

# Huisarts en welzijnszorg (III)

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

Dit artikel is een vervolg op gelijknamige publikaties uit 1968 en 1971\*, waarin de auteur de stelling verdedigt dat de groepspraktijk in hoofdzaak ten doel heeft de relatieproblemen van de huisartsen ten aanzien van de welzijnszorg op te lossen. In tegenstelling tot de inhoud van verscheidene publikaties over gezondheidscentra laat de auteur hier een ander geluid horen. De problematiek tussen huisartsen en welzijnszorg wordt door deze solo-huisarts op zijn eigen individuele wijze beleefd. De auteur pleit voor een mini-groepspraktijk. Dit derde artikel is een evaluatie van tien jaar ervaring op dit gebied met een beschouwing van de desbetreffende literatuur. Ter illustratie wordt in de bijlagen een briefwisseling gepresenteerd, die duidelijk laat zien welke problemen zich op dit terrein kunnen voordoen.

Het maken van een evaluatie van de welzijnszorg over de laatste tien jaar, lijkt zeker voor een belangstellend amateur als schrijver dezes een te zware taak. Als huisarts voel ik me toch gerechtigd om mee te zingen in het koor der welzijnswerkers, omdat de welzijnszorg veelal primair een functie is van de plaatselijke gemeenschap (*De Moor*), waarbij inspraak en samen iets opbouwen de condities zijn sine qua non. Samenwerking is een panty-begrip: uiterst rekbaar. Men kan samenwerken naar rayon, naar structuur, naar onderwerp of doelstelling, maar vooraf is niet aan te geven hoe het wel of niet moet (*Bureau Integrale Dienstverlening*). Samenwerking is geen doel op zich, maar in de eerste plaats een middel voor de hulpverleners om beter te kunnen inspelen op de behoeften van de bevolking (*Veltman*). Alhoewel er op dit moment tientallen samenwerkingsprojecten functioneren is hierbij nog maar een fractie van de in de eerste lijn werkzame gezondheids- en welzijnswerkers betrokken (*Van der Grinten/De Jong*). Evenmin kan worden gesproken van consensus omtrent de wenselijkheid van deze projecten (*Drogenlijjk*). Belangrijke instanties zoals de overheid, de ziekenfondsen, de artsenorganisaties, instellingen voor maatschappelijk werk en kruisverenigingen, tonen in hun

houding aanzienlijke reserves (*Van der Grinten/De Jong*). Dat inderdaad maar een fractie van de ongeveer 4800 huisartsen in Nederland betrokken is bij gezondheids- of welzijnsprojecten, moge blijken uit de volgende getallen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 1976 (een publikatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau te Rijswijk): er zijn circa honderd

## Overzicht begrippen.

*Woudschoten 1958: de functie van de huisarts werd als volgt geformuleerd: „Het bewust aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen zowel op curatief als op preventief en revaliderend terrein”. Het takenpakket van de huisarts omvat twaalf deeltaken.*

*World Health Organization: Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden.*

*Om de Gezondheidszorg, door de huisarts uitgeoefend, nader te bepalen, postuleerde ik in 1968: „Het verdiepen van de inhoud der deeltaken van Woudschoten is nog in volle gang en gelukkig wint het inzicht veld, dat de huisarts – wil hij alle deeltaken goed vervullen – zich zal moeten beperken en zich bewust zal moeten worden van de grenzen van zijn capaciteiten (. . .) dat wil zeggen een voor zijn taak en functie goed opgeleide vakman, met een brede kennis van de potenties van andere disciplines in de welzijnszorg, zodat hij meer en meer zal worden doordrongen van de noodzaak tot samenspel (Klooster).*

*Welzijnszorg: „Naast en als het ware over de gezondheidszorg heen, waarin de huisarts nog steeds een onmisbare schakel vormt, groeit langzaam maar zeker de totale welzijnszorg, dit is het totaal aan voorzieningen dat het welzijn van de mens kan bevorderen (. . .) Het lijkt erop dat de huisarts min of meer los komt te staan van deze welzijnszorg. In de eerste plaats omdat de huisarts veilig is ingekapseld in zijn eigen institutie, de gezondheidszorg; in de tweede plaats omdat de huisarts primair de zorg heeft voor het individu, terwijl de welzijnszorg duidelijk op de bres staat voor het belang van de groep, de collectiviteit. Huisarts en welzijnszorgers hebben echter een gezamenlijk arbeidsveld” (Klooster).*

multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en circa honderd groepspraktijken; 26 experimenten (zullen) worden gesubsidieerd door middel van de voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra; slechts vier tot vijf procent van alle huisartsen is hierbij betrokken.

In Den Haag met zijn ongeveer tweehonderd praktizerende huisartsen zijn slechts twee huisartsen duidelijk betrokken bij welzijnszorgprojecten en daarnaast nog elf bij projecten van de wijkgezondheidszorg (*Bureau Integrale Dienstverlening*). Nu de woorden „gezondheidszorg” en „welzijnszorg” zijn gevallen, lijkt het mij dienstig desbetreffende begrippen aan de vergetelheid te ontrukken en op een rijtje te zetten (*Overzicht begrippen*).

Als wij nu op hetzelfde spoor zitten wat betreft de begrippen gezondheidszorg (voor en door de huisarts) en welzijnszorg, kunnen wij een poging doen om beide zorggebieden, in het licht van de samenwerking van de laatste tien jaar, nader te beschouwen. In de gezondheidszorg streven de huisartsen, die willen samenwerken, via home-teams en groepspraktijken naar gezondheidscentra. In de welzijnszorg streven de welzijnswerkers via welzijnsteams naar welzijnscentra. De grote vraag is nu of beide tendenties wel samen kunnen gaan op elk niveau van deze ontwikkeling.

## Van solopraktijk naar home-team

Bij de uitoefening van zijn beroep wordt de huisarts geleid door twee doelstellingen: enerzijds technisch-organisatorisch perfectionisme, anderzijds een humanitaire

(1968) huisarts en wetenschap 11, 343, en (1971) idem 14, 471.

geneeskunst. Uit de literatuur geef ik hieronder enkele „slogans” om dit te verduidelijken.

*Betere registratie, medical audit, meer screening, Houston, genetisch centrum, doctor-centered ziektemodel tegenover nadruk op relatie patiënt-arts, achtergronden van de klacht hier-en-nu, verbetering van het werk- en woonmilieu, cliënt-centered welzijnsmodel, inspraak, eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, zelfhulp, vrijwilligershulp, medewerkers/medehelpers (Bremer), Oss, Hoboken.*

Het is duidelijk dat de huisarts in ideale omstandigheden zou moeten opereren op de grens van beide genoemde doelstellingen: „Een goede vakman met een open oog voor de mogelijkheden van de andere disciplines in de eerste lijn” (*Klooster*). Vooral de huisarts zal zich dikwijls gemangeld voelen door de eisen die vanuit beide kampen aan hem gesteld worden, terwijl specialisatie leidt tot blikvernauwing en terugdringing van de intermenselijke relatie ten gunste van de medisch-technische aspecten (*Festen*). De huisarts zal begrip hebben voor de bedoeling van *Illich* met zijn Medical Nemesis: Een uitbreiding van de medische macht in de samenleving, ver buiten het strikt medische terrein, in naam van de gezondheid (*Zola*). Men denke bijvoorbeeld aan de discussie over het al of niet fluorideren van drinkwater. Vooral de solistisch werkende huisarts zal uit pure zelfverdediging naar eigen aard en aanleg gedwongen worden om een keuze te doen uit de technisch-organisatorische en de humanitaire aspecten van zijn functie.

Een consciëntieuze huisarts, die beide aspecten tot hun recht wil laten komen in zijn beroepsuitoefening, zal jaarlijks naast de directe en indirecte patiëntencontacten aan bijscholing of nascholing, aan vergaderen of samspraak moeten besteden: 250 uur vakliteratuur, 120 uur nascholing, 20 uur vakvergaderingen (alléén als lid), 250 uur opleiding arts-assistenten, 140 uur vergaderingen en literatuur betreffende „welzijnswerk”; dat wil zeggen 19 werkweken van 40 uur! Voorwaar een gigantische taak, die veel te weinig tijd laat voor directe en indirecte patiëntencontacten en niet te vergeten, voor het eigen gezinsleven. En toch hoort dit allemaal bij het huisartsenvak – maar hoe maken we het waar?

*Bogaartz* heeft gelijk als hij zegt dat het niet de patiënt is die vraagt om vervanging van de solopraktijk door de groepspraktijk, maar zoals ik al in 1968 heb gesteld, ben ik ook nu nog van mening dat alleen taakomschrijving en taakverdeling over een

kleine huisartsgroep (maximaal drie personen) een oplossing kan bieden voor de contactarmoede van de solist met de welzijnszorg (*Klooster*). Een reductie van de workload van de huisarts tot één derde of circa 1000 patiënten in een nationale gezondheidszorg lijkt voorlopig niet tot de mogelijkheden te behoren, terwijl een drastische verkleining van de praktijkomvang het medisch-technische aspect niet per se ten goede zal komen.

## Het home-team en de mini-groepspraktijk

Het home-team, met de huisarts als centrale figuur en als leden de assistente, de wijkverpleegster, de fysiotherapeut, de apotheker en de verloskundige, lijdt evenzeer aan contactarmoede als de solist, tenzij het maatschappelijk werk bereid en in staat is om naast het behandelen van de cliënten, contacten voor dit home-team met het welzijnswerk te onderhouden. Over deze structurele brugfunctie van het maatschappelijk werk is een levendige discussie gaande, maar de uitkomst staat nog geenszins vast. In principe liggen hier wel mogelijkheden.

Een volgende stap in de samenwerking lijkt meer perspectieven te bieden: een kleine huisartsgroep of in de terminologie van *Cottaar*, een mini-groepspraktijk (*Handelingen*), samengesteld uit niet meer dan drie artsen met een aanhang als bij het home-team, waarnaast een team van maatschappelijk werkers opereert. Door een juiste taakomschrijving en taakverdeling in beide teams kunnen de contacten met het overige welzijnswerk worden bevorderd. Opbouwwerker en coördinator/projectleider zouden in het niemandsland de gidsen kunnen zijn voor huisarts en maatschappelijk werker. Maar waarom nu de voorkeur gegeven aan een kleine concentratie van huisartsen in tegenstelling tot een grote groepspraktijk in een gezondheidscentrum?

## De grote groepspraktijk

Groepspraktijken van huisartsen vormen op zich geen adequaat antwoord op de vraag naar vernieuwing in gezondheids- en welzijnszorg, vernieuwing met horizontale en verticale verbindingen. De groepspraktijk blijft in wezen binnen het huidige stelsel (*Bremer*). Daarbij komt dat elke vergroting van de groep gepaard gaat met een exponentieel toenemen van de relatietoornissen binnen de groep. Naast het op poten zetten van het technisch-organisatorische deel van de samenwerking gaan psychologische en agogische problemen een grote rol spelen. Enerzijds

vraagt het oplossen van technisch-organisatorische vraagstukken veel te veel tijd en aandacht (wordt zelfs het doel op zich); anderzijds wordt het interdisciplinair samenwerken op de lange baan geschoven door gebrek aan tijd en interesse, zodat men in de aanloopperiode blijft steken (*Itoba-rapport*). Het gezondheidscentrum dreigt toch weer – ondanks alle goede voornemens bij de oprichting – te onttaarden in een medische burcht, volgens velen een „bolwerk der betweters”, waarbij de andere disciplines van de welzijnszorg het gevoel krijgen meegezogen te worden in het kielzog van de huisartsen. Terwijl de huisartsen binnen de gezondheidscentra nog veelal als zelfstandige ondernemers optreden hebben de overige welzijnswerkers veel te weinig, soms zelfs helemaal geen greep op het functioneren van de medische discipline: „Als het hem niet bevalt stapt de dokter eruit en neemt zijn patiënten mee”. Mede hierdoor is de invloed van de huisartsgroep in een gezondheidscentrum onevenredig groot. In het *Itoba-rapport* wordt dan ook gepleit voor één dienstverband met een halve dag verplicht ondersteunende activiteiten. Voor de huisartsen in een groepspraktijk dreigt isolement ten opzichte van de welzijnszorg als zij zich verliezen in de medisch-technische aspecten, maar ook isolement ten opzichte van de eigen beroepsgroep als zij zich richten op de politieke welzijnszorg (Oss, Hoboken). Het gezondheidscentrum wordt daardoor nooit een echt welzijnscentrum. Het slagen van samenwerkingsverbanden lijkt meer te berusten op toevallige, gunstige omstandigheden en persoonlijke compatibiliteit, dan op bewuste structurering (*Handelingen*).

Naar mijn mening moeten wij dus voorzichtig zijn met de ontwikkeling van (grote) groepspraktijken tot gezondheidscentra. Mij lijkt het beter om de samenwerking van de gezondheidszorg in de eerste lijn niet verder te laten groeien dan tot kleine huisartsgroepjes met een medisch home-team, zodat er ruime mogelijkheden blijven voor medisch-technische en humanitaire taken, waarbij de voordelen van de solopraktijk en de groepspraktijk worden gecombineerd. De huisarts blijft de spil van het medisch home-team en via de taakverdeling een hoeksteen in het team van de welzijnszorgers, waarbij het maatschappelijk werk een brugfunctie tussen beide teams kan vervullen.

Mutatis mutandis geldt het bovenstaande ook voor de samenwerking en teamvorming in de welzijnszorg: men moet streven naar kleine, probleemgerichte teams in het leefmilieu, ter wille van de duidelijkheid op enkele plaatsen geëtaleerd in een wijk-

en dienstencentrum als centraal ontmoetingspunt, waarin niet noodzakelijk een huisartspraktijk gevestigd hoeft te zijn (mogelijk zelfs beter niet). Opvallend is dat in dit hele spel van krachten en hergroeperingen de bevolking aan de kant staat en lijkt toe te zien hoe de verschillende disciplines binnen de welzijnszorg elkaar in de haren zitten. Alleen via deze – op concrete doelen gerichte – welzijnsteams lijkt voor de bevolking een duidelijke mogelijkheid gegeven tot inspraak in het totale beleid van de welzijnszorg ter plaatse, in een wijk- en dienstencentrum onder eigen verantwoordelijkheid. Waar blijven de cliëntenorganisaties en waar de besturen van de welzijnsorganisaties, die pretenderen hun cliënten te vertegenwoordigen?

### „Hoe warm het was en hoe ver”\*

Om niet de indruk te wekken een evaluatie van de welzijnszorg vanuit de optiek van een huisarts te geven die uitsluitend is gebaseerd op gegevens uit de literatuur van de laatste tien jaar, zal ik een overzicht geven van eigen ervaringen bij het tot stand brengen van een wijk- en dienstencentrum in Den Haag. *Van der Grinten en De Jong* zeggen hierover: „Gezondheidscentra vragen een enorme inspanning van de werkers, zowel tijdens de oprichting als tijdens de rit”. *Veltman* gaf in „De eerste lijn” een overzicht van de ontwikkelingen betreffende een samenwerkingsproject in de Amsterdamse Postjesbuurt. Overeenkomstig ons geval werd in een oude stadsbuurt door enige huisartsen de eerste aanzet gegeven. Zij meenden steeds meer klachten te signaleren die samenhangen met psychosociale nood en streefden naar teamwork op buurtniveau. Er ontstond een functionarissenoverleg met als doel een gezondheidscentrum. Tijdens de rit werd de behoefte gevoeld om de wijkbewoners in de opzet te betrekken, zodat een welzijnscentrum in het vizier kwam. Bewonersoverleg en functionarissenoverleg kwamen echter niet goed uit de verf omdat de doelstellingen niet gelijk waren. Terecht zette het bewonersoverleg door en de functionarissen (welzijnswerkers) moesten zich aanpassen aan de behoeften van de buurt. Uiteindelijk bleek de behoefte aan een huisartsenvestiging in het welzijnscentrum niet zo groot dat daarvoor andere behoeften zouden moeten wijken en de huisartsen stonden weer buiten spel. Ongetwijfeld een teleurstelling voor de huisartsen, maar bij nader inzien een terechte ontwikkeling. De ontwikkelingen in het welzijnswerk

moeten immers in de eerste plaats zijn afgestemd op de behoeften van de buurtbewoners: de bewoners moeten de prioriteiten vaststellen, niet de functionarissen. Al heeft het overleg tussen functionarissen en buurtbewoners dan niet geleid tot een wijk- en dienstencentrum in een vorm zoals de welzijnswerkers zich hadden voorgesteld, de winst van het functionarissenoverleg lag wel degelijk hierin dat de disciplines van het welzijnswerk scherper op elkaar werden afgesteld rond een bepaalde problematiek. Zo is ook bij ons in Den Haag een zeer levendig contact tot stand gekomen tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters, geïnstitutionaliseerd in maandelijkse bijeenkomsten ter bespreking van gezamenlijke problemen en leerzame casuïstiek, waaruit gemakkelijk ad hoc-contacten konden ontstaan rond een bepaald probleemgeval. Naast deze bijeenkomsten hebben zich andere samenwerkingsverbanden ontwikkeld rond gastarbeiders, Surinaamse Nederlanders, jongeren- en jeugdwerk, bejaardenzorg en milieuvraagstukken. Deze ontwikkeling lijkt mij alleen maar toe te juichen in het licht van de bewustwording en zelfwerkzaamheid van welzijnswerkers en bevolking. Na een eerste brief in september 1976 over onze voorstellen en voorwaarden aangaande participatie in het wijk- en dienstencentrum, schreven wij (de huisartsen Ansink, Klooster en Oliemans) weer een brief: „Aan de Wethouder voor Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid en aan allen die hebben medegewerkt aan de voorbereiding van een wijk- en dienstencentrum aan het Regentesseplein” (*Bijlage I*). Deze brief kan beschouwd worden als het sluitstuk van een tien jaar durend proces van voorbereidend denkwerk, vergaderen en onderhandelen, een proces dat uiteindelijk wel geleid heeft tot het stichten van een wijk- en dienstencentrum, maar zonder de huisartsen. Aansluitend het officiële antwoord van Burgemeester en Wethouders van Den Haag (*Bijlage II*).

#### Bijlage I. Brief aan Wethouder.

*Aan de Heer H. F. Happel, Wethouder voor Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid; aan allen die hebben medegewerkt aan de voorbereiding van een wijk- en dienstencentrum aan het Regentesseplein.*

*Historie: De geschiedenis gaat terug tot de jaren 1969-1970. In de achter ons liggende jaren hebben we voortdurend tezamen geprobeerd een wijk- en dienstencentrum voor het Regentesse-Valkenboskwartier te reali-*

*seren. In 1971-1972 deed zich een unieke kans voor om een dergelijk centrum te vestigen aan het Regentesseplein, op de plaats van de te slopen Regentessekerk: op de parterre het wijk- en dienstencentrum, daarboven bejaardenflats. Na lange en moeizame onderhandelingen leek in begin 1974 de zaak in principe rond. Helaas leverde de financiering van het gehele project onoverkomelijke moeilijkheden op, zodanig dat het gemeentebestuur bij monde van wethouder Van Lier in juli 1975 aan alle medewerkers moest meedelen dat de zaak vooral financieel niet haalbaar was; B en W stelden voor om op deze plaats een bibliotheek te vestigen.*

*De verslagenheid en de verontwaardiging van de medewerkers resulteerden in een vlamdend protest tegen deze gang van zaken op een grote wijkvergadering van de raadscommissie voor wijkzaken in november 1975. Op deze vergadering waren aanwezig de wethouders Van Hagen en Van Lier en de leden van de raadscommissie. Er werd besloten dat de discussie over de wenselijkheid en mogelijkheid van een Wijk- en Dienstencentrum aan het Regentesseplein (WDR) heropend zou worden.*

*Een nieuwe oproep tot de dienstverleners om zitting te nemen in het WDR leverde een grote lijst van gegadigden. Nieuwe pogingen werden ondernomen de wensen van de wijkbewoners te peilen ten aanzien van een WDR; een eerste reactie leverde 1350 adhesiebetuigingen op.*

*De gemeentearchitect zou alternatieve plannen ontwerpen voor de vulling van de parterreruimte van het project aan het Regentesseplein. Er kwamen drie plannen op tafel:*

- 1. Een medisch centrum (bescheiden ruimte voor de dienstverleners, nauwelijks ruimte voor de wijkactiviteiten);*
- 2. Een bibliotheek, als volwaardig filiaal van de gemeentebibliotheek;*
- 3. Een welzijnscentrum, met voldoende ruimte voor dienstverlening en wijkactiviteiten. Voor de huisartsen was er dan geen plaats meer.*

*Waarom was er in plan 3 geen plaats meer voor een medische vleugel? Omdat het de gemeente (na alle problemen met de financiering van het gehele project) gebleken was dat de zaak alleen rond te krijgen was als:*

- 1. Een bijzondere subsidie van het Ministerie van Volkshuisvesting verkregen zou worden, een zogenaamde locatiesubsidie (voor extra duur uitvallende bouwprojecten).*
- 2. Voldaan zou worden aan de nieuwe bouwvoorschriften ten aanzien van bejaardenwoningbouw: één aangepaste woning voor invalide bejaarden op 50 woningen. Voor de 66 geplande woningen op het Regentesseplein betekende dit twee aangepaste woningen, volgens de architect bij voorkeur te situeren op de begane grond.*

\*Camera Obscura

Inderaad werd de locatiesubsidie eind 1976 verkregen. De consequentie van bovengenoemde voorschriften was, dat van de beschikbare parterruimte (900 m<sup>2</sup>) ongeveer 100 m<sup>2</sup> bestemd zou moeten worden voor de twee aangepaste woningen. Voor dienstverlening, wijkgedeelte en artsengedeelte bleef dus 800 m<sup>2</sup> over, duidelijk te weinig voor de huisvesting van de driepoot van het welzijnswerk.

Ondertussen gingen de onderhandelingen tussen gemeente en huisartsen door over de verwachte huurprijzen. In aansluiting op een vergadering op 16-8-1976 werd door de huisartsen Ansink, Klooster en Oliemans begin september een brief gericht aan de afdeling Maatschappelijk

Welzijn en Volksgezondheid der gemeente, waaruit de volgende citaten:

„Helaas is er in de situatieschets voor het WDR geen plaats meer voor de artseneunits . . . tenzij alsnog de ruimte, bestemd voor de invalidenwoningen (geheel of gedeeltelijk), bij het WDR wordt getrokken, waardoor het mogelijk wordt de oorspronkelijke opzet te verwezenlijken: één gedeelte voor de wijk, een gedeelte voor de dienstverlening en een medisch gedeelte”.

„Verdere onderhandelingen over deelneming van de huisartsen in het WDR worden pas zinvol als voldaan kan worden aan bovengenoemde voorwaarden: voldoende vloeroppervlak voor het redelijk huisvesten van de drieëenheid wijk, dienstverlening, artsen”.

„Ten slotte, deelneming in het WDR betekent voor ondergetekenden nog steeds de verwezenlijking van een lang gekoesterd ideaal. Ook al zouden de artsen om financieel-technische redenen niet in het WDR kunnen participeren, dan willen zij toch de totstandkoming van een WDR helpen bevorderen en op de oude voet voortgaan in de samenwerking met andere dienstverleners en wijkgroeperingen”.

Op het wijkfront gaan de ontwikkelingen ook verder: de wijkbewoners worden per huis-aan-huis bezorgde folder opgeroepen zich uit te spreken over hun voorkeur voor een WDR of een bibliotheek. Voorwaar, een moeilijke keuze tussen twee goede en noodzakelijke voorzieningen! Op 23-11-1976 is er een informatieavond voor de wijkbewoners over het project Regentesseplein. Tevens probeert men de stemming te peilen ten aanzien van de keuze WDR of bibliotheek. Later blijkt uiteindelijk gekozen te zijn voor een WDR door 850 bewoners en door 400 bewoners voor een bibliotheek. Dit laatste is kennelijk ook een grote behoefte.

Tot op heden, 15-1-1977 . . . , mochten de huisartsen nog geen antwoord ontvangen op hun brief van begin september 1976 over hun voorstellen en voorwaarden betreffende hun deelneming in het WDR. Hieruit trekken zij de conclusie dat er onoverkomelijke moeilijkheden zijn rond de financiering van een groot wijk- en dienstencentrum, als de huisartsen daarin zouden participeren.

Het is de huisartsen duidelijk dat „subsidiering” van vrij gevestigde artsen in een oude stadswijk politiek gezien een zeer moeilijke zaak is, die mogelijk pas na veel landelijk geëxperimenteer en geploeter opgelost kan worden.

Om voornoemde redenen en de nog volgende argumenten menen de huisartsen Ansink, Klooster en Oliemans op dit moment te moeten afzien van hun „historisch recht” op een plaats in het WDR. Zij menen deze belangrijke beslissing nog verder voor u te moeten verduidelijken met de volgende overwegingen ten aanzien van de ontwikkelingen in de eerste lijn:

1. Welzijnszorg en gezondheidszorg behoren een samenhangend en samenwerkend geheel te vormen, waarbij wij uitgaan van het idee dat de gezondheidszorg maar een onderdeel vormt van de totale welzijnszorg;

2. De welzijnszorg (zonder de gezondheidszorg) is nog duidelijk in ontwikkeling: hoe wordt de verhouding tussen welzijnswerker (al of niet beroeps) en de wijkgroeperingen? Waar ligt het juiste evenwicht? Hoe vindt dit politiek gestalte?

3. De gezondheidszorg, „geleid” door de huisartsen (?) (zie nota -Hendriks) is nog lang niet aan haar eindpunt; er zijn nog zoveel vragen over samenwerkingsvormen, organisatie, registratie, doelstelling, omgrenzen van het werkterrein, plaats en functie van de huisarts in het geheel;

Bijlage II. Brief van Burgemeester en Wethouders te 's-Gravenhage



GEMEENTE 'S-GRAVENHAGE

Nr. 206030 , Afd. H.W.V.

Betreft Uw brief van: 14 september 1976  
en 17 februari 1977.

Inzake: wijk- en dienstencentrum  
aan het Regentesseplein.

Bijlage(n):

Aan  
de Heren C.A. Ansink, C.F.M. Klooster  
en Dr. A.P. Oliemans,  
p/a Regentesseplein 14,  
's-Gravenhage.

'S-GRAVENHAGE, 22 april 1977.

In antwoord op Uw bovenaangehaalde brieven delen wij U het volgende mede.

Wij hebben kennisgenomen van Uw besluit de aanspraak op een plaats in het wijk- en dienstencentrum aan het Regentesseplein te laten varen.

De gronden waarop dit besluit is genomen maken ons nog eens duidelijk hoe groot Uw betrokkenheid is bij de ontwikkeling van de organisatie van het welzijnswerk in het Regentessekwartier.

Voor de door U in dit kader aan de dag gelegde activiteiten zeggen wij U dank.

Wij vertrouwen erop dat U ook in de toekomst Uw activiteiten op dit werkterrein zult voortzetten.

Burgemeester en Wethouders van 's-Gravenhage,  
De Secretaris, De Burgemeester,

lo.

J. Valoos

(Sawojs)

4. De samenwerking tussen beide sectoren van het welzijnswerk (welzijnszorg en gezondheidszorg) blijkt zeer veel problemen te geven, zoals we kunnen lezen uit de overvloedige literatuur die daarover de laatste jaren is verschenen. Terecht wordt de individuele arts-patiëntrelatie als een pijler van de gezondheidszorg beschouwd, maar zij kan in deze fase een rem betekenen op de ontwikkelingen in het welzijnswerk als de huisartsen een te belangrijke stem hierin zouden krijgen. De voor het welzijnswerk noodzakelijk geachte politieke bewustwording van bepaalde groepen in de wijk zou door een opportunistisch samengaan van welzijns- en gezondheidszorg kunnen worden vertraagd. Met name het artikel van John Veltman in „De eerste lijn” 1976, 4-5, over de ontwikkelingen in de welzijnssector in de Postjesbuurt in Amsterdam, past als een handschoen op de situatie die wij kennen in ons Regentesse-Valkenboskwartier. Ook hieruit blijkt weer dat een min of meer gedwongen op elkaar binden van welzijnswerkers, wijkbewoners en huisartsen al snel tot frustraties leidt met als gevolg afsplitsingen naar nieuwe groeperingen met nieuwe doelstellingen en werkwijzen. Nog te weinig kunnen deze onderdelen van het welzijnswerk elkaar verstaan, door andere doelstellingen, ander taalgebruik, machtsdrang, veel (te veel) noodzaak tot vergaderen (absenteïsme). Waar gaan wij naar toe? Allen in dienst van een (autonom?) wijkorgaan? Dwingend samenspel? We weten het niet en zoeken tastend onze weg, elkaar de hand reikend, goodwill en begrip kwekend over vele jaren.

Op het punt gekomen waar wij nu zijn aangeland, waarop op korte termijn beslissingen moeten worden genomen over

het WDR (òns WDR!), lijkt het verstandig dat de huisartsen hun claim op een plaats in het WDR laten varen om de andere welzijnswerkers en de wijkvertegenwoordigers de kans te geven elkaar te vinden in een goed samenspel. De huisartsen blijven zeer geïnteresseerd in de ontwikkelingen en willen gaarne mee blijven denken en mee blijven doen zonder een sturend element te zijn.

In nog vele gesprekken met u allen hopen de artsen tot verbetering van de woon- en leefsituatie in de Regentesse-Valkenbosbuurt te kunnen bijdragen.

C. Ansink, C. Klooster, A. P. Oliemans.

*Samenvatting. Een evaluatie werd gemaakt van tien jaar literatuur en eigen ervaring betreffende de relatie gezondheidszorg en welzijnszorg. Aangetoond wordt hoe moeilijk het is binnen welzijns- en gezondheidszorg tot goed functionerende samenwerkingsvormen te komen. De gezondheidszorg dient (behoedzaam) in de eerste lijn te worden gebundeld, waarbij de voorkeur van de auteur uitgaat naar kleine groepjes huisartsen, de zogenaamde „mini-groepspraktijk”, die contact met de welzijnszorg onderhoudt via het maatschappelijk werk.*

*Summary. General practitioner and welfare (III). An evaluation is presented of the pertinent literature of the past ten years and of personal observations on the relation between health care and welfare. It is demonstrated how difficult it is to establish well-functioning lines of cooperation between welfare and health care. Primary health care should be (cautiously) organized in joint efforts; in this respect*

*the author prefers a situation in which small teams of general practitioners – so called ‘minigroup practices’ – maintain contacts with welfare agencies via social workers.*

- Bogaartz, W. (1974) huisarts en wetenschap 17, 371.
- Bremer-Schulte, M. A. (1974) Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1976.
- Bureau Integrale Dienstverlening. Samenwerkingsinformatieblad, december 1976.
- Drogendijk, A. C. (1974) De Ziekenfonds-gids 28, 14.
- Festen, H. (1977) Metamedica 56, 2.
- Grinten, T. van der en G. A. de Jong (1975) Hulpverleners en veranderen 11, 61.
- Handelingen Jubileumcongres KNMG (II) (1975) Med. Contact 29, 1495.
- Illich, I. Medical Nemesis. Calder and Bogers Ltd, London, 1975.
- Itoba-rapport. Instituut voor toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding. Amsterdam, 1976.
- Klooster, C. F. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 343.
- Moor, R. A. de (1966) Maatschappelijk Welzijn 18, 106.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport, Rijswijk, 1976.
- Veltman, J. (1976) Interdisciplinaire samenwerking in een buurt. De eerste lijn, 4-5.
- Vroege, N. H. (1966) huisarts en wetenschap 9, 372.
- Zola, I. K. (1974) Hulpverleners en veranderen 7, 43.