeskunde brengt dan met zich mee, dat expliciet duidelijk is geworden op welke wijze mensen bij de hulpverlening als mensen met ziekten en met leefproblemen en met tal van sociale bindingen en rollen worden benaderd. Dat vereist op zijn minst dat het valutaverkeer tussen de huisarts en zijn patiënten voor beiden duidelijker wordt gemaakt en dat de attitude van beiden — hulpverlener en consument — toestaat dat de huidige voorkeur voor een individueel gerichtte, maatschappij-bestendigende, biofysisch georiënteerde ruilhandel wordt beperkt tot die situaties, waarin dat door beiden als juist wordt ervaren. Een geleidelijke ontwikkeling in de richting van een meer op groepen gerichte, naar maatschappij veranderingen strevende aanpak en hulpvraag is nodig. Daarbij zijn niet alleen weer de huisarts en de mondige consument betrokken maar alle binnen een wijk of een dorp aanwezige leden uit de hulpverlening en de welzijnszorg.

Dat klinkt allemaal erg mooi en nobel, het is echter de vraag of er in de komende jaren veel van terecht komt en vooral ook of men het werkelijk wil. Is de samenwerkingsbehoefte wel altijd zo duidelijk en zo onzelfzuchtig als het lijkt, willen de welzijnswerkers wel een duidelijke liaison met hulpverleners en omgekeerd, staat de noodzaak om

hulp te vragen niet vaak de ontwikkeling in de weg en, bovenal, willen de mensen het zelf wel en in welke vorm willen zij het? De discussie daarover is in wezen een politieke discussie en zulke discussie's verlopen in Nederland op een heel ondoorzichtige wijze. Het heeft daarom geen zin een definiëring te geven van „de” huisartsgeneeskunde, waarin duidelijk een medisch en een sociaal model samenvallen of in elkaar overgaan (zie de in Ommoord gebruikte omschrijving van *onze* wijkgezondheidszorg) wanneer de politieke discussie, welke daaraan vooraf moet gaan, niet of onvoldoende gevoerd is. Collega Che Guevara zei het al: „For one to be a revolutionary doctor or to be a revolutionary at all, there must be a revolution.” Iedereen moet maar voor zichzelf uitmaken of er al een revolutie op gang is in de huisartsgeneeskunde en als dat niet het geval is of hij een revolutie wil. Een echte revolutionair en een echte contra-revolutionair hebben met elkaar gemeen dat zij geen metafoor willen zijn van hun tegenstander.

- Begelman, D. A. (1971) *Psychiatry* 34, 38-58.
- Bitter, C., J. P. Boekhold en B. L. F. Clemens Schroner (1970) *TNO-nieuws* 25, 409-415.
- Cordice jr., J. W. V. (1970) *Bull. N. Y. Acad. Med.* 46, 1025-1027.
- Fanning, D. M. (1967) *Brit. med. J.* 4, 478.
- Foudraïne, J. *Wie is van hout...* Ambo n.v., Bilthoven, 1971.
- Galiher, C. B., J. Meedleman en A. J. Rolte (1971) *H. S. M. H. A. Health Reports* 86, 99-106.
- Koning, P. P. J. de en N. L. Krijger. *De invloed van deelname aan relatietraining voor groepen van bewoners van Rotterdam-Ommoord*. Instituut voor voorlichtingskunde en communicatie, 1972.
- Lamberts, S. W. J. en J. H. Lamberts (1969) *Bouw* 47, 27.
- Lamberts, H. (1970) *huisarts en wetenschap* 13, 10-14.
- Lamberts, H. en J. M. G. op 't Rood (1970) *huisarts en wetenschap* 13, 450-461.
- Lowinger, P. (1970) *Bull. N. Y. Acad. Med.* 46, 1059-1062.
- Milikowski, H. Ph. *Lof der onaangepastheid*. Boom en Zn, Meppel, 1967.
- Mueller, J., K. Cameron en D. Joransen (1971) *Ment. Hyg. (N.Y.)* 55, 214-218.
- Rapport Makrotest n.v. (1970) *Med. Contact (Amst.)* 25, 479-503.
- Relatie's. *Nederlands Huisartsen Instituut*, Utrecht, 1971.
- Reverda, J. H. en M. J. Danz. *Een onderzoek naar neurotische labiliteit bij bewoners van flats en eensgezinswoningen*, Psychologisch Laboratorium, Amsterdam 1971.
- Schunke, W. (1970) *Pharmazie* 10, 217-221.
- Struktuurnota Rotterdam. *Dienst van Stadsontwikkeling gemeente Rotterdam*, 1972.
- Thelen, H. A. *Dynamics of groups at work*. Univ. of Chicago, 1968.
- Tischler, G. L. (1971) *Amer. J. Orthopsychiat* 41, 501-505.
- Trimbos, C. J. B. J. (1972) *T. Soc. Geneesk.* 50, 112-119.
- (1971) *Mbl. Geest. Volksgezondheid* 26, 311-323.
- Trimbos, C. J. B. J. (1972) *T. Soc. Geneesk.* 50, 112-119.
- Weinstein, R. M. en N. Q. Brill (1971) *Ment. Hyg. (N.Y.)* 55, 101-108.