

137



Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2572-35
Larijshoek 4 - tel.

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

VERSLAG

van de

WERKCONFERENTIE OVER DE SAMENWERKING VAN HUISARTSEN
MAATSCHAPPELIJK WERKERS, WIJKVERPLEEGSTERS e.a.
IN GEZONDHEIDSCENTRA e.d.

ε
f

gehouden op
3 en 4 maart 1972
in het

conferentie-oord Woudschoten
te
Zeist

Organisatie:

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
in samenwerking met de
Contactgroep voor centra van
gezondheidszorg en maatschappelijke
dienstverlening van het
NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

23/06/72
MV/RdW
MW/BS

I N H O U D S O P G A V E

1. Inleiding blz. 1
2. Programma blz. 3
3. Samenvatting besprokene in de groepen blz. 4
4. Samenvatting plenovergadering blz. 15
5. Deelnemerslijst..... blz. 19

INLEIDING.

Zowel in 1970 als in 1972 organiseerde het Nederlands Huisartsen Instituut een conferentie over Groepspraktijken.

In het eerste jaar kwamen vooral technische zaken als bouw, financiëring en juridische vormgeving aan de orde, in het tweede jaar ging het meer om de intermenselijke relaties. Wat er in 1972 besproken werd vindt men o.a. terug in de publikatie "Groepspraktijken", het in 1971 behandelde is weergegeven in de brochure "Relaties".

Uiteraard werd in beide gevallen bij de opzet van de conferenties nauw samengewerkt met de praktijk zowel wat betreft de keuze van de onderwerpen, de sprekers enz. Maar er ontstond wel de behoefte aan een wat meer formele structuur voor dit overleg. Verder werd het in de loop van deze jaren duidelijk dat steeds meer de interesse uitging naar interdisciplinaire samenwerking in de eerste-lijns-geneeskunde. Dit kwam tot uitdrukking op de bovengenoemde congressen maar ook b.v. op het N.H.G.-congres dat in de herfst van 1971 plaatsvond.

Toen dan ook op het N.H.I.-congres van 1971 staande de vergadering een N.H.G.-contactgroep van werkers in centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in het leven werd geroepen werd het zonder meer aanvaard dat hierin dan ook de vertegenwoordigers van andere disciplines dan de huisartsgeneeskunde zouden plaatsnemen. Dr. R.A. de Widt die beide eerder genoemde congressen vanuit het N.H.I. had georganiseerd werd secretaris van de genoemde commissie zodat een goede communicatie tussen praktijk en N.H.I. gewaarborgd was.

Contactgroep en N.H.I. hebben samen het congres georganiseerd dat op 2 en 3 maart 1972 in het conferentieoord Woudschoten werd georganiseerd en waarvan U in deze publikatie verslag wordt gedaan, en dat ten doel had de ervaringen opgedaan bij multidisciplinaire samenwerking uit te wisselen en de resultaten te evalueren. Middels publikaties in de diverse vakbladen werd gezorgd dat in brede kring programma en data bekend werden terwijl de a.s. deelnemers gevraagd werd welke problemen zij in het bijzonder gaarne besproken zouden zien. Teneinde zich niet te vertillen aan de problematiek en het risico van een babylonische spraakverwarring te voorkomen werd besloten in principe alleen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters voor deze conferentie uit te nodigen en met die restrictie dat men al in een team werkzaam moest zijn dan wel bezig moest zijn met concrete plannen in die richting. In feite is er wel enigermate van deze criteria afgeweken in die zin dat mede ter wille van de pariteit van de drie hoofdgroepen ook wel enkele deelnemers werden geaccepteerd met weinig of geen ervaring. Bovendien werd door enkele groepen er soms sterk op aangedrongen ook een vertegenwoordiger van een andere discipline toe te laten, verzoeken waaraan i.h.a. werd voldaan.

Het werken in kleine discussiegroepen maakte het wenselijk op een aantal vertegenwoordigers buiten de kring van de direct betrokkenen een beroep te doen op te treden als gespreksleider.

Gaarne betuigen wij bij dezen onze dank aan de dames mevrouw M. Bremer-Schulte, mevrouw M. de Bruyne-van Langen, mej. H.H.M. Durville, mej. J.H. Kok, mevrouw I.J.J. Schouwstra-Van Hee, mevrouw M.N. Siegenbeek van Heukelom-de Boer en mej. W.H.M. van Vessem en de heren C.W. Aakster, J.D.A. Douglas en N.L. Krijger onze dank voor de belangeloos verleende medewerking.

Verder werd door een aantal studenten gezorgd voor het notuleren van hetgeen in de groepen werd besproken. Zowel in deze functie als ook bij het notuleren van de plenzitting tot slot en het rondzetten van de organisatie in het algemeen werd een belangrijke bijdrage geleverd door mevrouw M. Vavrinek-Ferdinandus directie secretaresse van het N.H.I. Ook hier is een woord van hartelijke dank op zijn plaats.

Tenslotte zij nog vermeld dat het de organisatoren ten zeerste verheugde dat ook van de zijde van het Ministerie van Volksgezondheid een duidelijke belangstelling bestond. Een interesse die niet alleen tot uitdrukking kwam in de tegenwoordigheid van Dr. P.C.J. van Loon en Drs. P. van Son maar bovendien in het ter beschikking stellen van een belangrijk discussie-stuk door eerstgenoemde waardoor de discussies ter conferentie ongetwijfeld in vruchtbare zin zijn beïnvloed.

De verslaggeving van het congres tenslotte komt geheel voor verantwoording van het Nederlands Huisartsen Instituut. De taakverdeling hierbij was deze dat de redactie van de samenvatting van de discussies voor rekening kwam van Dr. R.A. de Widt, terwijl Mevrouw A.M. Kupecz-Zeeuwen zich belastte met de uitwerking van de in samenwerking met de contactgroep opgestelde enquête

Het verslag van dit onderzoekje naar de meningen en opvattingen van de konferentiegangers aangaande de eerste-lijns welzijnszorg vindt U apart bijgevoegd.

mevr. A.M. Kupecz-Zeeuwen

Dr. R.A. de Widt.

PROGRAMMA van de werkconferentie over de samenwerking van huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters e.a. in gezondheidscentra en dergelijke, op 3 en 4 maart 1972.

Plaats van samenkomst:

conferentie-oord "Woudschoten"
adres: Woudenbergseweg 54, Zeist
telefoon 034 39 - 3 44

Organisatie:

Nederlands Huisartsen Instituut
in samenwerking met de Contact-
groep voor centra van gezondheids-
zorg en maatschappelijke dienst-
verlening: Adres: Nederlands
Huisartsen Instituut, Mariahoek 4
Utrecht, telefoon: 030 - 31 99 46.

Begeleiding van het groepsgebeuren
mevrouw A.M. Kupecz-Zeeuwen.

Technische leiding, tevens secre-
taris van de contactgroep: Dr. R.A.
de Widt, per adres Nederlands
Huisartsen Instituut.

PROGRAMMA

vrijdag 3 maart 1972

14.45 - 15.00 uur	Ontvangst der deelnemers
15.00 uur	Opening van de conferentie
15.30 - 17.30 uur	Werkzaamheden der discussie- groepen (circa 10)
17.30 - 19.30 uur	Diner - Uitwisseling samen- vattingen van het besprokene in de groep
19.30 - 21.00 uur	Vervolg groepsdiscussies
na 21.00 uur	Ervaringen uitwisselen, bomen opzetten, doen waar men zin in heeft - binnen de grenzen van het redelijke.

zaterdag 4 maart 1972

8.15 - 9.00 uur	Ontbijt
9.15 - 10.15 uur	Formulering in de groepen van de belangrijkste desiderata, moties, eventueel opdrachten.
10.15 - 11.15 uur	Koffiepauze - Gereedmaken van de vergadering in pleno.
11.15 - 12.30 uur	Plenovergadering - Bespreking van de belangrijkste conclusies, moties etc. uit de werkgroepen.
12.30 - 13.30 uur	Lunch - Tevens officiële sluiting van de conferentie.

Kort verslag van de bespreking in de discussiegrcepen , voor zover gericht op het opsporen van de problemen c.q. belemmeringen die 'n goede samenwerking in de gezondheidszorg in de weg staan en het aangeven van richtlijnen voor een verbetering van de situatie.

Groep I. stelde zich eerst als taak de volgende punten te behandelen:

- A. Waarom is samenwerking in de extra-murale zorg een goede zaak?
- B. Welke zijn de belemmeringen om tot een harmonische samenwerking te komen als men ervan uit zou gaan dat dit een goede zaak is?
- C. Welke strategie moet worden toegepast om dit doel te bereiken?

Ad. A. Men meende dat zowel het welzijn van de patiënt/cliënt als dat van de werkers gediend is met meer samenwerking in de eerstelijns- gezondheidszorg. De verschillende soorten werkers in het veld moeten nolens volens werken in een situatie die minder bevredigend is door gebrek aan samenwerking.

De wijkverpleegster is vaak ontevreden doordat zij te geïsoleerd funktioneert. Zij zou anderen relevante informatie kunnen verschaffen maar doet dat niet door verstopte of afwezige kommunikatie-kanalen. Haar taak-afbakening is vaag; de maatschappij ontwikkelt zich snel, de opleiding verandert, de begrenzing gaat teloor.

Het algemeen maatschappelijk werk heeft te kampen met gebrek aan bekendheid en er is geen gemakkelijke toegankelijkheid voor de cliënt via huisarts, wijkverpleegster en doktersassistente lijkt een gemakkelijker bereikbaarheid te realiseren.

De huisarts op zichzelf heeft boeiend werk dat zeker satisfactie oplevert. Door tijdsgebrek en een gebrekkige opleiding is deze satisfactie echter geringer dan objectief mogelijk. (Nota bene; samenwerken is méér dan verwijzen!).

De taak van de doktersassistente, die echt volop meedraait, wordt vaak onderschat. Door haar frequente kontakten met de patiënt vervult zij een zeer belangrijke brugfunctie.

Ad. B. Stellen wij nu tegenover de oprechte wil tot samenwerken van vele werkers in het veld de belemmerende factoren, dan komt groep I. tot de volgende reeks:

- Te weinig zicht op elkaars deskundigheid; men weet niet wat men aan elkaar zou kunnen hebben.
- De versnipperde structuur (de verzuiling, het ondergebracht zijn bij verschillende departementen etc.).
- De moeilijkheden bij de persoonlijke interactie: de noodzakelijke "skill" voor goed teamwork ontbreekt.

Ad. C. Bezien wij vervolgens wat er gebeuren moet om wel tot een goede zorg te komen dan komt de groep tot de volgende aanbevelingen voor het "beleid".

- De betekenis van het algemeen maatschappelijk werk moet veel meer algemeen bekend worden (AMW-promotion).
- De (nieuwere) mogelijkheden van de wijkverpleegsters moeten duidelijk worden. Ontzuiling en centralisatie van de organisatie dienen met kracht verder te gaan.
- De huisartsgeneeskunde-nieuwe-stijl dient gemeengoed te worden.
- De consument/cliënt dient een duidelijk stem in het chapter te krijgen door middel van een daartoe geëigende structuur. Dit is overigens geen eenvoudige zaak. Inschakeling van het wijkopbouw-werk, gezondheidsvoorlichting en-opvoeding en de massamedia (een rubriek "Alles goed thuis?" op de tv) kan overwogen worden.

Groep II. begon min of meer "brainstormend" een aantal in eerste instantie relevante punten te signaleren. Wij noemen de volgende:

- Maken de financiële belemmeringen het totstandkomen van samenwerkingsprojecten onmogelijk? (niet op deze situatie ingespeeld subsidie-beleid!)
- Er is sprake van eenzijdigheid t.a.v. intake en selectie bij verwijzing. Moet alleen de huisarts dit doen? Houdt de verwijzer wel reëel de verantwoordelijkheid; voelt hij dit ook zo of schuift hij af?
- Is voor inter-disciplinair werken wel een welzijnscentrum (gebouw) nodig of kan het ook anders, home-team bijv.?
- Wat verstaan we eigenlijk onder samenwerking en aan welke feitelijke (harde) voorwaarden moet dan voldaan worden?
- Hoe kijkt de bevolking tegen zo'n samenwerkingsproject aan? Voorziet dit in een behoefte?
- Hoe is de sociaal geografische situatie? Is er wel sprake van een wijk en zo ja funktioneert men daar dan ook (wijkgebonden)?
Hoe is de populatie van zo'n wijk samengesteld (homogeniteitsgraad)?
- Zijn er voldoende medewerkers om het gestelde doel te bereiken (huisartsen-tekort, tekort van wijkverpleegsters)?
- De wijkverpleging heeft te maken met leken-besturen die op het terrein van de integrale welzijnszorg vaak ondeskundig zijn.
Dat kan samenwerken onmogelijk maken.
- Het effect dat men primair beoogt kan divers zijn, kwaliteitsverbetering van de zorg, tijdsbesparing, meer arbeidsvreugde etc.

Na het verder van gedachten wisselen werd men het erover eens dat:

- 1) de vorm van de samenwerking moet afhangen van de sociale context waarin men moet functioneren;
- 2) dat men de samenwerking niet moet ophangen aan het al-dan-niet-tot-stand-komen van een gebouw;
- 3) dat er een gevaar is van rol-vervaging van leden van het team doordat men ook wat gaat amateuren op andermans terrein; er dient dus duidelijkheid te zijn zonder starheid;
- 4) in deze fase dient samenwerking in allerlei vormen gestimuleerd te worden.
(Er moet van allerlei in de praktijk worden "uitgedokterd").

Voor de groep werden de volgende punten genoemd als zijnde van strategisch belang voor het tot ontwikkeling komen van diverse vormen van samenwerking:

- . De bevolking moet zich bewust worden van het belang van deze zaak. Wijkraden kunnen hierbij een rol spelen.
- . Accentverschuiving van 2e lijn naar de 1e lijn van intra-murale naar extra-murale zorg.
- . De teams moeten consultants ter beschikking kunnen krijgen (mental health consultant b.v.)
- . De opleidingen moeten verder worden omgebogen naar welzijnszorg in teamverband. In de opleiding moeten al ad hoc werkgroepen van leden uit diverse opleidingen kunnen werken aan bepaalde opdrachten.
- . Zowel de mentaliteit van de nu actieve veldwerkers alsook van de centrale beroepsverenigingen als LHV, KNMG en de Federatie van Kruisverenigingen moet worden omgebogen in een voor samenwerking gunstige zin.
- . Het Nederlands Huisartsen Instituut moet worden omgevormd tot een Nederlands Welzijns Instituut (de hele eerstelijns van de gezondheidszorg omvattend).
- . Er moet een geregelde en georganiseerde uitwisseling van ervaringen komen van de mensen uit de diverse samenwerkingsprojecten.

Uitsluitte kwam men tot de formule: elke volk krijgt de welzijnszorg die het zelf waar maakt.

Groep III. begon vrijdagmiddag met een terreinverkenning, waarbij de verzuiling bij de kruisverenigingen, de betekenis van statusverschillen tussen huisarts wijkverpleegster, maatschappelijk werk(st)er, het verschil in benadering etc. aan de orde kwamen. Men kwam tenslotte uit op het punt, dat gegeven de noodzaak van samenwerking de intake (hoe en door wie) van groot belang is.

In de loop van de avonddiscussie kwam de groep tot de volgende stellingen:

- De huisarts is nog goeddeels de sleutelfiguur van het gebeuren en de andere team-leden verkeren hierdoor in zekere zin in een afhankelijkheidspositie. Zijn regulerende functie leidt tot de noodzaak van het schrijven van talloze "briefjes" en het plegen van telefonades, inhoudelijk vaak meer op te vatten als opdracht dan als het verstrekken van informatie en vaak betrekking hebbend op sociale toestanden. In feite wordt de huisarts zo een soort medisch-sociale klusjesman, een taak die hij toch niet ambiëert. De relevante gegevens betreffende patiënt/cliënt moeten niet alleen het bezit zijn van de huisarts.
- Er moet één landelijke organisatie voor het wijkverplegingswerk en het maatschappelijk werk zijn. De huidige structuur is een anachronisme: weinig effectief en frustrerend voor de werkers in het veld.
- Ook voor de huisartsen is de kritische beoordeling van hun werk in enigerlei vorm gewenst. Bij de wijkverpleging en het maatschappelijk werk vloeit dan min of meer voort uit het dienstverband. De vraag doet zich dan ook voor of dit voor de huisarts ook geen goede institutionalisering van zijn werk zou betekenen. De continuïteit van het werken in team-verband zou ermee gebaat zijn. De huisarts is nu een te ongrijpbare figuur. Andere positieve punten van een dergelijke figuur zouden zijn dat (agogische) begeleiding van de huisarts dan ook (financiëel) beter realiseerbaar zou zijn en een rationeel vestigingsbeleid mogelijk zou worden.
- Het feit dat de patiënt/cliënt altijd het eerst naar de arts komt - ook met relationele problemen - heeft behalve met de traditionele vertrouwenspositie ook te maken met de continue bereikbaarheid van de huisarts. Om goed ingevoerd te raken is dan ook een continue bereikbaarheid van het maatschappelijk werk gewenst.
- Bij de toekomstige structuur moet doelmatige regionalisatie voorop staan.

Groep IV. begon met een inventarisatie van de belemmerende factoren en kwam tot de volgende reeks:

- disharmonie tussen positie van de vrije ondernemers enerzijds en de werkers in dienstverband anderzijds.
- de verzuiling en versnippering bij het werk van de kruisverenigingen en de verenigingen voor algemeen maatschappelijk werk.
- de scheiding tussen welzijnszorg enerzijds en gezondheidszorg anderzijds. De uitgangspositie verschilt: het welbevinden en de somatische klacht. De verdeling over twee verschillende ministeries is in dit verband ook een ongelukkige situatie.
- de geografische situatie, b.v. huisartsen werkend over een hele stad verspreid tegenover wijkgebonden verpleegsters.
- de(wettelijke) formele structuur, waarbij met name de wijze van financiering (subsidies voor bepaalde verenigingen, de diverse verzekeringsvormen al dan niet verplicht of volksverzekering) de huidige structuur in stand houdt.
- de relationele problematiek: samenwerken moet je leren en zo'n leerproces vergt begeleiding.

Uit de daarop-volgende besprekingen resulteerden de volgende aanbevelingen:

1. Bevordering van institutionalisatie van de hele gezondheidszorg (nationalisatie?).
2. Daarop niet wachten maar al vast wél beginnen!
3. Ontzuiling, vandaag nog.
4. Men moet de gezondheidszorg beschouwen binnen het ruimere kader van welzijnszorg.
5. Bij het plannen van veranderingen in de zorg dient de consument direct betrokken te worden.

groep V. begon met een inventarisatie van de problemen, wensen en verwachtingen op dit gebied en kwam tot de volgende reeks:

1. Men werkt voor allerlei verschillende "bazen" en dat maakt de zaak nodeloos gecompliceerd.
2. Door een veelheid van verschillende wetten en verschillende normen (van de diverse beroepsgroepen) wordt harmonisch samenwerken en zorg verlenen belemmerd.
3. Hoe bereik je "gelijkwaardigheid" van niveau tussen de relevante disciplines, ook op financieel terrein? Trouwens al bereik je intern een situatie van gelijkwaardigheid, dan wordt je nog geconfronteerd met heel andere externe verwachtingen en opvattingen daaromtrent.
4. Mede om momentele bestuursverschillen uit de weg te ruimen is de stichting van welzijnscentra gewenst. De continuïteit van zo'n project is wel een probleem in de huidige situatie, evenals de financiering. Wens: combinatie van 1 huisartspraktijk met 1 wijkverpleegster en 1 maatschappelijk werkster.
5. Gegeven het feit dat de meeste patiënten/cliënten binnenkomen via de huisarts, hoe maak je dan het best gebruik van elkaars deskundigheid en met name hoe moet dan het maatschappelijk werk functioneren binnen een kader van "gezondheidszorg"?
6. Hoe maak je de bevolking duidelijk wat gezondheidszorg allemaal inhoudt of beter kan inhouden en hoe betrek je de patiënt/cliënt bij het gebeuren (een vaak gemist element)?
7. Waardoor zijn er zulke grote moeilijkheden ontstaan rondom de groepspraktijk die in het gezondheidscentrum in Utrecht/Overvecht zou gaan functioneren? Een onderzoek hiernaar lijkt erg leerzaam en zinvol.
8. Het "verwijzen" volgens het huidige klassieke patroon loopt vaak stuk. Hoe moet het dan wél?

De groep heeft het probleem van het inhoudelijke van de samenwerking "getackeld" via het laatste punt: het stuklopen van de klassieke verwijzing. Men meende dat eraan vooral het gebrek aan duidelijkheid over elkaars kundigheden en mogelijkheden schuld was. Men heeft getracht hierin door intensieve onderlinge gedachtenwisseling meer klaarheid te brengen.

Uitsluitend antwoordend op de vraag wat de voorkeur verdient, regeling van de samenwerking aan bovenaf of groeien aande basis, kwam men tot de conclusie dat het laatste de voorkeur verdient.

Uitvoerig moet men dan nagaan of gesignaleerde structurele en financiële moeilijkheden echt de reden zijn dat het niet kan, of het voorwendsel zijn om niet te behoeven samen te werken. Overigens zijn financiële moeilijkheden voor de artsen in de huidige situatie bij het overnemen van de praktijk t.b.v. groepsvorming duidelijk aanwezig. Eenmaal besloten zijnde iets tot stand te brengen moet de samenwerking eerst inhoudelijk helemaal doorgesproken worden; duidelijkheid omtrent elkaars rollen en verwachtingen is essentieel. Belangrijk is dat de groep zich steeds blijft bezinnen over de doelstelling en eventueel bijstuurt en dat de teamleden steeds eigen functie en indelwijze ter discussie durven stellen.

Groep VI. kwam al discusiërend tot de volgende punten:

A. Begin onderaan bij de basis; bestuurlijke sanctionering komt dus later

- Formuleer je eigen motieven en doelstellingen.
- Zoek een groepje veldwerkers waarmee je wilt samenwerken.
- Kom tot een (of meer) gemeenschappelijke doelstellingen, en wees voor elkaar duidelijk t.a.v. je motieven.

B. Leer samenwerken:

- De verschillende disciplines weten te weinig van elkaar af. Het is essentieel dat je weet wat je echte eigen functie is en wat de anderen van je verwachten.
- Een duidelijke taakafbakening is vereist om teleurstelling te voorkomen.
- Het functioneren van elk lid van de groep moet onder de loupe genomen worden; stimulerende kritieken moeten altijd welkom zijn.
- Schakel vooral i.v.m. de laatste twee punten zonodig een buitenstaander is.

C. Huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werk(st)er moeten zich richten op wijksgewijze gezondheidszorg.

D. Het verwachtingspatroon van de patiënt moet gekend worden:

- Reacties van patiënten/cliënten op de samenwerking moeten zeer serieus genomen worden.
- Een enquête - b.v. gelanceerd in een pril stadium en met algemeen geformuleerde vragen - is geen goed middel om bovengenoemd patroon te leren kennen vanwege het gevaar dat verwachtingen worden gewekt, die men niet kan waarmaken.

Groep VII. formuleerde twee vraagstellingen:

1. Welke weg moet men bewandelen om tot samenwerking te komen?
2. Wat te doen aan relationele moeilijkheden die samenwerking in de weg staan?

Dit gebied verder explorerend kwam men tot de volgende probleemvelden:

- a) Wat zijn de gevaren van een te groots opgezetten samenwerking (te veel omvattend)?
- b) Hoe verloopt de communicatie huisarts/maatschappelijk werker; Hoe is hun relatie?
- c) Idem in uitgebreidere zin en betrekking hebbend op huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters. Daarbij gaat het ook om de relaties binnen de groepen huisartsen enz.
- d) Hoe kom je aan de weet wat de patiënt ervan vindt en hoe vind je een kanaal waarlangs hij een inbreng kan leveren?
- e) Hoe krijg je een beeld van de kwaliteit van de behandeling (de zorg)?
- f) Hoe kom je tot een goede beeldvorming over en weer van de capaciteiten, werkerreinen, organisaties van de diverse groepen, teamleden?

De discussie splitste zich verder toe op het probleem van het beroepsgeheim. Uitgangspunt was dat de vertrouwensrelatie met de patiënt/cliënt niet geschonden mag worden. De arts heeft wat dat betreft andere grondregels dan de maatschappelijk werker. De contacten van de cliënt met het algemeen maatschappelijk werk zijn vrijwillig. De relatie met de huisarts ligt anders; men moet van hem b.v. een verwijskaart hebben als entree voor de specialist. Het beroepsgeheim is verschillende geformuleerd in de diverse disciplines. Moet men aan zijn eigen formule vasthouden ook als dat het teamwerk belemmeren zou? Of is herziening hiervan nodig? Of is het maken van onderlinge afspraken hierover (alleen) nodig? Hoe komt ook hierin de visie van de patiënt tot uitdrukking?

Uitdrukkelijke stellingen of desiderata t.a.v. het beleid kwamen van deze groep niet beschikbaar.

Groep VIII. begon met tegenover elkaar te stellen enerzijds factoren die interdisciplinair samenwerken in de gezondheidszorg bevorderen en anderzijds factoren die belemmerend optreden.

Bevorderend werken:

- de overtuiging dat samenwerking noodzakelijk is en de bereidheid zich daar dus volledig voor in te zetten.
- kennis van elkaars werkterrein en deskundigheid, het daarbij horende vakjargon en aldus de mogelijkheid elkaar te begrijpen.
- gelijk-gerichtheid van doelstelling en niet te grote samenwerkingsverbanden.
- goede communicatiekanalen en goede techniek om deze effectief te gebruiken. Schriftelijke informatie geeft vaak problemen; mondelinge minder mits deze probleem-georiënteerd is en relevant voor het zoeken van een oplossing door het andere team-lid.
- eenheid van plaats: een gebouw dat voor ieder acceptabel is, ook voor de patiënt/cliënt.

Belemmerend werken:

- Tijdsgebrek: het elkaar wederzijds informeren kost tijd. Het doelmatig stellen van prioriteiten in je werkorganisatie is nodig wil je hieruit komen.
- De diverse disciplines werken met verschillende modellen: het ziektemodel, het welzijnsmodel. Het is nodig te komen tot één totaal-kader waarin de zorg-behoevende mens centraal staat.
- Er zijn lacunes in de opleiding. In de opleiding moet men kennis kunnen nemen van wat de anderen doen. Voor zover er overlapping is, kan de opleiding dan niet samengevoegd worden?
- De ontmoeting met de andere team-genoten kan als bedreigend worden ervaren:
 - angst voor beperking eigen zelfstandigheid
 - angst voor kritiek van anderen.
 - angst i.v.m. onduidelijkheid van eigen beroepsbeeld en de noodzaak van eventuele herziening hiervan.
 - men werkt met verschillende tijdsdimensies: de arts rekent op 7 minuten voor een contact, de wijkverpleegster op 15 en de maatschappelijk werker een uur.
- Voor de patiënt ligt "verwijzing" naar het algemeen maatschappelijk werk niet altijd zo gemakkelijk en voordat de huisarts door heeft dat een verwijzing naar het m.w. op zijn plaats is, is er al een relatie met de patiënt ontstaan die niet meer zo gemakkelijk verbroken kan worden.

Na e.e.a. door gesproken te hebben kwam men tot de volgende desiderata:

1. Voor de wijkverpleging is een lossere, minder hiërarchische structuur gewenst.
2. Voor de huisarts is het van belang minder uitsluitend-vanuit-het-ziekte-model te denken.
3. Verzuiling moet verdwijnen, zowel voor maatschappelijk werk als voor wijkverpleging.
4. Voor maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters en huisartsen is een training in groepsrelaties belangrijk.
5. Identiteit van geografische werkverdeling is van belang.
6. Ten aanzien van de werkverdeling (inhoudelijk) tussen wijkverpleegsters en huisarts is een grensverschuiving gewenst.
7. Een centraal landelijk punt, van waaruit gecoördineerd wordt en van waaruit men zorgt dat opgedane ervaring elders goed benut wordt, is noodzakelijk.

Groep IX. begon met een uitwisseling van ervaringen en kwam zodoende tot de afbakening van een aantal probleemvelden die een goede samenwerking in de weg staan en wel de volgende:

- A. De problemen in de voorbereidende fase, zoals:
- hoe krijg je onderling een beeld van elkaars werk?
 - wie betrek je bij de samenwerking d.w.z. welke disciplines en hoeveel vertegenwoordigers van die disciplines?
 - hoe bevorder je de onderlinge communicatie die o.a. bemoeilijkt wordt door de verschillen in vakjargon?
- B. De problemen van de vorm van nieuwe structuur zoals:
- de mate van hiërarchie en de mate van medezeggenschap
 - dienstverband (en van wie) versus vrije beroepsuitoefening
- C. De belemmeringen bij de uitvoering zoals:
- het in de knel komen van de zeggenschap van een bestuur of gewoon een niet-coöperatief bestuur.
 - de cohesie binnen een groep d.w.z. andere leden tonen een afwijzende houding t.a.v. hen die in het team willen gaan functioneren.
 - een afwijzende houding van het publiek.

Deze punten werden vervolgens nader uitgewerkt, waarbij ook aandacht besteed werd aan de mogelijkheden deze belemmeringen te overwinnen.

- Ad A: - Je moet weten wat de vertegenwoordiger van de andere disciplines echt doet, dus niet wat men erover vertelt en zelfs niet alleen wat de andere ervan vertelt (dus een tijdje "meelopen")
- De wederzijdse verwachtingen over wat men van de team-verrichtingen denkt, moet duidelijk zijn.
 - Persoonlijke barrières zoals vermindering van autonomie en achteruitgang in financiële positie moeten bespreekbaar worden.
 - Haal er tijdig een deskundige bij, een agoog en/of een organisatiedeskundige.

Ad B: Om een werkzaam geheel te krijgen is het van belang in het begin het team niet te veel disciplines te laten omvatten. Dus b.v. artsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters. Hun werkgebieden kennen toch reeds overlappingen. De structuur moet uitbreiding toelaten met b.v. psycholoog, diëtiste etc. Een hiërarchie van een "inner circle" van werkers van het eerste uur en er wat bijburende nieuwelingen moet dan wel vermeden worden.

- Ad C: Ten aanzien van de besturen signaleerde men de volgende onvolkomenheden:
- Er bestaat geen juist beeld over de aard van het werk van hun eigen mensen.
 - Zij willen de eigen identiteit niet verloren doen gaan en zelf het heft in handen houden.
 - Er zijn vaak wat onzekerheden over eigen plan/wens en visie op de toekomst, hetgeen ze niet bepraten met de werkers in het veld.
- (Nota bene: de huisarts is vermoedelijk vaak initiatiefnemer van samenwerking omdat hij zijn eigen werk bestuurt).

De groep spuide vervolgens enige generalisaties over het beeld dat "men" had van de diverse betrokkenen disciplines.

- De huisarts:
1. Hij weet niet altijd waar hij over praat, maar hij denkt altijd van wel.
 2. Hij houdt de patiënt te lang vast (mierend over somatische klachten)
 3. Hij stuurt alleen ellendige gevallen, waar hij helemaal geen brood meer in ziet naar het maatschappelijk werk.

De maatschappelijk werker:

1. Iemand die klusjes opknapt waar een arts niet aan toe komt.
2. Iemand die alles weet van sociale wetgeving
3. Iemand die ook nog "emotioneel" kan begeleiden (what ever that may be.).

De wijkverpleegster:

1. Zou volgens het publiek een vriendelijke, wasbeurt gevende en spuitjes uitdelende vrouw zijn.
2. Wordt in het kader van de huidige (verouderde) structuur geplaatst in een afhankelijke positie t.o.v. de huisarts (vraagt beslissingen)
3. Somatisch georiënteerd werkzaam op het gebied van nazorg bij revalidatie-patiënten, kinderhygiëne, begeleiding kanker-patiënten.

Vraagje:

Is het voor een goede taakvulling nodig dat de wijkverpleegster "gelijkwaardig" is aan de huisarts en/of maatschappelijk werker?

Ideetje:

Het is zinvol met de verschillende disciplines bepaalde probleem-situaties aan te pakken (wie doet wat en wanneer "verwijs" je) Geef goede informatie over wat anderen op hun terrein kunnen doen door aan patiënten.

Kritische de besprekingen overziende kwam de groep nog tot de volgende formuleringen en opmerkingen:

1. We kunnen exact aangeven wat er in het algemeen moet gebeuren, maar als we concreet moeten worden over een situatie nu-en-hier worden we vaag.
2. Gaan we thans eigenlijk volstrekt collegialiter met elkaar als team-1 eden om? En hoe was het hier in Woudschoten? Daarover bleek verschil van mening te bestaan.
3. Er is toch veel meer zekerheid ontstaan. Wederzijds zijn problemen herkend.. "Ik ben gelukkig toch niet alleen zo gek om me zo druk te maken over dit soort zaken". "Ik heb na negatieve ervaringen nu weer inspiratie opgedaan".
4. De voorbereiding van de te realiseren structuur moet zorgvuldiger geschieden.
5. Een goed schriftelijk verslag van deze conferentie kan bij ambivalente en half-gemotiveerde lieden en besturen misschien het maken van een doelbewuste keuze (positie hierin) vergemakkelijken (verheldering van de situatie en de problematiek).
6. Thuis moeten we werken aan de follow-up van dit congres.

Groep X. besteedde ruime tijd aan een onderlinge kennismaking en uitwisseling van ervaringen. Het bleek dat dit wederzijds kunnen gaan uitwisselen van ervaringen één van de belangrijkste doeleinden was van het komen naar "Woudschoten" met name om zo te komen tot strategieën om plaatselijke initiatieven te doen slagen.

De groep stelde na discussie vast dat het streven in abstracto gericht moest zijn op een team met een horizontale structuur dat zelfbesturend is en waarin men aan elkaar verantwoording verschuldigd is met behoud van beroeps-eigen verantwoordelijkheid.

Verder zou men willen dat de hulpvrager zelf kiest welke "ingang" (hulpverlener) hij prefereert, maar dat is niet te realiseren vanwege ons sociaal verzekeringsstelsel, dat slechts ziek-zijn "gelegaliseerd" door een dokter aanvaardt.

Na een aantal probleemvelden te hebben aangeduid zoals communicatie, emotionele weerstanden, economisch-financiële problemen, verschillen in opleidingsdoelstellingen. de kwestie van delegatie en verantwoordelijkheid en de relatie met collegaesolisten of buiten de groep werkenden kwam men in concreto tot de volgende belemmeringen:

1. De "status" van de huisarts zoals beleefd door patiënt, wijkverpleegster en maatschappelijk werkster.
2. Het verwachtingspatroon dat de huisarts de man moet zijn waar het initiatief van uitgaat.
3. De onduidelijkheid over het beroepsbeeld over en weer.
4. Ons sociale verzekeringsstelsel (voor zover je van een stelsel kunt spreken).

Bevorderend werken bestaande functionele en informele contacten.

De groep besteedde vervolgens aandacht aan mogelijkheden om deze belemmeringen te overkomen maar kwam er niet toe e.e.a. te systematiseren. Wel was men het eens over het belang van de groepsdynamiek en wenselijkheid van deskundige hulp.

Tenslotte nog de volgende punten:

1. Een actiegroep (pressiegroep) kan nuttig werken om e.e.a. te pushen.
2. De gelijkwaardigheid van teamleden is van groot belang. Dit strekt zich ook uit tot b.v. de verloskundige en de doktersassistente.

Verslag van de plenovergadering konferentie Woudschoten op 4 maart 1972.

Wefers Bettink als voorzitter van de Contactgroep leidt de discussie in. Hij signaleert dat in verscheidene groepen de nadruk is gelegd op het belang van de patiënt bij de gezondheidszorg. De vertegenwoordiger van groep I geeft een korte toelichting hierbij.

Men was van mening dat "de patiënt" geactiveerd en gestimuleerd dient te worden (via de massa-communicatiemiddelen) d.m.v. voorlichting, opvoeding, onderwijs en ook via de wijkgezondheidszorg. Er zou een multi-disciplinaire integrale zorg moeten worden aangeboden aan de patiënten (d.w.z. niet alleen door huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werker, maar ook door andere disciplines).

Wefers Bettink vraagt de aanwezigen of zij het met deze stelling eens zijn. Dit blijkt bij de meerderheid het geval te zijn. Dus: bewustmaking van de patiënt blijkt een zaak van primordiaal belang.

Er komt een voorstel uit de zaal: Er dienen telegrammen te worden verzonden naar de Werkgroep 2000 (met het verzoek zich te gaan bezighouden met de bovengenoemde problematiek) en naar de Consumentenbond (waarin die verzocht wordt een afdeling op te richten, die de stem van de patiënt zou kunnen laten horen in de gezondheidszorg). Dit voorstel krijgt luide bijval uit de zaal.

Vervolgens brengt Wefers Bettink een stelling uit groep III ter sprake, namelijk "Ontzuiling, ook op zondag, in godsnaam!" Een vertegenwoordiger uit de groep licht dit toe. De verzuiling van de kruisverenigingen (en het maatschappelijk werk?) vormt een belangrijke belemmering voor de samenwerking in de gezondheidszorg. Op landelijk-bestuurlijk niveau wordt men het nog steeds niet eens over een fusie van de verenigingen. In de periferie wordt echter hier en daar wel al samengewerkt. De groep is van mening, dat de werkers aan de basis druk moeten gaan uitoefenen naar boven op de bestuurders. In verband hiermee vindt men dat de onafhankelijke positie van de huisarts uit hoofde van zijn vrije beroep niet meer goed in te passen is in het geheel.

Moeten de huisartsen niet toe naar een vorm van dienstverband?

Er komen uit de zaal enige reacties op de stellingen van deze groep.

Zo wijst mejuffrouw Kok op de intensieve pogingen de h.i. worden gedaan, óók bij de besturen, om tot fusie te komen. De heer Vrij komt terug op de noodkreet over de gewenste ontzuiling; z.i. moeten de werkers in de periferie zowel hun besturen als de bevolking trachten duidelijk te maken wát exact de voordelen zijn van ontzuiling voor de gezondheidszorg. Dan kunnen de besturen overtuigd worden.

Wefers Bettink merkt op dat zowel groep II als groep IV een voorstel hadden tot oprichting van een Nationaal Welzijnsinstituut (N.W.I.).

De vertegenwoordiger van groep II voert hierover het woord. Een logisch gevolg van de konferentie is naar de mening van zijn groep, dat nu ook gewerkt gaat worden aan de totstandkoming van een N.W.I. Dit zou kunnen/moeten gebeuren door een contactgroep, die nu in het leven is geroepen kan worden en die een model voor een N.W.I. zou moeten opstellen. Wefers Bettink waarschuwt dat dit een full-time job zou betekenen voor de betrokkenen. Hierop volgt een vraag uit de zaal: "Kan het Nederlands Huisartsen Instituut niet zodanig worden omgevormd dat het een Nationaal Welzijnsinstituut kan worden?"

Van Aalderen zegt, dat hij huiverig is voor oprichting van wéér een instituut!/.

Weliswaar lijkt het voostel een ideale oplossing, maar hij gelooft dat het tot mislukken gedoemd is, omdat de tijd hiervoor nog niet rijp is. Hij is wél voorstander van een werkgroep, die zich met het voorstel zou gaan bezighouden ter voorbereiding van het e.e.a.

De vertegenwoordiger van groep II verduidelijkt, dat de groep voor ogen heeft niet een nieuw instituut te doen ontstaan, maar dat een aantal van de reeds bestaande hierin zouden opgaan.

Van Son vraagt, waarom speciaal aangedrongen wordt om omvorming van het NHI tot een NWI. Hij is tegen monopolisering door een huisartseninstituut en verwijst naar de wijze waarop geestelijke gezondheidszorg is her-organiseerd. We zouden alle betrokken instituten hierover moeten polsen.

Mejuffrouw Van Vessem is van mening dat de "achterban" d.w.z. de patiënten, geraadpleegd zouden moeten worden over ingrijpende bestuurlijke veranderingen. Mevrouw Siegenbeek van Heukelom is dat niet met haar eens, omdat zij gelooft, dat de patiënt in het algemeen slechts geïnteresseerd is in adequate hulpverlening, niet in wijzigingen die verband houden met ontzuiling met al dan niet werken in dienstverband. e.d.

De vertegenwoordiger van de Consumentenbond (Van den Busse) is het in al deze discussies vooral opgevallen hoe oneens de hulpverleners het onderling nog zijn. Hij suggereert, dat deze onderling eerst overeenstemming moeten hebben bereikt voordat de "patiënt" (of diens vertegenwoordiger) in het overleg wordt betrokken. Dit is de voorzitter niet met hem eens, omdat de werkers de "feedback" van de consument nodig hebben om te weten "of zij het goed doen".

Vrij gelooft, dat indien we het belang van de patiënt als doelstelling voor ogen houden, een betere dienstverlening zeker tot stand zal worden gebracht. Daarna zou een "marktonderzoek" kunnen plaatsvinden.

Uit de zaal wordt een uitspraak gevraagd over het al dan niet omvormen van de Contactgroep tot een "pressure group" om gewenste veranderingen te pousseren. Wefers Bettink zegt, dat indien hiertoe een duidelijke wens bestaat bij de aanwezigen, een deel van de groep zeker bereid zal zijn zich hiervoor in te zetten.

Gewezen wordt op de behoefte die er in den lande bestaat aan een instantie die geraadpleegd kan worden bij de totstandkoming van samenwerkingsverbanden. Gevraagd wordt of het voor de andere disciplines acceptabel zou zijn indien een afzonderlijke afdeling van (b.v.) het NHI zou worden opgericht, speciaal voor samenwerkingsproblemen, vooruitlopend op de totstandkoming van een N.W.I. De Widt vermeldt de totstandkoming van een dergelijke afdeling op het NHI, namelijk de afdeling samenwerkingsvormen met als medewerkers: J.C. Oeberius Kapteijn, Mevrouw Kupecz en hijzelf. De afdeling is een afsplitsing van de vroegere afdeling Voorlichting en Advisering. De kleine bezetting van de nieuwe afdeling beperkt echter voorshands nog de mogelijkheden.

Wefers Bettink stelt het volgende vraagstuk aan de orde: Het werken met een "ziektemodel" zou moeten worden veranderd in het werken met een "welzijnsmodel". Hierover is een uitvoerige nota geschreven door Dr. P.C.J. van Loon en deze is onder aandacht gebracht van de konferentie-deelnemers. De vertegenwoordiger van groep VIII verklaart, dat in zijn groep de noodzaak benadrukt is dat de patiënten komen tot een formulering van hun klachten volgens het welzijnsmodel.

Een andere stelling van groep VIII was: Men moet komen tot een vorm van zorgverlening, waarbij eerst de méést deskundige hulp op het laatste opleidingsniveau wordt ingeschakeld. Dit zou de gezondheidszorg ook financieel meer draagbaar maken: het zou een doelmatiger besteding betekenen van het nationaal inkomen. Vrij lanceert in dit verband de term: "ontsnippering". Er is teveel decentralisatie en specialisatie. Er moet een optimale taakverdeling plaatsvinden in het eerste echelon en tussen het tweede en eerste echelon (de "bureau's" worden beschouwd als tweede echelon).

Op een vraag uit de zaal of dit niet zou betekenen dat de huisarts dan tweede echelonswerker zou worden, antwoordt Wefers Bettink ontkennend, immers, de huisarts blijft direct toegankelijk maar schakelt specialistische hulp in, o.a. in consulterende vorm.

Groep VII bepleit in een van haar stellingen inschakeling van een team-coach bij samenwerkingsprojecten. De vertegenwoordiger verklaart tevens dat men van mening is dat deze coach een buitenstaander moet zijn (een andere discipline, geen lid van het team). Deze coach zou zowel "tolk" als begeleider moeten zijn. Riphagen beklemtoont nog, dat hem uit ervaring is gebleken dat inschakeling van een dergelijke coach in een zo vroeg mogelijk stadium dient te geschieden en dan preventief kan werken. Dus niet er bij halen als er al brokken zijn gemaakt (om de zaak weer te lijmen). Dat laatste kost veel tijd en er blijven vaak barsten. Een coach is dus geen werkbegeleider maar begeleider van interactie-processen. In de praktijk, illustreert Riphagen, is de relatie artsen/assistente(s) dikwijls een probleem in de groep. Zij zouden eigenlijk een gelijkwaardige plaats in het team moeten krijgen, maar de opleiding van de assistentes zou dan wellicht op een hoger peil moeten worden gebracht.

Groep IX komt nog eens terug op de vraag om oprichting van een service-instituut voor begeleiding van relatieproblematiek bij samenwerkingsprojecten. Dit instituut zou met voldoende mankracht moeten zijn uitgerust. Dit kan het NHI slechts gedeeltelijk, zegt De Widt. Men is bij het NHI reeds bezig met een dergelijke serviceverlening, maar helaas is voor een grotere opzet te weinig geld en mankracht. Mevrouw Kupecz licht verder toe, dat groepen in den lande thans nog zelf een begeleider zoeken. Zij ziet persoonlijk meer in een centraal orgaan dat contact heeft met zulke coaches. Op het ogenblik zoekt zij contact met agogische instituten om gezamenlijk de werving van coaches ter hand te nemen, Deze besprekingen zijn echter nog in een pril stadium.

Van Vianen vraagt wie het honorarium van de groepscoach in de praktijk zal betalen. Wefers Bettink ziet geen kans om deze vraag thans te beantwoorden. Wel ziet hij een mogelijkheid voor een dienstverband van de huisarts én de andere teamleden bij een stichting. In dat geval zou de stichting ook het honorarium van de groepscoach moeten betalen.

Er komen daarna nog enige algemene zaken ter sprake zoals het vergehoorde geluid, dat de samenwerking tussen wijkverpleegster en huisarts wat gemakkelijker zou lopen dan met de anderen zoals maatschappelijk werkers, omdat het beeld van deze laatsten zowel bij de huisartsen en verpleegsters als bij het publiek nog niet duidelijk is.

Venhorst ervoer in het team, waarin hij werkt, aanvankelijk ook spanningen tussen de "doeners" en de "pratere". Oorzaak: een gebrek aan wederzijdse adequate beeldvorming. Hierin kwam echter snel verbetering toen het belang van de gemeenschappelijke patiënten/cliënten centraal werd gesteld.

Bruins vindt dat de patiënt/cliënt tot dusverre in de gezondheidszorg te zeer buiten spel blijft. De patiënt zou een duidelijker beeld moeten krijgen van zijn hulpverleners. Hij stelt een "promotion" voor van huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters. Er wordt op dit voorstel niet nader ingegaan, omdat Aakster het woord neemt en vraagt om ACTIE, MOTIES en BESLUITEN. Hij oogst bijval uit de zaal.

Mejuffrouw Kalb vindt dat al deze moties het "veld" niet verder brengen in hun streven naar samenwerking. Zij zou de nadruk willen leggen op het werk in de periferie van onderen af. Wefers Bettink pleit daarop voor zelfwerkzaamheid van de aanwezigen. D.w.z. ieder kan in eigen kring pressie uitoefenen en aandringen op samenwerking. Ook de vertegenwoordiger van groep IX vraagt met klem of allen "thuis" willen beginnen met het totstandbrengen van een mentaliteitsverandering onder de werkers in de gezondheidszorg.

Tenslotte belooft Wefers Bettink dat een werkgroep (de Contactgroep aangevuld met vrijwilligers) zich tot taak zal stellen de wensen geuit op deze konferentie nader uit te werken. Een schriftelijk verslag van de konferentie en de resultaten van de enquête zullen eenieder worden toegezonden.

DEELNEMERSLIJST werkconferentie over de samenwerking van huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters e.a. in gezondheidscentra en dergelijke in het conferentie-oord "Woudschoten" te Zeist op vrijdag 3 en zaterdag 4 maart 1972. (Enkele deelnemers hebben niet tijdig afgezegd. Zij komen op deze lijst wél voor hoewel zij niet verschenen zijn).

Huisartsen:

F. Almekinders	Herenstraat 59	Rhenen
W.J.M. Bekking	Klaverlaan 7	Arnhem
J. Berkhout	Akerstraat Noord 74	Hoensbroek
H.G. Bessem	Binnenweg 33	Twello
H. Wefers Bettink	Boulevard 1945 nr. 460	Enschede
P.M. van Boekhoven	Adr. Poirterslaan 11	Waalre
P. Boot	Oude Haagweg 285-287	's-Gravenhage
E.A.V.M. Broecheler	Tafelbergdreef 144	Utrecht
H.F.J.M. Crebolder	Harpstraat 52	Nijmegen
P.V.M. Cromme	Binnenweg 33	Twello
G.A. de Bruyne	Hoofdstraat 8	Leiderdorp
J.W. Davidsz	Biezelingplein 9	Rotterdam
J.J. Duyvendak	Schependomlaan 36	Nijmegen
Th. J. van Dam	Zuidsingel 37	Swifterbant
R. Deurlo	Parallelstraat 6	Assen
C. Eenhoorn	Bloemendaalseweg 17	Bloemendaal
Th. M.E. Govaert	Dross. Ecrevissestraat 18	Stein
L.A. de Groote	Spanjaardsingel 2	Veenendaal
Th. J. Hanrath	Kastanjelaan 7	Hengelo
J. de la Hayze	Seisdam 22	Middelburg
P.C. Hoornstra	Smitstraat 2	Den Ham
W. Holtrop	Stationsstraat 70	Ermelo
J. Jansen	Kon. Willem III str. 2	Bergen op Zoom
L. de Jong	Nassaukade 92	Amsterdam-W
H. Kroese	Puntenburg I	Vleuten
G.P. Lauw	Wantveld 9	Noordwijk a.Z.
J.S. Meyboom	Commissieweg 120	Opeinde-Smallingerland
J.D. Mulder	Wantveld 9	Noordwijk a.Z.
J. van Noort	Burg. Rijkstrastr.7-9	Zelhem
J.C. Polée	J.C. Grotestraat 264	Borne
S. van Randen	Hoofdweg 381	Amsterdam

F. Riphagen	Nw. Ommoordseweg 7	Rotterdam
H.A.M. Ruke	Vigthof 28	Hilvarenbeek
J. Rijpkema	Gauke Boelenstraat 75	Drachten
T.H.T. Schellaart	Merelstraat 180	Leiderdorp
C.P. Schouwstra	Gen. Bothastraat 23	Eindhoven
P. Schram	Oosterscheldestraat 2	Middelburg
G.M.A. Schijen	Schoolstraat 43	Bocholtz (L)
M.P. Springer	Nigerdreef 121	Utrecht
C. van Staveren	Sanbuuren 5	Oudega
W.A. van Veen	Rijswijksestraat 241	Amsterdam
G.A. Venhorst	De Morinelaan 72	Dronten
B.J. van Vianen	Stadhouderslaan 30	's-Gravenhage
A. Vrij	Kanaalstraat 173	Utrecht
J.B.M. Wesseling	Stadhoudersring 324	Zoetermeer
J. Willekens	St. Roesstraat 29	Winssen
G. Geldrop	Zaanweg 4	Wormerveer

Wijkverpleging:

M. Aberson (mej.)	Het Spiek 25	Lelystad
W. Ammeraal (mej.)	Berkenlaan 7A	Ermelo
A. Attema (mej.)	't Sumpel 30	Den Ham
M. van Beurden (mej.)	Hindersteinlaan 16	Vleuten
L. Bisschoff (mej.)	Ingenhouszstraat 43	Utrecht
A.J.Th. Boer	Hindersteinlaan 10	Vleuten
M. den Boer (mej.)	Adr. Lauwerijsestr. 77	Middelburg
G. van Nugterum	Previnaireweg 2	Nw. Vennep
C.M. de Bruijn (mej.)	Amundsenstraat 39	Heerlen
J.B. Butterman (mej.)	Brederostraat 1 hs	Amsterdam
A.C. v.d. Bijllaardt (mej.)	Begijnhof 2 I	Amsterdam
H.T. van Dam (mej.)	Veemarktplein 4 b	Utrecht
Th. van Eck (mej.)	Hindersteinlaan 12	Vleuten
A. Goedvree-Gebbink	p/a Bombaydreef 3	Utrecht
H.A.M. de Groot (mej.)	Mimosalaan 67	Eindhoven
M. Heidema (mej.)	Zomerhofstraat 71	Rotterdam
J.A. Janson (mej.)	Gelderstraat 31	Hilvarenbeek
A. Jasperse (mej.)	Nassaulaan 169	Middelburg
S.A.M. Kalb (mej.)	Aziëlaan 598	Utrecht
M.H. v.d. Klees (mej.)	Burggravenlaan 190	Leiden

C.E.M. Koster (mej.)	Zomerhofstraat 71	Rotterdam
A. Kotterer (mej.)	Yokohamadreef 108	Utrecht
M. Leistra (mej.)	p/a Akerstraat noord 47	Hoensbroek
E.G.M. Kreutzer (mej.)	Hindersteinlaan 14	Vleuten
E. Menninga (mej.)	p/a Kraneweg 1	Groningen
A. Postma (mej.)	Castorstraat 78	Groningen
H.C.M. Schinkel (mej.)	Salviapad 3	Eindhoven
N. Schout (mej.)	Verl. Oudestraat 1	Veere
J.C. van Strien (mej.)	Jeugdland 11	Ermelo
G.J.J. Tacken (mej.)	Barnsteenlaan 63	Utrecht
C.M. Tompot (mej.)	Walmolen 110	Amsterdam
M. de Veer (mej.)	Van Panhuisstraat 10	Noordwijk a.Z.
J.H. van Veen (mej.)	Zwin 7	Assen
J. v.d. Weele (mej.)	Thomas à Kempisweg 118	Utrecht

Maatschappelijk werk:

J.M.J. Bierings (mej.)	Gelderstraat 92 A	Hilvarenbeek
J. de Boer	Da Costastraat 113 V	Amsterdam
H. Boer (mej.)	Dr. Holtropstraat 64	Ermelo
A.H. Dikkeschei	Dr. Holtropstraat 64	Ermelo
L. van Eijsden (mej.)	Leidseweg 80	Utrecht
G. van Eik-de Gorter	Huis ter Duinstr. 28	Noordwijk a.Z.
N. Hakkesteeft (mej.)	Aristotelesstraat 27	Rotterdam
L. Klarenberg (mej.)	Kellogplaats 259	Utrecht
M.E. Kakebeke (mej.)	Lange Nieuwstraat 52	Utrecht
T. Kosten (mej.)	Comeniusstraat 293 II	Amsterdam
G. Meijerink (mej.)	Stadionkade 25 II	Amsterdam Z.
M.E.C. Menken (mej.)	KIM Willebrordusstr. 13	Utrecht
J. op 't Root	Schielandsingel 13	Zevenhuizen
H. Verhoef (mej.)	Past.Ohllaan 1 bis	Vleuten
E. Voskuijl-van Beurden	Van Eeghenlaan 30	Amsterdam
H.E. Kramer (mej.)	C.J. Haydnlaan 14 III	Utrecht

Diversen:

C.W. Aakster	Vincent v. Goghstraat 6	Hazerswoude
Dr. H.J. van Aalderen	Huisartsen instituut VU v.d. Boechorststraat	Amsterdam
M. Bremer-Schulte	33 Groot Hoefijzerlaan	Wassenaar
M. de Bruyne-van Lange	Hoofdstraat 8	Leiderdorp
C.P. Bruins directeur N.H.I.	Mariahoek 4	Utrecht

A.H.B. v.d. Busse	Consumentenbond Leeghwaterplein 26	Den Haag
J. Delemarre (mej.)	Havikstraat 17	Utrecht
J.D.A. Douglas	Apenijnenlaan 15	Son
H.H.M. Durville (mej.)	Ametisthorst 349	's-Gravenhage
H. Eisma, socioloog	Beatrixstraat 4	Zoeterwoude
M.J. Ferwerda (mej.)	Dwarsdijk 228	Drachten
R. Ferwerda	Dwarsdijk 228	Drachten
E. Haak (mej.)	Vondellaan 39	Baarn
E. v.d. Horst (mej. (diëtiste)	N. Kamerlingh. Onnesl. 21	Oegstgeest
N.L. Krijger	Paganinidreef 61	Voorschoten
A.M. Kupecz-Zeeuwen	Mariahoek 4	Utrecht
F. Langemeijer	Oude Gracht 357	Utrecht
G. van Leeuwen	Flanorpad 2C	Leiden
Dr. P.C.J. van Loon hoofd afd. Onderzoek en Planning	Ministerie van Volksge- zondheid en Milieuhygiëne dir.-gen. v.d. Volksge- zondheid Dr. Reijersstraat 8	Leidschendam
R. van Minnen-Marskamp	Bt. Hofstraat 91	Kampen
G.I.J.G. Mulder	Nassaukade 303	Amsterdam
M.J. Ouwerkerk (mej.) (d.ass.)	Bataviastraat 46 bis	Utrecht
H.W. Reinking	Zwin 15	Assen
J. Rensing	Noorwegenlaan 23	IJsselstein
G. Roubol (mej.)	Zoutmanschans 21	Noordwijk a.Z
H. Setz	Dr. Holtropstraat 64	Ermelo
I.J.J. Schouwstra-van Hee	Gen. Bothastraat 23	Eindhoven
M.N. Siegenbeek van Heukelom- de Boer	Laan v. Vollenhove 2239	Zeist
Drs. P. van Son afd. Onderzoek en Planning	Ministerie van Volksge- zondheid en Milieuhygiëne Dr. Reijersstraat 8	Leidschendam
E.J. Ubbink (mej.)	Lindenlaan 75	Amstelveen
M.G.M. Vavrinek-Ferdinandus	Mariahoek 4	Utrecht
C.H. Th. Verhoef	Mendelsohnstraat 62	Utrecht
A. de Visser (mej.)	Pletterijstraat 45	's-Gravenhage
D. Voskuyl	Van Eeghenlaan 30	Amsterdam
A.S.M. de Wolf	Da Costakade	Amsterdam
L. de Wolff	Hondsdrافstraat 14	Krommenie

A.v.d. Weijden

Duifstraat 55

Utrecht

Dr. R.A. de Widt

Mariahoek 4

Utrecht

W.H.M. van Vessem

Jan van Loonstraat 30A

Rotterdam

R.H. Nap

Jac. Perkstraat 5

Groningen.

22/06/'72

BS