

# Van hometeam tot HOED-constructie

## De weerslag van de verandering in praktijkvoering in 50 jaargangen *Huisarts en Wetenschap*

### Inleiding

Tegenwoordig werkt bijna de helft van de huisartsen in een of andere vorm van groepspraktijk, in 1970 was dat twee procent. Zeker in de steden en bij vrouwen is de groepspraktijk de norm en haar aandeel zal alleen maar stijgen. Van de nieuwe, merendeels vrouwelijke artsen prefereert slechts drie procent een solopraktijk.<sup>1</sup> Hoe heeft de praktijkvorm zo snel kunnen veranderen?

### De integrale geneeskunde en de teamvorming

Het zijn zowel medische, idealistische als sociaal-economische omstandigheden en wensen geweest die aan de opkomst van de groepspraktijk hebben bijgedragen.

Huygen kenschetste in 1956 zijn beroep als eenzaam, waardoor hij moeilijk de vooruitgang op alle vakgebieden kon bijhouden.<sup>2</sup> De integrale geneeskunde maakte dit probleem groter. Nu moest hij ook nog psycholoog, therapeut en sociaal-geneeskundige zijn.<sup>3</sup> Die integrale geneeskunde werd bovendien steeds belangrijker omdat de gemiddelde patiënt niet alleen ouder werd, maar ook door 'massalisering, industrialisatie' en ontkerstening blootstond aan spanningen die steeds vaker 'tot ontsporingen' in zijn maatschappelijke en familiale leven konden leiden.<sup>4</sup> Samenwerking zou de integrale zorg vergemakkelijken en de kwaliteit van de zorg verbeteren. Dit is het verband tussen de opkomst van de continue, integrale zorg en de opkomst van groepspraktijken. Ook stimuleerden de kopstukken van het NHG de samenwerking omdat zij er een stimulans voor wetenschappelijk werk van verwachtten. Bovendien wilden de huisartsen meer vrije tijd, minder druk op het eigen gezin en een betere regeling van avond- en weekenddiensten.<sup>5,6</sup>

Een economische drijfveer achter de groepspraktijken was de gedachte dat ze de wachttijden zouden verkleinen. Wachttijden zorgden volgens Ten Cate, 1958, voor een schadepost van f10.000.000,- per jaar, 'nog afgezien van de niet in geldswaarde uit te drukken' schade geleden door wachtende huisvrouwen en andere ongesalarieerden.<sup>7,8</sup>

Door deze combinatie van factoren gingen er vanaf 1960 steeds meer stemmen op om enerzijds teams te vormen met andere huisartsen (monodisciplinair) en anderzijds met deskundigen op andere terreinen (multidisciplinair). In het Woudschotenrapport handelden drie van de twaalf 'taken van de huisarts' over samenwerking. Met name multidisciplinariteit sloot aan bij de opvatting over integrale huisartsgeneeskunde. Maar ook zonder multidisciplinair samenwerkingsverband kon integrale geneeskunde gestalte krijgen.<sup>9,10</sup> Maar de huisarts moest er dan wel positief tegenover staan, omdat hij hoe dan ook bij de ontwikkeling ervan de 'onmisbare, zo niet centrale figuur' zou zijn.<sup>3</sup>

### Justus Trije Buma

Een van de vurigste pleiters voor de multidisciplinaire groepspraktijk, was Buma, ook omdat die praktijkvorm volgens hem een adequaat antwoord vormde op de dalende status van de huisarts.<sup>11</sup> Maar in welke vorm dan ook, samenwerking moest 'een centrale plaats' in gaan nemen 'in een te ontwerpen gedragscode voor (huis)artsen' en het NHG moest de ontwikkeling van een 'samenwerkingsattitude' tot doelstelling verheffen.<sup>12</sup> Door de groepspraktijk konden jonge artsen 'onder verantwoordelijkheid van een ervaren huisarts' de kneepjes van het vak leren voordat ze zich gingen vestigen en zelf helemaal verantwoordelijk werden voor de patiënt.<sup>11</sup> Het was voor Buma wel essentieel dat die verantwoordelijkheid persoonlijk bleef, en daarom prefereerde hij het woord 'groep' boven 'team', omdat dat woord een gezamenlijke verantwoordelijkheid suggereert.<sup>11,13</sup> Volgens Buma was een groepspraktijk goed voor het gezinsleven van de arts, voor het doorlopend ontwikkelen van de deskundigheid en de financiële efficiëntie. De Britse overheid stimuleerde de groepspraktijk vanwege deze voordelen, omdat het de praktijkgrootte zou verkleinen en omdat het de arts 'uit zijn isolement' zou halen. Afgaand op dat voorbeeld was er volgens Buma in menig opzicht 'aanzienlijke winst te behalen'. Principiële bezwaren had hij 'niet kunnen ontdekken'. Hij wilde derhalve in Nederland enkele experimenten starten, zodat men ook hier een oordeel kon verkrijgen over groepspraktijken 'onder onze verhoudingen',<sup>11</sup> een opvatting die Huygen onderstreepte.<sup>14</sup>

### De samenwerking met andere beroepsgroepen en de weldaad genaamd 'vrouw'

Rond 1960 verscheen er een veelheid aan artikelen in *huisarts en wetenschap* over 'samenwerking'; enerzijds met elkaar, die veel voorkwam maar minder aanleiding tot bespiegeling gaf, en anderzijds met psychologen, psychotherapeuten of wijkverpleegkundigen.<sup>4,15,16</sup> Het NHG moest met name deze multidisciplinaire samenwerkingsvorm bevorderen omdat die het wetenschappelijk werk zou vergemakkelijken.<sup>17-18</sup> Bovendien kwam er door de wijkverpleging een weldadig werkend, vrouwelijk element de gezondheidszorg binnen. Vrouwen hadden tenslotte meer oog voor sociale problematiek en de speciale nood van kinderen en ouderen.<sup>15</sup>

In 1961 deed Van Es verslag van een geslaagde samenwerking met een socioloog op de Nijmeegse NHG-huisartsencursus 'Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte'.<sup>19</sup> Minister Marga Klompé opende die cursus en drong daarbij aan op samenwerking tussen medici en maatschappelijk werkenden. Zij was verheugd 'dat in deze richting nu systematisch naar aanknopingspunten en

coördinatie' werd gezocht.<sup>20</sup> Het was, aldus redacteur Denekamp, geen toeval dat het een vrouw was die dit zei. Het grote 'vrouwelijke element' was opvallend. Er waren vier spreeksters en veel dames in de panels en onder de toehoorders.

En toen de Diverse Toneelvereniging met groot succes een charmante één-acter van de Nederlandsche schrijfster Luisa Treves opvoerde [1 heer, 6 dames] was de suprematie van het zwakke geslacht wel compleet!<sup>21</sup>

### Een eerste multidisciplinaire samenwerkingsvorm: Huygens hometeam

Op diezelfde cursus gaf Huygen inzicht in zijn 'hometeam', dat hij zo noemde omdat hij zijn patiënten thuis bezocht en hen zag als onderdeel van hun gezin. Huygen richtte zich op de Woudschoten-taak: 'Integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband.'<sup>22</sup> Voor de samenwerking kon men een bewust 'thuisfront' opbouwen waarvan bijvoorbeeld de wijkverpleegster en de 'heilgymnast-masseur-fysiotherapeut' deel uitmaakten. Het team moest regelmatig bijeenkomen waarbij iedereen zijn of haar standpunt op gelijkwaardige basis kon inbrengen, al bleef de huisarts *primus inter pares*. De samenwerking zou echter diens vakisolement doorbreken waardoor hij 'zich minder eenzaam en machteloos' zou voelen.<sup>8,22</sup> Dit betekent dat het hometeam geen vast team was, maar een groep mensen betrokken bij de verzorging van een specifieke patiënt. Het spreekt echter vanzelf dat in de kleine gemeenschap waarin Huygen werkzaam was – het dorpje Lent –, hij vaak dezelfde mensen in de teams terugzag.

Zo'n team had natuurlijk ook nadelen, zoals een mogelijke botsing van karakters en het in gevaar komen van het beroepsgeheim. Huygen maakte bij het beroepsgeheim onderscheid tussen wat alleen de arts wist, wat de patiënt ook aan anderen had verteld, en wat algemeen bekend was. Dat laatste vormde geen probleem en over het eerste mocht de arts alleen praten na toestemming van de patiënt. En zaken die de patiënt aan andere leden van het team had verteld, mochten ook aan de arts worden verteld.

De ervaring heeft mij geleerd dat de moeilijkheden in theorie veel groter zijn dan in de praktijk. In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiekelijk bekende situaties – al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.<sup>8</sup>

### De Weekendconferentie Groepspraktijken

In 1963 stond de groepspraktijk weer in de belangstelling op de 'Weekendconferentie Groepspraktijken' te Eindhoven, er was zelfs een vertegenwoordiger van het Ministerie van Volksgezondheid aanwezig. De sympathiebetuigingen waren gebleven, maar de vragen ook, bijvoorbeeld of een groepspraktijk kostenverlagend zou zijn. Het antwoord was negatief, er was eerder sprake van het tegendeel door de wens 'bij een groepspraktijk meer hulpkrachten in te schakelen' en 'het verlangen naar een beter ingerichte praktijkruimte, dan bij een éénmans-praktijk mogelijk is'. Een groepspraktijk was dus geen sluitend antwoord op alle moei-

lijkheden, maar het bleef desalniettemin 'alleszins de moeite waard een experiment van groepssamenwerking op te zetten'.<sup>23</sup> Deze conferentie werd spoedig gevolgd door de artikelenreeks 'De toekomst van de huisarts' die de groepspraktijk als mogelijkheid, waarschijnlijkheid en wenselijkheid naar voren bracht. Bovendien werd erin bepleit dat de overheid, net zoals in het Verenigd Koninkrijk, de groepsvorming moest stimuleren.<sup>24</sup>

Er kwamen experimenten, zoals in Apeldoorn over samenwerking met het maatschappelijk werk om zicht te krijgen op de relatie tussen sociale omstandigheden en gezondheidsklachten. Het bracht Van Es tot een positieve aanbeveling. Samenwerking was van belang voor de huisartsen want het was goed 'voor de patiënt en zijn behandeling'.<sup>25</sup> Ook in Nijmegen, Amsterdam en Groningen ontstonden samenwerkingsverbanden, waarvan die laatste connecties had met hoogleraar sociale geneeskunde Van Deen, een van de oprichters van de NHG.<sup>26</sup> Ook hier stemden de resultaten tevreden. Maar die resultaten lieten ook zien dat blijvend succes afhankelijk was van 'een continue, goede persoonlijke relatie' tussen de samenwerkenden, wat zeker in de steden nog voor problemen zou gaan zorgen.<sup>27</sup>

### Wat is een 'groepspraktijk'?

Klompé en de Weekendconferentie tonen aan dat de groepspraktijk midden jaren zestig bij de overheid in de belangstelling kwam. De Volksgezondheidsnota 1966 besteedde er uitgebreid aandacht aan en ook in de Tweede-Kamerbesprekingen kwam zij aan de orde.<sup>17</sup> De Structuurnota Gezondheidszorg 1974 formaliseerde die ontwikkeling. Zij bepleitte versterking en uitbreiding van het aantal groepspraktijken.<sup>5</sup> Hierbij was duidelijk dat ook bij de overheid multidisciplinariteit voorop stond, maar het probleem met de Volksgezondheidsnota was toch dat onduidelijk was wat er precies onder een groepspraktijk werd verstaan. Hofmans stelde daarom de volgende definitie voor:

Die vorm van uitoefening van de huisartsgeneeskunde, waarbij bij voorkeur drie tot vijf huisartsen, met assistentie van administratief en medisch personeel, samenwerken vanuit een centraal praktijkgebouw. Men kan zich voorstellen dat hierdoor de mogelijkheden worden verruimd om – zoals dit in de wijkgezondheidszorg wordt gesteld – tot een nauwe samenwerking met wijkverpleegster, maatschappelijk werker, pastor, enzovoort te geraken.<sup>17</sup>

Het verschil met het hometeam – althans in theorie – is duidelijk: hier was sprake van een doorgaans vast team.<sup>28</sup> De – weinige – artikelen over hometeams maken echter duidelijk dat ook zij meestal uit een vaste groep bestonden. In de praktijk bleek vaak het team en niet de patiënt het uitgangspunt.<sup>29</sup> Hofmans is een van de figuren die duidelijk maken dat de groepspraktijken de sympathie hadden van de redactie van *huisarts en wetenschap*. Hij wordt met Buma zelfs een van de drijvende krachten achter het stimuleren ervan genoemd, wat hem volgens Lamberts zeker in de jaren zestig niet altijd in dank is afgenomen. 'De discussies en de briefwisselingen zijn uitvoerig en er valt menig hartig woord in de contacten met verschillende voormannen in de

huisartsenwereld.<sup>14</sup> Het leeuwendeel van de beroepsgroep stond toentertijd dan ook gereserveerd tegenover (een grote mate van) samenwerking, vanwege 'angst voor autonomieverlies en scepsis over de meerwaarde'.<sup>30</sup> Wellicht zag daarom de redactie het, ondanks de eigen positieve houding, als haar taak ook de nadelen te belichten. Zij noemden naast de hogere kosten: onderlinge spanningen, verminderde arts-patiëntrelatie of verlies van de individuele vrijheid.

Een ander resultaat van overheidsbelangstelling en discussie was een conferentie op 29 januari 1966. Daaraan namen 66 huisartsen deel die een groepspraktijk wilden vormen. Zij wezen, naast de eerder genoemde voordelen, op een snelle onderlinge correctie door de 'intensieve communicatie met de overige teamgenoten', en het verlagen van de drempelvrees om een praktijk te starten. Desalniettemin werd wederom onderstreept dat het niet uitgesloten was dat ook een solist de huisartsgeneeskunde integraal kon beoefenen.<sup>17</sup>

Dit laatste laat zien dat op de conferentie ook kritiek was te horen. Van Es wees naast tijdverlies als gevolg van het onderlinge overleg, wederom op de financiën. Verder zouden nieuwe groepspraktijken – bijvoorbeeld in nieuwe wijken – kunnen bestaan uit artsen die elkaar niet kenden. Dit kon, ondanks alle goede bedoelingen, tot problemen leiden.<sup>18,31</sup>

### Aanloopmoeilijkheden

Alle enthousiasme, ideeën en overheidssteun namen niet weg dat de praktijk weer eens weerbarstig bleek. Vaak was de veelgeroemde multidisciplinaire samenwerking in de praktijk niet meer dan wat contacten met specialisten, gesprekjes met wijkverpleegsters, telefoontjes met maatschappelijk werkers of het invullen van wat formulieren van de vroedvrouw.<sup>33</sup> Dit was wel verklaarbaar, al was het maar omdat jaarlijks een groot deel van de bevolking in contact kwam met een (huis)arts, maar nog geen twee procent met een wijkverpleegster. Belangrijker echter was dat de beroepsinhoud veranderde door de verschuiving van somatisch-curatieve naar integraal-preventieve zorg.<sup>34</sup> Dit resulteerde in 'actieve zorgende bemoeienis' met 'bepaalde gepredisponerde groepen' en vereiste een geheel ander soort gezondheidswerkers, en daarmee een andere samenwerking, dan vroeger. Maar dit botste met de verzuilde kruisverenigingen, het afgeperkte wijkverpleegkundige werkteerrein, het gebrek aan kennis bij de arts over de wijkverpleegkundige mogelijkheden, en – meest ernstig – het sociale verschil tussen arts en wijkverpleegkundige. De arts was 'koning op eigen erf'. Dat was historisch zo gegroeid en de patiënt wilde het zo. Het had geleid tot een 'krampachtig verantwoordelijkheidsgevoel' waardoor de wijkverpleegster zich vaak slechts de dienstmaagd van de huisarts voelde. Het leidt tot de paradoxale situatie dat de ontwikkeling achter de pleidooien tot samenwerking, ook barrières daarin opwierp. Phaff stelde echter optimistisch dat wellicht juist door de samenwerking door te zetten 'deze beroepsmatige deformatie' kon veranderen.<sup>34</sup>

Maar zes jaren later werd de huisarts in een groepspraktijk nog steeds 'te dominant' genoemd.<sup>31</sup> De verschillen in status, verant-

woordelijkheid en honorering maakten dat hij als vanzelf de centrale kracht in ieder multidisciplinair samenwerkingsverband bleef. Het tweedelige rapport *Groepspraktijken en groepsprocessen* beschreef de vrees dat het samenwerkingsbesluit slechts het begin was van een lang, problematisch, technisch-organisatorisch en psychosociaal proces.<sup>35</sup> Dit bleek niet overdreven.

### Overheidsdienst onontkoombaar

Ondanks de weerbarstige praktijk was het aantal samenwerkingsverbanden vanaf eind jaren zestig gestegen. Naventant steeg ook het aantal verslagen erover in *huisarts en wetenschap*,<sup>36-41</sup> mede omdat men van nieuwe redactieleden een positieve grondhouding tegenover samenwerking verwachtte.<sup>14</sup> In die verslagen schreven zij dat vrije vestiging van de arts samenwerking in de weg stond, omdat, aldus Dokter, dit tot zo'n grote praktijk leidde dat er voor samenwerking – lees: overleg – geen tijd overbleef. Op zijn minst partiële overheidsdienst moest uitkomst brengen, bijvoorbeeld bij de zuigelingen- en kleuterzorg. Dit was ook goed voor de patiënt omdat dit een continuïteit waarborgde die een vrij gevestigde arts niet kon garanderen. Bovendien was overheidsdienst onontkoombaar omdat samenwerking onontkoombaar was. Die leidde vanzelf tot overheidsdienst omdat (grote) inkomensverschillen binnen eenzelfde team ongewenst waren.<sup>42,43</sup>

### De solist nieuwe stijl

Samenwerking was dus meer dan alleen een organisatorische verandering. Het leidde tot fundamentele veranderingen over de opvattingen van het beroep, de sociale status van de beroepsbeoefenaar én diens inkomen. Dus bleven de meeste huisartsen (nog) als solist werkzaam, al was er wel een connectie tussen samenwerkingswens en NHG-lidmaatschap.<sup>41</sup> Een van de artsen die een voorkeur bleef houden voor een solopraktijk was de Haagse huisarts Bogaartz.<sup>44</sup> Volgens hem werden daarin zaken gewaarborgd als toegankelijkheid, lage drempel, goede persoonlijke relatie, solidariteit, continuïteit, beroepsgeheim, goed financieel beleid én, opmerkelijk genoeg, samenwerking met andere hulpverleners. Hij beschouwde samenwerking meer als tijdverschijnsel dan als medische noodzaak.<sup>45</sup> Maar hij was wel een 'solist nieuwe stijl' die veelvuldig contact en overleg met collega's essentieel vond en die bereid was tot nauwe samenwerking met andere gezondheidswerkers.<sup>44</sup>

Een tweetal Hoogeveense huisartsen stemde met Bogaartz in. 'Gezondheidscentrum' was niet hét antwoord op alle vragen die moderne tijd en integrale geneeskunde opwierpen. Hun huisartsenberaad, waaraan ruim twintig regionale artsen deelnamen, kwam eveneens prima tegemoet aan de eisen van een moderne huisartsenpraktijk. Het werk in een gezondheidscentrum, dat vele kolommen in *huisarts en wetenschap* vulde, was allesbehalve zaligmakend.<sup>46,47</sup>

In feite gaven de artikelen van Bogaartz en anderen aan dat alleen al het praten over samenwerking de beroepsopvatting had veranderd. Hun argument was immers dat ook in solo- of monodisciplinaire duopraktijken heel goed sprake kon zijn van samenwerking

en goede zorg. De 'solist nieuwe stijl' was gestoeld op dezelfde opvattingen die eerder zorgden voor de roep om gezondheidscentra. Huygen sprak derhalve van een 'pseudo-groepspraktijk'.<sup>48</sup>

### Samenwerkingsverbanden in de praktijk

Maar al was de solist, echt of pseudo, dan nog ruim in de meerderheid, overall ontstonden groepspraktijken en het waren de multidisciplinaire gezondheidscentra die de meeste aandacht trokken dan wel opeisten. Een van hen stond in Rotterdam/Ommoord.<sup>49</sup> Het was het centrum van Lamberts. Een centrum dat door 'samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg – [een] alternatieve vorm van hulpverlening aan de consument van primaire gezondheidszorg' wilde bieden. Het centrum was bovendien door idealisme en patiëntenaantal een geschikte plek voor wetenschappelijk onderzoek; onderzoek dat Ommoord bekendheid zou geven tot buiten de landsgrenzen.<sup>50</sup>

Maar ook Lamberts verzuchtte in 1974 dat samenwerken moeilijk was. Samenwerkingsverbanden leken vaak op huwelijken waarin de eindfase van liefdevolle genegenheid in een tweepersonsbed maar niet werd bereikt. Maar gedoe op de bank was ook charmant, en dus hoefde het huwelijk niet mislukt te worden verklaard.<sup>51</sup> Een van de oorzaken van dat gedoe bleek onoplosbaar. Hoe groter de groep, hoe groter het aantal mutaties, die op hun beurt weer tot nieuwe problemen leidden. Met de nieuwe medewerker moest weer een relatie worden opgebouwd en hij bleek soms minder te functioneren dan gehoopt of verwacht.<sup>52</sup>

Berichten over Ommoord werden afgewisseld met die over de centra in Overvecht, Wassenaar, Hoensbroek-Noord of Venlo (gezondheidscentrum 'Withuis').<sup>53-57</sup> In Hoensbroek-Noord werd in 1976 de volgende samenwerkingsstap gezet: samenwerking met de patiënt zelf, die uitmondde in een patiëntenvereniging en betere communicatie.<sup>58</sup> Deze stap was logisch. De mondigere patiënt was een van de redenen geweest om samenwerkingsverbanden op te zetten omdat de solerende huisarts op sommige vragen van patiënten geen antwoord had.<sup>59</sup> De samenwerkingsverbanden stimuleerden op hun beurt weer de mondigheid. Dit was bijvoorbeeld een van de expliciete doelstellingen van de patiëntenkrant van het Withuis.<sup>60</sup>

Overigens pakte het voor de arts niet altijd positief uit om de patiënteninbreng te bevorderen. Bij materiële zaken – zoals een gemeente die weigert een opvolger te benoemen – was krachtenbundeling van centrum en patiënten geen probleem. Maar bij immateriële zaken bleek dat moeilijker. De belangen en verantwoordelijkheden van patiënten en artsen kwamen immers niet altijd overeen.<sup>61</sup>

### De arts in dienst

En dan was er nog de externe problematiek. De centra, waar vaak sprake was van exploitatietekorten, hadden medewerkers die in dienst waren van stichtingen. Die wilden logischerwijs weten hoe hun geld werd besteed. Dit leidde zeker bij centra met een, vaak winstgevende, apotheek tot een kosten-batenanalyse. Het oude argument dat tekorten moesten worden aangevuld, omdat die

gemakkelijk opwogen tegen de uit een goede eerste lijn voortkomende kostenreductie in de tweede lijn, vertoonde eind jaren zeventig slijtageplekken. Bovendien dacht men juist toen (ten onrechte) dat de stimuleringsregeling voor beginnende centra zou stoppen. Lamberts vreesde dat de discussie over de exploitatietekorten de inhoudelijke discussie zou overstemmen. Hij vond dat er snel een regeling voor de exploitatietekorten moest komen, waarbij hij het verwierp om de tekorten op te vullen met de apothekerswinst. Lamberts wilde 'een aangepaste honorering en kostenvergoeding' omdat de gemiddelde praktijk van een centrumarts beduidend kleiner was dan een solopraktijk.<sup>62</sup>

Dit betekent dat, na het pleidooi voor gelijke – en dus lagere – betaling, nu ook het argument dat door samenwerking de individuele praktijk verkleinde wat de zorg verbeterde, in het financiële nadeel van de arts werkte. Maar dit is niet het hele verhaal. Per arts had een centrum dan wellicht een kleinere praktijk dan de gemiddelde solist, maar bijvoorbeeld het Withuis kende alles bij elkaar zo'n 10.000 patiënten. Het gaf het een behoorlijke machtspositie in het krachtenveld tussen eerste lijn, ziekenhuis, thuiszorg, zorgverzekeraar en politiek,<sup>63</sup> en daar zal het niet uniek in zijn geweest.

### Vorm en aantal blijven stijgen, de problemen blijven

Ondanks de problemen, die nog eens naar voren kwamen in een NHG-rapport uit 1979,<sup>64</sup> bleef het aantal groepspraktijken groeien. In 1988 werkten 3417 artsen als solist en 1958 in een duo-praktijk, en respectievelijk 427 en 473 in een groepspraktijk en gezondheidscentrum. Dit betekende dat de verhouding tussen 'solo' en 'samenwerking' (in welke vorm dan ook) nagenoeg één op één was geworden.<sup>65</sup> Men ging de problemen te lijf met nieuwe praktijkvormen, zoals de HOED-constructie (Huisartsen Onder Eén Dak), waarin huisartsen werden 'ondersteund en [...] door samenwerking professionele en bedrijfsmatige voordelen [konden] binnenhalen'.<sup>30</sup> Maar ook dat bood geen soelaas omdat ongeacht de praktijkvorm de arts 'uiteindelijk verantwoordelijk' bleef 'voor alles en iedereen in zijn praktijk'.<sup>30</sup> De stijging van het aantal groepspraktijken heeft naast medisch-inhoudelijke en ideologische oorzaken, ook persoonlijke oorzaken. De integrale geneeskunde gaf de initiële vonk en bepaalde een groot deel van de multidisciplinaire vorm, maar de samenwerkingsplannen die eruit voortkwamen, sloten prima aan bij de groeiende wens tot meer vrije tijd en gezinsleven. Het zullen met name deze persoonlijke redenen zijn geweest, in de hand gewerkt door de feminisering van het beroep en de toename van de deeltijdwens, die de brand hebben doen opblazen.<sup>30</sup>

Zelfs een van de meest idealistische teams, het Withuis, gaf al in de jaren tachtig toe dat haar basisfilosofie – ziekten werden vaak beïnvloed door sociaal-psychologische problematiek – minder op de voorgrond trad: ziekten waren 'weer gewoon ziekten'.<sup>60</sup> Het komt overeen met wat Ebbens in 1980 schreef. De motivatie van de artsen die rond 1970 gezondheidscentra gingen vormen, was volgens hem voornamelijk persoonlijk van aard geweest, ongeacht de zeer zeker 'sterke betrokkenheid' met toenmalige

sociale problemen.<sup>66</sup> Natuurlijk is er een vage scheidslijn tussen persoonlijk (meer vrije tijd) en professioneel (het scheppen van betere beroepscondities), en natuurlijk kunnen beide ook zeer goed samengaan, maar het geeft wel nogmaals aan dat het zeker niet alleen idealisme is geweest dat aan de komst van en groei van samenwerkingsverbanden heeft bijgedragen.

Deze de-idealiserende paste goed in het no-nonsense tijdperk van na de jaren zeventig, waarvan de 'Schets van de eerstelijns Gezondheidszorg' een teken was. De formuleringen in dat rapport leken rechtstreeks uit Woudschoten weggelopen, maar zij waren slechts een idealistische saus over een poging tot harde bezuiniging. De huisarts kreeg meer en meer de rol van poortwachter toegeschoven, om zo – ogenschijnlijk tevergeefs – de noodzakelijke beperking van de uit de hand lopende kosten van de tweede lijn te kunnen bereiken.<sup>5</sup> En daarin paste ook de analyse van de samenwerkingsproblematiek – het lange overleg en het geldgebrek. Die waren het gevolg van 'een gebrek aan managementtraining'.<sup>65</sup>

## Conclusie

De integrale zorg werd door het NHG en *huisarts en wetenschap* als voornaamste samenwerkingsargument gebruikt en zonder haar en de uit haar voortgekomen eerste groepspraktijken, begin van de jaren zestig, zou de groei vanaf 1970 langzamer zijn verlopen en/of later op gang zijn gekomen. Maar naast de link tussen de ideeën van mensen als Buma en Huygen rond 1950 en de opkomst en vorm van samenwerkingsverbanden rond 1960, kan men de populariteit van samenwerking toch ook verklaren uit de ook toen al aanwezige wens tot vrije tijd, die later werd versterkt door de feminisering van het beroep. De discussie erover was intens, al was de verhouding tussen voorstanders en (al dan niet gematigde) tegenstanders, in de praktijk duidelijk minder in het voordeel van de eerste dan in het blad. Ook die discussie heeft de vormen van samenwerking zeker beïnvloed en stapsgewijs vergroot (van duopraktijk via hometeam tot gezondheidscentrum). Het neemt niet weg dat veel artsen op het idealistische schip zijn gesprongen omdat het wensen diende die in de persoonlijke levenssfeer lagen. Maar die wensen zouden zonder de kopstukken van weleer, de door hen aangehangen en uitgedragen visie op goede gezondheidszorg en de door hen uitgevoerde experimenten in de jaren zestig en begin jaren zeventig wellicht nooit zijn vervuld.

## Literatuur

- 1 Lea Jabaaïj L, Hingstman L. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. *Huisarts Wet* 2007;50:185.
- 2 Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap. *Med Contact* 1956, 730-9.
- 3 Veldhuyzen van Zanten RC. Naar een integrale geneeskunde. *Huisarts Wet* 1959;3:192-7; 1959;3:214-8.
- 4 Brühl KG. Wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut? *Huisarts Wet* 1960;4:454-8.
- 5 Schadé E. De huisarts een zorg. *Huisarts Wet* 1989;32:252-7.
- 6 Van Es JC. De toekomst van de huisarts in Nederland. *Huisarts Wet* 1963; 6:277-83.
- 7 Ten Cate RS. Afspraakspreekuur. *Huisarts Wet* 1958;1: 74.
- 8 Lamberts H. Van afspraakspreekuur tot home-team. *Huisarts Wet* 1982;25:444-6.
- 9 Frijling-Schreuder ECM. *Huisarts en Medisch Opvoedkundig Bureau.*

- Huisarts Wet 1961;4:348-52.
- 10 Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Het Woudschoten-rapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.
- 11 Buma JT. Enkele beschouwingen over groepspraktijken. *Huisarts Wet* 1960;4:298-302.
- 12 Buma JT. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. *Huisarts Wet* 1981;24:379-83.
- 13 Lamberts H. Van afspraakspreekuur tot home-team. *Huisarts Wet* 1982;25:444-6.
- 14 Lamberts H. Tweëntwintig jaar Arthur Hofmans en huisarts en wetenschap. *Huisarts Wet* 1979;22:102-13.
- 15 Phaff JML. Samenwerking huisarts – wijkverpleegster. *Huisarts Wet* 1961;4:118-21.
- 16 Phaff JML. Huisarts en Kruisverenigingen, met elkaar of tegen elkaar? *Huisarts Wet* 1964;7:342-4.
- 17 [Hofmans A.] Groepspraktijk van huisartsen. *Huisarts Wet* 1966;9:161-2.
- 18 Van Es JC. Groepspraktijken. *Huisarts Wet* 1966;9:162-5.
- 19 Van Es JC. Ervaringen van een huisarts over de samenwerking met een socioloog. *Huisarts Wet* 1961;4:334-8.
- 20 Klompé MAM. Noodzaak tot samenspel. *Huisarts Wet* 1961;4:272-3.
- 21 Maatschappelijke aspecten van gezondheid en ziekte. *Huisarts Wet* 1961;4:133.
- 22 Huygen FJA. Het hometeam. *Huisarts Wet* 1962;5:119-23.
- 23 Weekendconferentie Groepspraktijken, Eindhoven. *Huisarts Wet* 1962;5:221-2.
- 24 Reede S. De toekomst van de huisarts. *Huisarts Wet* 1964;7:117-9.
- 25 Van Es JC. Enkele voorlopige mededelingen over het Apeldoornse experiment huisarts - maatschappelijk werker. *Huisarts Wet* 1965;8:294-5.
- 26 Van der Werf G, Veehof L. Huisartspraktijk en academie. De geschiedenis van de groepspraktijk Antonius Deusinglaan 1959-1998. *Huisarts Wet* 2003;46:680-3.
- 27 Nijenberg Th.W, Deveer JM. Een vorm van samenwerking tussen huisarts en diëtiste. *Huisarts Wet* 1965;8:284-7.
- 28 Barneveld CRP. Ervaringen van een huisarts met werken in teamverband. *Huisarts Wet* 1967;10:180-2.
- 29 Vasbinder W. Home-team. *Huisarts Wet*. 1968;11:439-43.
- 30 Achterbergh D. Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort. *Huisarts Wet* 2002;45:15-8.
- 31 Mulder JD. Drie jaar groepspraktijk en gezondheidscentrum Noordwijk aan Zee. *Huisarts Wet* 1974;17:299-302.
- 32 Blom J, Van Es JC. Verslag over de ervaringen met de oprichting van een gezondheidscentrum in Overvecht-Utrecht. *Huisarts Wet* 1972;15:325-41.
- 33 Van der Kooij S. Huisarts en samenwerking. *Huisarts Wet* 1968;11:217-21.
- 34 Phaff JML. Samenwerking huisarts-wijkverpleegster. *Huisarts Wet* 1968;11:227-9.
- 35 Hollander H. Groepspraktijken en groepsprocessen. *Huisarts Wet* 1973;16:1-7, 365-72.
- 36 Ten Cate RS. Samenwerking. *Huisarts Wet* 1969;12:283-5.
- 37 Burger AKC. Patiënt, huisarts en fysiotherapeut. *Huisarts Wet* 1969;12:185-6.
- 38 Taakomschrijving van de wijkverpleegkunde in de maatschappelijke gezondheidszorg met het oog op het functioneren in een home-team. *Huisarts Wet* 1971;14:282-4.
- 39 Gestel APM. Fysiotherapie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1971;14:270-4.
- 40 Bakker FR. Een experiment van gecoördineerde gezondheidszorg in Rotterdam (Ommoord); een eerste beschouwing. *Huisarts Wet* 1971;14:139-51.
- 41 Blom J, Van Es JC. Verslag over de ervaringen met de oprichting van een gezondheidscentrum in Overvecht-Utrecht. *Huisarts Wet* 1972;15:325-41.
- 42 Dokter HJ. Om de toekomst van de huisarts. *Huisarts Wet* 1969;12: 81-2.

- 43 Dokter HJ. De dokter in de nabije toekomst. *Huisarts Wet* 1971;14:179-82.
- 44 Bogaartz W. Solo-praktijk nieuwe stijl. *Huisarts Wet* 1974;17:371-5.
- 45 W.L.I. Bogaartz, 'Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdsverschijnsel?', *Huisarts Wet*, 1984, supplement 'contrasten in de huisartsgeneeskunde', 26-30.
- 46 F.J. Hutterik, K. Reenders, 'Huisartsenberaad. Een andere vorm van samenwerken', *Huisarts Wet*, 1977, 154-156.
- 47 Van der Kooij S. De huisartsgeneeskunde in Schotland. *Huisarts Wet* 1973;16:374-83.
- 48 Huygen FJA, et al. Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (1-2). *Huisarts Wet* 1974;17:23-32.
- 49 Riphagen FE, et al. Samenwerking tussen huisarts en heilgymnast/masseur in het team voor wijkgezondheidszorg in Rotterdam-Ommoord. *Huisarts Wet* 1973;16: 60-6.
- 50 Hofmans A. Van Ommoord tot Amsterdam. *Huisarts Wet* 1984;27:245.
- 51 Lamberts H. Samenwerken in een team - een routebeschrijving door een ruig landschap. *Huisarts Wet* 1974;17:15-23.
- 52 Dubois V. De wankelende situatie van het team van een gezondheidscentrum (door de wijziging van de samenstelling). Een nieuw staaltje van het Hoensbroekse mopperen. *Huisarts Wet* 1976;19:178-80.
- 53 Emmy Crebolder-Van der Velde E. De achterban als discipline buiten de muren. *Huisarts Wet* 1974;17:344-5.
- 54 Receveur A. "Withuis", verslag van een gezondheidscentrum in oprichting. *Huisarts Wet* 1973;16:125-30.
- 55 Blom J, Van Es JC. Verslag over de ervaringen met de oprichting van een gezondheidscentrum in Overvecht-Utrecht. *Huisarts Wet* 1972;15:325-41.
- 56 Van den Hout WP. Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentenbestand. *Huisarts Wet* 1973;16:187-93.
- 57 Boogaart HS, Ten Cate RS. De huisartsengroepspraktijk en het gezondheidscentrum te Wassenaar', *Huisarts Wet*, 1974;17:175-80.
- 58 Ebbens EH. Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. *Huisarts Wet* 1980;23:264-7.
- 59 Buma JT. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. *Huisarts Wet* 1981;24:379-83.
- 60 van der Grinten R, et al. De Withuiskrant. Een enquête onder de lezers van een patiëntenkrant. *Huisarts Wet* 1987;30:234-6.
- 61 Van Weel C, Lamberts H. Het gezondheidscentrum in de wijk. *Huisarts Wet* 1980;23:386-8.
- 62 Lamberts H. Dienstverbanden en gezondheidscentra. *Huisarts Wet* 1978;21:67-8.
- 63 Crebolder H, mede-oprichter Withuis. Persoonlijke mededeling, 16-9-2007.
- 64 Laurijsens I, et al. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. *Huisarts Wet* 1979;22:62-9
- 65 Sprij B, Casparie AF. De managementtaak van de huisarts. *Huisarts Wet* 1989;32:468-72.
- 66 Ebbens EH. Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. *Huisarts Wet* 1980;23:264-7.