



**WITTE JASSEN:**

**DE ONTSTAANSGESCHIEDENIS VAN GROEPSPRAKTIJKEN**

**EN WIJKGEZONDHEIDSCENTRA IN VLAANDEREN.**

**VERONIQUE COMPIET**

Scriptie voorgelegd aan de Faculteit Letteren en Wijsbegeerte,  
voor het behalen van de graad Master in de Geschiedenis.

ACADEMIEJAAR 2009-2010

PROMOTOR: PROF. DR. GITA DENECKERE

CO-PROMOTOR: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

Universiteit Gent  
Examencommissie Geschiedenis  
Academiejaar 2009-2010

*Verklaring in verband met de toegankelijkheid van de scriptie*

Ondergetekende,

.....

afgestudeerd Master in de Geschiedenis aan Universiteit Gent in het academiejaar 2009-2010 en auteur van de scriptie met als titel:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

verklaart hierbij dat zij/hij geopteerd heeft voor de hierna aangestipte mogelijkheid in verband met de consultatie van haar/ zijn scriptie:

1. de scriptie mag steeds ter beschikking worden gesteld van elke aanvrager;
  - de scriptie mag enkel ter beschikking worden gesteld met uitdrukkelijke, schriftelijke goedkeuring van de auteur (maximumduur van deze beperking: 10 jaar);
  - de scriptie mag ter beschikking worden gesteld van een aanvrager na een wachttijd van ... . jaar (maximum 10 jaar);
  - de scriptie mag nooit ter beschikking worden gesteld van een aanvrager (maximumduur van het verbod: 10 jaar).

Elke gebruiker is te allen tijde verplicht om, wanneer van deze scriptie gebruik wordt gemaakt in het kader van wetenschappelijke en andere publicaties, een correcte en volledige bronverwijzing in de tekst op te nemen.

Gent, .....(datum)

.....( handtekening)

# INHOUDSOPGAVE

<b>WOORD VOORAF .....</b>	<b>6</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>7</b>
<b>Onderwerp en vraagstelling.....</b>	<b>9</b>
<b>Bronnen en methoden .....</b>	<b>11</b>
<b>HOOFDSTUK I: MENTALITEITSVERANDERING EN REVALORISATIE VAN DE HUISARTS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Internationale disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde .....</b>	<b>17</b>
1.1. Geboorte van een ideologie: Woudschoten en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG).....	18
1.2. De metamorfose van de huisarts.....	21
1.3. De Nederlandse voorbeeldfunctie .....	24
<b>2. De Belgische huisartsgeneeskunde naar een nieuwe toekomst .....</b>	<b>25</b>
2.1. De artsenstaking van '64 als breukmoment.....	25
2.2. Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine .....	30
2.3. Studie Adviesgroep voor een Hervorming van de Gezondheidszorg.....	37
2.4. De Werkgroep Gezondheidsvoorlichting.....	38
2.5. De disciplinevorming van de Vlaamse huisartsgeneeskunde.....	41
2.6. Reactie tegen een autonome huisartsgeneeskunde .....	49
<b>3. De eerstelijns op het spoor gezet .....</b>	<b>50</b>
<b>Besluit .....</b>	<b>51</b>

<b>HOOFDSTUK II: VAN SOLIST NAAR GROEPSPRACTICUS, DE DRIE VLAAMSE PIONIERS VAN GROEPSPRAKTIJKEN.....</b>	<b>54</b>
<b>1. Groepspraktijk Maldegem .....</b>	<b>56</b>
1.1. Historiek.....	56
1.2. Doelstellingen.....	59
1.3. Politiek kleur bekennen? .....	60
<b>2. Het Medisch Huis Merelbeke .....</b>	<b>61</b>
2.1. Historiek.....	61
2.2. Doelstellingen.....	63
2.3. De Patiëntenraad Merelbeke.....	64
2.4. Gratis geneeskunde als voorlopige actie.....	65
<b>3. Geneeskunde voor het Volk Hoboken.....</b>	<b>69</b>
3.1. Historiek.....	69
3.2. Doelstellingen.....	70
3.4 Geneeskunde en politiek engagement .....	74
<b>4. De strijd tegen de Orde der Geneesheren .....</b>	<b>76</b>
<b>Besluit .....</b>	<b>78</b>
 <b>HOOFDSTUK III: HET ONTSTAAN VAN WIJKGEZONDHEIDSCENTRA .....</b>	 <b>82</b>
<b>1. Ideologische basis .....</b>	<b>84</b>
1.1. Wereldscholen, een nieuwe sociale beweging .....	85
1.2. Wijkgezondheidscentra binnen Wereldscholen op zoek naar participatie en democratisering .....	86
<b>2. Universitaire werkgroepen als denktank voor wijkgezondheidscentra .....</b>	<b>88</b>
2.1. De Socio Medische Werkgroep .....	88
2.2. De Sociale Werkgroep van de kandidaturen en Werkgroep Mordicus .....	91
2.3. De Werkgroep Wijkgezondheidscentrum binnen het onderwijs Sociale Geneeskunde .....	93

<b>3. Wijkgezondheidscentrum De Sleep</b> .....	<b>94</b>
3.1. Historiek.....	94
3.2. Doelstellingen.....	96
<b>4. Wijkgezondheidscentrum De Botermarkt</b> .....	<b>98</b>
4.1. Historiek.....	98
4.2. Doelstellingen.....	100
<b>5. Hindernissen</b> .....	<b>102</b>
5.1. Financieringswijze.....	102
5.2. Institutionele hindernissen.....	105
5.2.1. De Orde der Geneesheren .....	105
5.3. Organisatorische hindernissen .....	106
5.4. Socio-culturele hindernissen.....	107
5.5. Vorming van de gezondheidswerkers .....	108
5.6. Juridische hindernissen .....	108
<b>Besluit</b> .....	<b>109</b>
<b>ALGEMEEN BESLUIT</b> .....	<b>111</b>
<b>GEBRUIKTE AFKORTINGEN</b> .....	<b>115</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>116</b>
<b>1. Bronnen</b> .....	<b>116</b>
1.1. Mondelinge bronnen.....	116
1.2. Geschreven bronnen .....	117
<b>2. Literatuur</b> .....	<b>119</b>

## WOORD VOORAF

In de eerste plaats wil ik mijn promotor prof. dr. Deneckere bedanken voor de vele raadgevingen die me telkens weer op het goede spoor zette en haar positieve ingesteldheid die me de moed gaf om door te zetten.

Daarnaast wil ik ook mijn co-promotor prof. dr. De Maeseneer bedanken voor de deskundige hulp en de vele tijd die hij voor mij vrijmaakte ondanks zijn drukke werkschema.

Verder wil ik ook enkele medewerkers van het AMSAB-ISG bedanken; Paule Verbruggen voor de bemoedigende woorden gedurende mijn stage Publieksgeschiedenis en Rik De Coninck voor de achtergrondinformatie die mij hielp deze scriptie op de rails te krijgen. Het was een grote steun voor mij, te weten dat ik er niet alleen voorstond

Ook wil ik alle artsen bedanken, die ik in het kader van deze masterscriptie heb mogen interviewen, voor hun bereidwilligheid en het grote enthousiasme waarmee ze mij te woord stonden.

‘Dankuwels’ – met een grote D - gaan uit naar mijn familie en vrienden. Ik wil mijn ouders bedanken om me de kans te geven te studeren wat ik wilde. Zonder hun niet-afhoudende steun, op alle vlakken, zou dit nooit gelukt zijn. Ook mijn broer, Pieter wil ik bedanken, die me telkens aan het lachten bracht op momenten van stress. Verder ook een ‘dankjewel’ aan alle vrienden die voor de nodige ontspanningsmomenten zorgden en mij bij tijd en stond alle thesisperikelen deden vergeten.

Laatst in deze serenade, maar finaal op de eerste plaats komt mijn toekomstige echtgenoot. Aad, het klinkt misschien cliché, maar je was een rots in de branding de voorbije jaren.

## INLEIDING

*'De dokters zijn van hun piëdestal gevallen met die artsenstaking.*

*Het was gedaan met Meneer Dokter.'*<sup>1</sup>

Bovenstaande uitspraak is afkomstig van dokter Jef Deloof, één van de weinige artsen die niet deelnam aan de staking. Hoewel de Artsenstaking van 1964 de conservatieve Syndicale Kamers van Geneesheren gedurende een kwarteeuw dominantie over het Belgische medische landschap bezorgde, had de staking zware consequenties voor de huisarts zelf. Bij de bevolking was het vertrouwen in hun arts verdwenen.

Er was niet alleen een mentaliteitsverandering merkbaar bij de bevolking. Jonge progressieve artsen gingen zich niet langer verheven voelen boven het volk. Ze trachtten af te stappen van de oude paternalistische houding waarbij 'Meneer Doktors' gezag onbetwistbaar was. Het idee dat dokters een kaste waren, mensen die niet waren zoals anderen, werd opgeborgen. Voor een toenemend aantal artsen werd het opbouwen van status en macht vervangen door maatschappelijk engagement.

Na Mei '68 waaide een democratische wind doorheen de hele samenleving, ook door de wereld van de gezondheidszorg, waar de kritiek op het functioneren van de gezondheidszorg groeide. Men ging zich de vraag stellen of de bevolking wel behoefte had aan de steeds toenemende investeringen in de gezondheidssector en of er niet eerder werk gemaakt moest worden van de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg.

---

<sup>1</sup> VANDEKERCKHOVE (P.), 'Meneer Dokter, verhalen over leven en dood, lijf en lust. 1937-1964.', 2006, Roeselare, Roularta Books, p. 403.

In één generatie tijd veranderde het beeld van de huisarts volkomen. Binnen die periode kregen groepspraktijken en wijkgezondheidscentra vorm. We kunnen deze evolutie kaderen in het complex proces van maatschappelijke veranderingen ingegeven door de opkomst van zogenaamde nieuwe sociale bewegingen.

De jaren 1960 waren jaren van economische voorspoed. De naoorlogse basisbehoeften raakten verzadigd waardoor er ruimte vrij kwam voor een fenomeen zonder historische precedents, het post-materialisme. Verschillende nieuwe sociale bewegingen, zoals de milieu-, de derde wereld-, de vredes- en vrouwenbeweging, zagen in de jaren 1960 en 1970 het licht. Vanuit de veranderde maatschappelijke noden, manifesteerden deze bewegingen zich rond thema's die voorheen niet op de prioriteitenagenda stonden. Eén van die thema's was het streven naar een kwaliteitsvolle en betaalbare gezondheidszorg.

Dankzij de opkomst van dergelijke nieuwe sociale bewegingen werden concepten als groepspraktijken en wijkgezondheidscentra geïntroduceerd in Vlaanderen. De laatste decennia zijn deze bewegingen uitgegroeid tot een belangrijk element van de Belgische politieke cultuur. Nieuwe sociale bewegingen staan haaks op de traditionele politieke cultuur van België. Als burgers voordien in beweging kwamen, was dat vooral in verzuilde organisaties<sup>2</sup>, die door de elite werden gestuurd. Nieuwe sociale bewegingen, daarentegen, verwierpen deze verzuiling en vormden met hun participatieve ideologie een uitdaging voor de heersende elite. Hellemans en Hooghe hebben het over 'basisdemocratie' als het credo van deze bewegingen.<sup>3</sup> Nieuwe sociale bewegingen hebben naast hun culturele betekenis, onvermijdelijk ook een politieke roeping. Geneeskunde voor het Volk Hoboken, één van de eerste Vlaamse groepspraktijken, kan beschouwd worden als een deel van de marxistisch leninistische arbeidersbeweging Alle Macht aan de Arbeiders (AMADA) later Partij van de Arbeid (PVDA).

---

<sup>2</sup>Men spreekt in dit geval vaak over 'oude sociale bewegingen'.

<sup>3</sup>HELLEMANS (S.) & HOOGHE (M.) (red.), 'Van Mei '68 tot Hand in Hand. Nieuwe sociale bewegingen in België, 1965-1995', 1995, Leuven, Apeldoorn-Garant, p. 7.



De pioniers van de eerste Vlaamse Wijkgezondheidscentra, werden geïnspireerd door de maatschappelijke beweging Wereldscholen. Deze nieuwe sociale beweging was het geesteskind van Jef Ulburghs, maar kon zich jammer genoeg niet consolideren zoals GVHV binnen PVDA.

Het pleidooi voor kwaliteitsvolle democratische gezondheidszorg was niet nieuw in België. Eind negentiende eeuw richtte socialistische mutualiteiten poliklinieken op, waar de socialistische Gentse mutualiteit Bond Moyson gratis doktersbehandelingen en kosteloze geneesmiddelen verstreekte voor zijn arbeiders/leden. De wortels van de Gentse polikliniek, ook wel Volkskliniek genoemd, gaan terug tot in 1886. De zogezegde oude, verzuilde, sociale bewegingen richtte arbeidersmutualiteiten (voor en door) arbeiders op. Via onderlinge solidariteit streefden zij reeds naar democratisering van de gezondheidszorg. Onrechtstreeks kunnen we stellen dat de kiem van de groepsgeneeskunde reeds vervat zat in het baanbrekende initiatief van de socialistische mutualiteiten. Een kleine eeuw voor de mentaliteitsverandering midden eind jaren zestig, probeerde men zich al te verzetten tegen het liberale individualisme van een groot deel van het geneesherenkorps.<sup>4</sup>

## **ONDERWERP EN VRAAGSTELLING**

Aangezien ik de eerste ben die het relaas van de eerste Vlaamse groepspraktijken en wijkgezondheidscentra onderzocht, bevond ik me op relatief onbekend terrein. Gezien de beperkte tijdspanne en de grote hoeveelheid ongeïncorporeerde bronnen, heb ik mijn onderzoek bewust gefocust op de basic facts omtrent de institutionele geschiedenis van de eerste Vlaamse groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. Omdat het gaat om pioniersonderzoek wil ik beklemtonen dat ik deze scriptie beschouw als een aanzet tot verdere uitdieping van de historische context waarin groepspraktijken en wijkgezondheidscentra tot stand zijn gekomen.

---

<sup>4</sup> VERBRUGGEN (P.), 'De volkskliniek: een socialistische polikliniek in Gent.', In: DE MAEYER (L.), DHAENE (L.), HERTECANT (G.) & VELLE (K.) (red.), 'Er is leven voor de dood, 200 jaar gezondheidszorg in Vlaanderen.', 1998, Kapellen, Uitgeverij Pelckmans, pp. 233, 236-237.

In eerste instantie schets ik de mentaliteitsverandering bij Vlaamse huisartsen, die aan de basis lag van de evolutie van solopraktijken naar groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. Hierbij ga ik uit van volgende onderzoeksvragen: Waar kwam deze mentaliteitsverandering vandaan? Welke (inter)nationale initiatieven lagen aan de basis van deze ommekeer? Welke pilootprojecten lagen aan de basis van de mentaliteitsverandering bij Vlaamse artsen?

Terwijl ik me slechts beperk tot het onderzoeken van de artsenstaking van '64, de disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde en het ontstaan van de G.E.R.M. als factoren die de Vlaamse mentaliteitsverandering onder artsen, op gang trokken, is het belangrijk te beseffen dat de historische context waarbinnen ik deze mentaliteitsverandering schets, veel verder reikt dan de actoren die ik aangeef in hoofdstuk I.

Nadien valt mijn onderzoek uiteen in twee luiken. Een eerste luik over de geschiedenis van groepspraktijken en een tweede luik waarin het relaas vertelt wordt van de eerste Vlaamse wijkgezondheidscentra. Het eerste luik spitst zich toe op de ontstaansgeschiedenis van de eerste drie groepspraktijken in Vlaanderen. Hoe zijn deze groepspraktijken ontstaan? Wat waren hun doelstellingen? Welke gelijkenissen en verschillen zijn er merkbaar tussen de Vlaamse pioniers? Welke tegenstanders kruisten hun pad?

Het tweede luik handelt over de totstandkoming van wijkgezondheidscentra (WGC). Waar bijzondere aandacht wordt besteed aan de ideologische achtergrond van wijkgezondheidscentra, die past binnen de ruimere maatschappijkritische bewegingen van de jaren zestig en zeventig. Welke specifieke initiatieven lagen aan de basis van de eerste wijkgezondheidscentra? Wat waren hun doelstellingen? Welke parallellen kunnen we trekken tussen de pioniers van groepspraktijken en WGC?

## BRONNEN EN METHODEN

Een groot deel van mijn onderzoek is gebaseerd op bronnenanalyse. Het ging voornamelijk om een analyse van tijdschriften (uitgegeven door artsenverenigingen of patiëntenraden), brochures (bv. van AMADA) en verslagen van congressen, symposia, studiereizen en allerlei vergaderingen. Deze bronnen zijn in grote mate afkomstig uit privé-archieven. Jammer genoeg waren deze archieven niet geïnventariseerd. Diverse bronnentypes zoals briefwisseling, krantenknipsels, verslagen van vergaderingen, enzovoort, waren min of meer per jaar gerangschikt. Maar de verschillende bronnentypes zaten zonder onderscheid samen in één map.

Ik ben me ervan bewust dat de bronnen die voortkomen uit dit archiefonderzoek vooral eigen creaties en publicaties van studie- en werkgroepen zijn. Verslagen van vergaderingen, brieven, persnota's en teksten die een eigen mening geven, zijn subjectieve bronnen en geven een eenzijdig en vertekend beeld weer. Anderzijds heb ik me vooral gericht op hun doelstellingen, hun interne werking en hindernissen, waarvoor deze bronnen dan weer uitermate geschikt zijn.

Naast geschreven bronnen heb ik ook gebruik maak van mondelinge bronnen. Mondelinge bronnen geven een exclusieve dimensie aan de contemporaine geschiedschrijving, die veel rijker is dan de studie van geschreven bronnen. Als onderzoeker kom je rechtstreeks in contact met de levende bron. De dialoog, die dan tot stand komt, schept informatie perspectieven die geen enkele andere bron kan evenaren. Hoewel mondelinge bronnen op geen enkel vlak verschillen van geschreven bronnen, wordt de mondelinge getuigenis al te vaak beschouwd als louter illustratief.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> DE WEVER (B.), 'Mondelinge geschiedenis.', In: ART (J.), 'Hoe schrijft ik de geschiedenis van mijn gemeente? Deel I. 19e en 20ste eeuw.', 1993, p. 67.

Mondelinge geschiedenis bestaat reeds lange tijd. Sinds Herodotus gebruik maakte van mondelinge bronnen bij het schrijven van zijn Historiën, werd deze methode veelvuldig aangewend door belangrijke historici tot in de 18<sup>e</sup> eeuw.<sup>6</sup>

De 19<sup>e</sup> eeuw zorgde voor een kentering, toen de 'verwetenschappelijking' van de geschiedschrijving haar intrede deed o.i.v. de positivistische geschiedschrijving. Door de komst van een geprofessionaliseerde geschiedschrijving werden geschreven bronnen beschouwd als superieur ten opzichte van mondelinge bronnen. Vanaf de Tweede Wereldoorlog werden de mondelinge bronnen opnieuw gerevalueerd. Het ontstaan van de Britse 'Oral History', met Paul Thompson als pionier, was revolutionair voor de systematiek van de mondelinge geschiedenis.<sup>7</sup>

Binnen de mondelinge geschiedenis wordt qua methodiek een onderscheid gemaakt tussen de *feitelijke* en de *biografische* Oral History. Bij de feitelijke methode is de onderzoeker vooral geïnteresseerd in feiten en gebeurtenissen, die uit gebrek aan voldoende informatie aangevuld kunnen worden met informatie uit gesprekken. Er worden vragen gesteld naar specifieke herinneringen omtrent een bepaald onderwerp. Mondelinge geschiedenis zorgt hier voor een supplementaire vorm van informatie. Bij biografische Oral History speelt mondelinge geschiedenis de rol van een primaire bron.<sup>8</sup> In mijn masterscriptie werd mondelinge geschiedenis d.m.v. interviews, aangewend als supplementaire bron.

De keuze van de respondenten is essentieel bij mondelinge geschiedenis. Men staat soms twijfelachtig tegenover het gebruik van interviews vanuit de misvatting dat de actoren zelf vaak niet geneigd zijn om mee te werken.

---

<sup>6</sup> DE GRAEVE (B.), 'Mondelinge geschiedenis: algemene inleiding', In: Driemaandelijks tijdschrift van de heemkundige kring Het Land van Nevele, 1985, Nr. 2, p. 147.

<sup>7</sup> DE GRAEVE (B.), 'Mondelinge geschiedenis: algemene inleiding.', art. cit., p. 147.

<sup>8</sup> DE GRAEVE (B.), 'Mondelinge geschiedenis: algemene inleiding.', art. cit., p. 151.

Bij mijn onderzoek was dit absoluut niet het geval. De zeven artsen die ik gecontacteerd heb, waren zeer enthousiast en werkten graag mee. De geïnterviewde artsen verwezen me vaak door naar andere interessante contactpersonen. Dankzij het afnemen van interviews kwam ik te weten of ze zelf nog archiefmateriaal in huis hadden, hetgeen ze voor de gelegenheid met plezier naar boven haalden.

In de eigenlijke interviews peilde ik steeds naar een drie tal thema's: 'motivatie en drijfveren', 'de werking van de groepspraktijk of het wijkgezondheidscentrum en 'tegenstanders of hindernissen'. Het is eerste thema is evident; ik vroeg de respondenten vanuit welke doelstellingen zij ijverden voor een betere eerstelijnsgezondheidszorg en wat hen dreef om -gezien de vele hindernissen- toch aan groepsgeneeskunde te doen. De antwoorden op deze vragen konden in grote mate teruggekoppeld worden naar de oprichting van allerlei maatschappijkritische (studenten)verenigingen, een typisch kenmerk van de sociaal bewogen generatie van de jaren zestig.

Met het tweede thema richtte ik me specifiek op de werking van de groepspraktijk of het wijkgezondheidscentrum. Daarbij trachtte ik steeds onderlinge vergelijkingen te maken en structurele verschillen aan te duiden.

Ten derde kwamen de tegenstanders aan bod. Hiermee peilde ik in eerste instantie naar de aanvaringen met de Orde der Geneesheren die vaak leidde tot schorsingen.

Na afloop kregen de respondenten de kans om opmerkingen te geven of anekdotes te vertellen die zij zelf als belangrijk hebben ervaren. Elk interview omvatte ongeveer tien vragen en nam gemiddeld vijfenveertig minuten in beslag.

Tot slot van deze inleiding wil ik kort de opbouw van mijn masterscriptie overlopen. In hoofdstuk I wordt de historische context van mijn onderwerp geschetst. De concepten groepspraktijk en wijkgezondheidscentrum worden gekaderd binnen een brede mentaliteitsverandering die zich na de Tweede Wereldoorlog afspeelde onder artsen.

In hoofdstuk II worden de eerste Vlaamse groepspraktijken onder de loep genomen. Daarbij staan de onderlinge gelijkenissen en verschillen tussen de drie pioniers centraal.

Hoofdstuk III handelt over de totstandkoming van wijkgezondheidscentra. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de ideologische achtergrond van enkele specifieke initiatieven die aan de basis lagen van wijkgezondheidscentra

# HOOFDSTUK I: MENTALITEITSVERANDERING

## EN REVALORISATIE VAN DE HUISARTS

Na de Tweede Wereldoorlog was er een duidelijke demografische heropleving waarneembaar. In het zog van de babyboom ontstond er een toenemende vraag naar zorgverlening, een uitbreiding van de gezondheidszorg en een toename van behandelingsmogelijkheden ingegeven door de technologische vooruitgang. Dit bracht niet alleen een duizelingwekkende stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg met zich mee, maar ook specialisering van de geneeskunde.<sup>9</sup>

Door de toenemende specialisering van de geneeskunde kwamen omnipracticci of artsen 'algemene geneeskunde' in de verdrukking terecht. Al snel kwamen zij er achter dat - indien zij een rol van betekenis wilden spelen in de gezondheidszorg - de tijd rijp was voor een mentaliteitsverandering en voor structurele wijzigingen.

Om deze mentaliteitsverandering te consolideren was er nood aan disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde. Het traditionele opleidingsmodel dat voornamelijk gericht was op de vorming van toekomstige specialisten, leek meer en meer te falen en bereidde artsen niet op een adequate manier voor op het veranderende ziektepatroon. Een ziektepatroon dat evolueerde van voornamelijk infectieziekten in de negentiende en eerste helft van de twintigste eeuw naar chronische aandoeningen in de tweede helft van vorige eeuw.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> VELLE (K.), 'De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België.', 1991, Leuven, Uitgeverij Kritak, pp. 12-13.

<sup>10</sup> DEVOS (I.), 'Allemaal beestjes: mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw.', 2006, Gent, Academia press, p. 263.

In deze periode veranderde het ziektebegrip van objectief-instrumenteel naar subjectief-narratief wat o.a. zichtbaar werd in de aandacht voor psychosomatiek. Voorheen zag men ziekte als het resultaat van een verstoring van pathologische processen en functies in het lichaam.<sup>11</sup> Bij deze klassieke visie werden steeds meer vraagtekens geplaatst wat leidde tot een subjectief-narratief ziektebegrip, ingebed in een sociaal-politiek gezondheidsmodel. 'Objectieve' metingen werden aangevuld met diagnoses op grond van informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Bijgevolg was gezondheidszorg niet alleen aan de orde bij lichamelijke ziekte, maar ook bij geestelijk of sociaal onbehagen, 'zich uitende in een gezondheidsklacht'. Deze benadering kwam vooral aan bod in een nieuw academisch vakgebied, de huisartsgeneeskunde, die zich voornamelijk richtte tot de patiënt als persoon met een gezondheidsklacht.<sup>12</sup>

In verschillende Angelsaksische landen achtte men de disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde als *conditio sine qua non* voor de revalorisatie van het huisartsenmétier. De huisartsgeneeskunde diende, naast de specialisaties, te worden opgenomen als academische discipline in het curriculum van de geneeskundeopleiding. Vanuit een grote bezorgdheid omtrent het domein van de eerstelijnsgezondheidszorg en het streven naar een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, kwam men tot nieuwe inzichten i.v.m. praktijkvoering. Concepten als groepspraktijken en wijkgezondheidscentra zagen het licht.

Bij wijze van contextualisering is het eerste deel van dit hoofdstuk gewijd aan de internationale disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde. De focus ligt vooral op het ontstaan van de Nederlands Huisartsen Genootschap aan de universiteit Utrecht.

---

<sup>11</sup> HOGERZEIL (H.H.W), 'De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen een veranderend mobiditeitspectrum.', In: AULBERS (B.J.M.) & BREMER (G.J.) (red.), 'De huisarts van toen: een historische benadering.', 1995, Rotterdam, Erasmus publishing, s.p.

<sup>12</sup> HOGERZEIL (H.H.W), 'Een optie voor een duidelijke toekomst.', In: 'Een perspectief van toen: dertig jaar Nederlands Huisarts Genootschap.', 1988, Lelystad, Mediatekst, s.p.



De Nederlandse huisartsgeneeskunde was een grote inspiratiebron voor zowel de stichting van de huisartsenleerstoel aan de Leuvense universiteit als het opzetten van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra in Vlaanderen.

Het tweede deel van dit hoofdstuk concentreert zich op de mentaliteitsverandering bij de Vlaamse huisartsen midden de jaren zestig. De ingesteldheid van een grote groep Vlaamse huisartsen veranderde n.a.v. drie ontwikkelingen die plaats vonden in het jaar 1964. De Artsenstaking van '64 zorgde ervoor dat de paternalistische figuur van 'Meneer Dokter' van zijn piëdestal viel. In de geest van de woelige jaren zestig stond een nieuwe generatie sociaal geëngageerde artsen op. De stichting van de Groupe D'Etude pour une Réforme de la Médecine (G.E.R.M.) in '64 zette deze nieuwe ingesteldheid kracht bij door het lanceren van allerlei hervormingsvoorstellen voor de gezondheidszorg. Parallel met de oprichting van de G.E.R.M. werkte de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH) aan een autonome, wetenschappelijke huisartsenopleiding.

## **1. INTERNATIONALE DISCIPLINEVORMING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE**

Internationaal kwam bovenstaande beweging reeds onmiddellijk na de Tweede Wereldoorlog op gang. In de Verenigde Staten was er reeds in 1945 sprake van huisartsgeneeskunde toen de 'American Academy of General Practice' werd opgericht. Enkele jaren later, in 1952, volgde Groot-Brittannië met het 'Royal College of General Practitioners' en zusterverenigingen in Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en Zuid-Afrika.

In 1963 werd er aan de universiteit van Edinburgh de eerste huisartsenleerstoel opgericht, in datzelfde jaar ging men ook in Utrecht huisartsgeneeskunde doceren. De eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde werd reeds in 1964 in Edinburgh (Schotland) benoemd (prof. Scott), de tweede in Utrecht (Nederland) (prof. Van Es) en de derde in 1968 te Leuven (prof. Boelaert).

In tegenstelling tot Engeland met een staatsgeorganiseerde National Health Service (NHS), lieten landen als Frankrijk het in die periode na enige ontwikkeling in gang te zetten in de richting van huisartsgeneeskunde.

Verder werd de 'revival' van de huisartsgeneeskunde in Europa aangemoedigd door het Societas Internationalis Medicinae Generalis (SIMG). Op wereldvlak speelde de World Organisation of National Colleges Academies and Academie Associations, kortweg Wonca, een belangrijke rol.<sup>13</sup>

Omdat de Nederlandse ontwikkelingen inzake eerstelijnsgezondheidszorg, op het einde van de jaren vijftig, een grote invloed hadden op de Belgische evolutie van de huisartsgeneeskunde en het ontstaan van groepsgeneeskunde, verdient de geschiedenis van de Nederlandse huisgeneeskunde een verdere uitdieping.

### **1.1. GEBOORTE VAN EEN IDEOLOGIE: WOUDSCHOTEN EN HET NEDERLANDSE HUISARTSEN GENOOTSCHAP (NHG)**

Vlak na de Tweede Wereldoorlog, in een periode waarin het beroep van huisarts geen hoge status had, begon een kleine groep Nederlandse huisartsen met wetenschappelijk onderzoek op basis van hun praktijkgegevens. Spoedig zagen zij het belang van een wetenschappelijke vereniging naast de Landelijke Huisartsen Vereniging in. Belangrijk in deze ontwikkeling was het boek van Just Buma uit 1950, 'De huisarts en zijn patiënt.', waarin deze de individuele geneeskunst afwees en het sociale vlak als het terrein bij uitstek voor de huisarts aanwees.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> DE SMET (R.), '40 jaar huisartsgeneeskunde: een terugblik.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, p. 276.

<sup>14</sup> VAN BERGEN (L.), 'De driedelige geboorte van een tweeling: NHG en H&W.', In: Huisarts & Wetenschap, 2007, jubileumnummer. 50 jaar H&W, p. 514.

In 1955 werd in het tijdschrift Medisch Contact aangedrongen op het oprichten van een wetenschappelijke vereniging, al snel ontstond de Initiatiefgroep Huisartsen Studiegenootschap, later herdoopt in de Werkgroep Oprichting Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Onder het motto: 'Het bevorderen van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen'<sup>15</sup> werd eind 1956 tot de oprichting van het NHG besloten.

In Nederland was de tijd rijp voor een mentaliteitsverandering onder de huisartsen. Kort voor de oprichting van het NHG organiseerde de Rijksuniversiteit Utrecht een congres over 'Wetenschappelijk onderzoek en maatschappij', waarin namens de medische faculteit voor een grotere inbreng van de huisarts werd gepleit. Daarnaast werden er ook diverse lezingen gehouden over 'De huisarts en de wetenschap'. Frans Huygen, één van de stichtende leden van het NHG, stelde op één van de vele lezingen dat de huisarts zich overbodig was gaan voelen vanwege emotionele verwaarlozing door zijn opleiders en door de specialisten. De oplossing moest komen uit een omschrijving van de eigen rol en discipline, bij voorkeur door huisartsen zelf.<sup>16</sup> Zijn openingswoorden lieten een diepe indruk na op de aanwezige huisartsen:

*'Mijn opdracht was te spreken over sociale problemen in de huisartsenpraktijk. Welnu, ik heb als sociaal probleem de huisarts zelf genomen. Mijn uitgangspunt is dat er een huisartsen-probleem bestaat, dat de huisarts, die men gaarne de spil van de gezondheidszorg noemt [...] maar die men in werkelijkheid even gaarne passeert en het werk uit de hand neemt, ergens faalt, ergens tekortschiet en zelf minder vreugde in zijn werk beleeft. Centraal in het probleem van deze devaluatie zie ik het feit, dat het wetenschappelijk peil van het werk van de gemiddelde huisarts te wensen overlaat.'*<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Verslag Huisarts & Wetenschap, 29 december 1956, pp. 3-4.

<sup>16</sup> VAN BERGEN (L.), 'De drieledige geboorte van een tweeling: NHG en H&W.', op. cit., p. 514.

<sup>17</sup> HUYGEN (F.J.A.), 'De huisarts en de wetenschap', In: Medisch Contact, 1956, Nr. 11, pp. 730-739.

Huygen sprak over de specifieke taak van de huisarts binnen de gezondheidszorg namelijk:

*'De beoefening van een continue, integrale en persoonlijke geneeskunde voor de mens in zijn eigen omgeving.'*<sup>18</sup>

Het verschil in status tussen specialist en huisarts achtte hij dan ook volledig onterecht. Men kon volgens Huygen pas van een ware emancipatie spreken wanneer de huisarts een wetenschappelijke manier van denken werd aangeleerd. Huygen deed dan ook een oproep tot het oprichten van een wetenschappelijke vereniging.

Op 23 en 24 januari 1959 vond in Nederland de Woudschotenconferentie plaats, waar Huygens definitie van de functie van de huisarts werd geherformuleerd als:

*'het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.'*<sup>19</sup>

Het Woudschotenrapport was het eerste rapport in het Nederlands taalgebied, dat een poging ondernam om de taken en de functie van de huisartsen te omschrijven. Huygens definitie wortelde in de toenmalige opvatting over ziekte en de veranderende vraag van patiënten. De Woudschotenconferentie geldt als de bakermat van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Sinds het Woudschotenrapport sprak men niet enkel meer van 'ziekte', maar werd geneeskunde 'zorg'. Preventie werd belangrijker dan curatief werk.

---

<sup>18</sup> HUYGEN (F.J.A.), 'De huisarts en de wetenschap', op. art., pp. 730-739.

<sup>19</sup> HUYGEN (F.J.A.), 'Nederlandse Huisartsen Genootschap, quo Vadis?', In: Huisarts & Wetenschap, 1959, Nr. 2, pp. 187-191.

Op deze conferentie werd de taak van het NHG opnieuw omschreven en opgesplitst in twaalf deeltaken: van 'eerste hulp, ook voor psychische traumata' tot 'blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming'.<sup>20</sup>

Eind jaren vijftig werd het vakgebied huisartsgeneeskunde in Nederland op de kaart gezet. De eerste experimenten waarin getracht werd onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg te integreren, werden uitgevoerd aan de Rijksuniversiteit Utrecht (RUU). Het NHG en het Woudschotenrapport gaven de aanzet voor de oprichting van het Nederlandse Huisartsen Instituut (NHI), de eerste universitaire leerstoel huisartsgeneeskunde te Utrecht. Na de universiteit van Edinburgh was de RUU de tweede Europese universiteit met een autonoom departement huisartsgeneeskunde.

In 1964 werd Jan Van Es, toenmalig ondervoorzitter en later voorzitter van het NHI, door de RUU aangesteld als Nederlands eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde.<sup>21</sup> In zijn memoires schetste Van Es de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde 'van ambacht tot professie'. Daarin schreef hij o.m. over de eerste internationale huisartsenconferentie in Montréal<sup>22</sup> van 1964 en een studiereis die hij samen met Huygen in de Verenigde Staten maakte 'om ons te oriënteren op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde aldaar'.<sup>23</sup>

## 1.2. DE METAMORFOSE VAN DE HUISARTS

De academische sleutelfiguren als Buma, Huygen en Van Es waren vurige pleitbezorgers van de multidisciplinaire groepspraktijk, omdat die praktijkvorm volgens hen een adequaat antwoord vormde op de dalende status van de huisarts.

---

<sup>20</sup> VAN DER WERF (G.) & ZAAT (J.), 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde.', In: Huisarts & Wetenschap, 2001, Nr. 10, p. 428.

<sup>21</sup> VAN ES (J.C.), 'Een halve eeuw huisartsgeneeskunde, van ambacht naar professie.', 2006, Bohn Stafleu van Loghum, p. 83.

<sup>22</sup> voorloper van de World Organisation of National Colleges and Academics (WONCA).

<sup>23</sup> VAN ES (J.C.), 'Een halve eeuw huisartsgeneeskunde, van ambacht naar professie.', op. cit., p. 83.

Volgens Huygen was het eenmansbedrijf van de dokter een van de mogelijke oorzaken voor de impasse waarin de huisarts zich in de jaren vijftig van de vorige eeuw bevond.<sup>24</sup> Buma schreef dat samenwerking 'een centrale plaats' moest gaan innemen 'in een te ontwerpen gedragscode voor (huis)artsen en het NHG moest de ontwikkeling van een 'samenwerkingsattitude' tot doelstelling verheffen.<sup>25</sup> Vooraanstaande huisartsen pleitten in het tijdschrift van het NHG, *Huisarts & Wetenschap* al gauw voor het opheffen van de solopraktijk, hoewel daar niet veel van terecht kwam.

In 1960 schreef Buma dat er experimenten met groepspraktijken moesten komen, waarbij dan wel de persoonlijke band en continuïteit tussen arts en patiënt gewaarborgd moesten zijn.<sup>26</sup>

Professor Heert Dokter had het over een vernieuwde visie op het huisarts zijn, die zich begin jaren zestig ontwikkelde.<sup>27</sup> Ten eerste moest de huisarts een patiëntgerichte visie aannemen en ten tweede moesten basisvoorzieningen voor iedereen toegankelijk zijn. Vanuit die optiek moest de overheid investeren in eerstelijnszorg in plaats van het investeren in dure gespecialiseerde diensten die slechts enkelen ten goede komen. Want hoe beter de zorg in het eerste echelon zal zijn, hoe minder patiënten terecht zullen komen in het duurdere tweede echelon. Een kwaliteitsvolle eerstelijnszorg werkte volgens Dokter kostenbesparend.

---

<sup>24</sup> HUYGEN (F.J.A.), 'De huisarts en de wetenschap.', art. cit., pp. 730-739.

<sup>25</sup> BUMA (J.T.), 'Enkele beschouwingen over groepspraktijken.', In: *Huisarts & Wetenschap*, 1960, Nr. 4, pp. 298-302.

<sup>26</sup> BUMA (J.T.), 'Enkele beschouwingen over groepspraktijken.', art. cit., pp. 298-302.

<sup>27</sup> DOKTER (H. J.), 'Tot een hoeksteen: over de toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen en buiten de medische faculteit.', Amsterdam, De Erven Bohn BV, 1973, pp. 6-7.

Ten derde moesten het medisch model, het integratiemodel en het confrontatiemodel worden samengevoegd, wat aansloot bij de nieuwe definitie van gezondheid (zoals o.a. geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1946):

*'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn; niet slechts de afwezigheid van ziekte of zwakheid.'*<sup>28</sup>

Dokter definieerde gezondheid als een proces van ontplooiing zowel in somatische, psychische en maatschappelijke zin. Men ging er van uit dat de mens niet los te denken was van zijn dagelijkse leefwereld. Vanuit dat opzicht diende de huisarts in teams te werken welke gelokaliseerd zijn in gezondheidscentra in de wijken. Dokter verantwoordde dit als volgt:

*'Wij moeten de zorg in toenemende mate verleggen naar de plaats waar zij het meest noodzakelijk is, namelijk bij de mensen in hun vertrouwde omgeving.'*<sup>29</sup>

Volgens hem was de sociale afstand tussen hulpbehoevende en hulpverlener te groot en werd deze nog meer geaccentueerd door de geografisch vaak excentrische ligging van de praktijk. Daarom moest de hulpverlener, de huisarts, heel bewust een stuk van zijn macht prijsgeven, indien hij zijn geloofwaardigheid als hulpverlener wilde behouden.<sup>30</sup> Kort samengevat stelde Dokter dat een goede en liefdevolle zorgverlening aan de basis, uitgeoefend in teamverband, essentieel is voor het voortbestaan van de huisartsgeneeskunde.<sup>31</sup> Tegelijkertijd pleitte hij voor een geïntegreerde gezondheidszorg waarbij regionale ziekenhuizen m.b.t. het geestelijke welzijn, dienden samen te werken met de gezondheidscentra, opnieuw om de bevolking in haar natuurlijke leefwereld te handhaven.

---

<sup>28</sup> DOKTER (H. J.), 'Tot een hoeksteen: over de toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen en buiten de medische faculteit.', p. 12.

<sup>29</sup> DOKTER (H. J.), op. cit., p. 13.

<sup>30</sup> DOKTER (H. J.), op. cit., p. 13.

<sup>31</sup> DOKTER (H. J.), op. cit., p. 14.

Om die reden moest de huisartsgeneeskunde binnen de medische faculteit de ruimte krijgen een huisarts te vormen die in staat zou zijn in teamverband integrale zorg te verlenen voor de gezondheid van de bevolking.

### **1.3. DE NEDERLANDSE VOORBEELDFUNCTIE**

De vooruitstrevende Nederlandse initiatieven m.b.t. huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg konden op Vlaamse interesse rekenen. Vooral de totstandkoming van het NHI bleek internationaal gezien een bijzondere ontwikkeling te zijn, die ook in ons land op veel bijval kon rekenen. Zowel Frans Van Den Bussche als Jan Heyrman zijn zich na afloop van hun studie geneeskunde voor een bepaalde periode gaan verdiepen in de huisartsgeneeskunde aan het NHI onder leiding van prof. Van Es. Terug in België wendden zij hun opgedane kennis en ervaring aan bij het uitbouwen van de huisartsgeneeskunde aan de universiteit in Leuven. Nadien stonden zij mee aan de wieg van de eerste Vlaamse groepspraktijk te Maldegem.

Jan De Maeseneer, latere oprichter van het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, ondernam in 1973 met een Werkgroep Wijkgezondheidscentra (in het kader van de cursus Sociale Geneeskunde van prof. dr. Karel Vuylsteek) een studiereis naar Amsterdam en Utrecht. In eerste instantie maakten de Gentse studenten geneeskunde kennis met de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg, in het bijzonder met gezondheidscentra en groepspraktijken. Verder bezochten zij de Vrije Universiteit Amsterdam en de Rijksuniversiteit Utrecht om meer inzicht te krijgen in de Nederlandse opleiding huisartsgeneeskunde.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Verslagbundel Studiereis Amsterdam-Utrecht, eerste doctoraat geneeskunde, januari 1974.



## **2. DE BELGISCHE HUISARTSGENEESKUNDE NAAR EEN NIEUWE TOEKOMST**

Indien we de mentaliteitsverandering van de Vlaamse huisarts willen begrijpen, moeten we eerst stilstaan bij de evolutie van de geneeskunde en van het gezondheidsbeleid sinds de Tweede Wereldoorlog en vervolgens bij de reacties die deze evoluties oproepen. In het jaar '64 lagen een drietal factoren aan de basis van de mentaliteitsverandering in de hoofden van een nieuwe generatie Belgische artsen.

De Artsenstaking van 1964 vormde de feitelijke aanleiding die een mechanisme van verandering onder jonge artsen in gang zette. Dankzij de democratisering van het hoger onderwijs, stond een nieuwe generatie artsen op. Deze generatie wenste het artsenberoep haar nobele karakter terug te geven en niet langer geassocieerd te worden met het beeld van de stakende arts.

Dat zelfde jaar werd de Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (G.E.R.M.) opgericht. Deze Franstalige werkgroep lanceerde allerlei voorstellen die de Belgische gezondheidszorg konden helpen opwaarderen. De progressieve visie van de G.E.R.M. heeft diverse Vlaamse pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra geïnspireerd.

Net als in Nederland, trachtten Vlaamse huisartsen een eigen identiteit te creëren los van de specialisten. Dit was te wijten aan de grote discrepantie tussen de volledig op specialistische geneeskunde gebaseerde artsopleiding en de afwezigheid van de huisartsenopleiding. De stichting van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen in 1964 vormde de eerste aanzet naar een academische leerstoel huisartsgeneeskunde.

### **2.1. DE ARTSENSTAKING VAN '64 ALS BREUKMOMENT**

Op 1 april 1964 barstte de bom en gingen de Belgische artsen massaal in staking. Het conflict tussen artsen en overheid is terug te voeren naar de invoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) in 1945.

De ZIV stond echter nog in haar kinderschoenen, het systeem had van bij het begin te kampen met ernstige financiële moeilijkheden. Hoewel de ontvangsten stegen, konden zij de uitgaven niet bekostigen. Tussen 1947 en 1961 waren de uitgaven verdrievoudigd. Pas toen Edmond Leburton (BSP) in 1959 verkozen werd tot voorzitter van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten (NVSM), werd de ZIV grondig onder handen genomen. Leburton pleitte voor een Nationale Gezondheidsdienst naar het Engelse model. Het falende systeem van de ZIV had volgens Leburton twee oorzaken, namelijk het mutualistisch pluralisme (de 'verzuiling') en de betaling per prestatie. Om deze problemen op te lossen pleitte hij voor een eenheidsmutualiteit en het aanpakken van het betaling per prestatie. Zijn eerste streefdoel, het wegwerken van de concurrentie tussen mutualiteiten, is iets wat hij noch zijn opvolgers hebben kunnen realiseren. De betaling per prestatie daarentegen heeft hij wel concreet kunnen aanpakken. In zijn toespraak bij aanvang van het BSP-congres in 1959 etiketteerde Leburton artsen als profiteurs, egoïsten en sjoemelaars. Deze uitval betekende een oorlogsverklaring aan het adres van het liberale artsenkorps.<sup>33</sup>

Naast de uitval van Leburton veroorzaakte de Eenheidswet van de regering Eyskens III eveneens enige wrevel bij de artsen. De Eenheidswet gold als maatregel ter inperking van de economische crisis van 1960. Deze wet stond voor een grondige hervorming van de controle op de geneeskunde. De regering Eyskens wilde de tarieven per prestatie vastleggen, deze maatregel druiste onmiddellijk in tegen één van de vijf basisprincipes van het Medisch Charter, nl. de vrije keuze van honoraria.

Reeds in 1960 zette de overheid kwaad bloed bij de artsen, dit verbeterde er niet op toen Leburton, n.a.v. de verkiezingen van 1961, de nieuwe minister van Sociale Voorzorg werd.

---

<sup>33</sup> SCHRIJVERS (K.), 'De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid.', In: BEG-CHTP, 2005, Nr. 16, pp. 60-63.

Doordat de liberalen tijdens de regering Lefèvre-Spaak in de oppositie terecht kwamen, zagen de artsen hun rechtstreekse invloed via hun politieke geestesgenoten verdwijnen. Uit vrees voor een politieke coalitie tussen de christelijke en socialistische mutualiteit (eenheidsmutualiteit) organiseerde het artsenkorps zich in 1961 in het Algemeen Verbond der Geneesheren van België (AVGB).

Jarenlang dacht men dat de Wet Leburton uit 1963 de aanleiding was voor de staking, uit onderzoek van Klaartje Schrijvers bleek dat het stakersvuur reeds in 1961 aangewakkerd werd.

### 2.1.1. DE ONDERGRONDSE STRUCTUUR VAN DE SYNDICALE KAMERS

Schrijvers legt het verhaal bloot waarbij de mobilisatie van de artsen reeds ondergronds verliep, in die zin dat de overheid noch de pers weet hadden van de heuse interne reorganisatie van het artsenkorps en van een langzaam maar zeker vorm krijsende staking.<sup>34</sup>

De anders zo individueel ingestelde artsen traden massaal toe tot de Syndicale Kamers der Geneesheren (SK). De SK van de provincies Luik en Luxemburg werd in 1962 opgericht. De structuur van de SK was gebaseerd op twee pijlers. Ten eerste werden de leden verdeeld in cellen, binnen elke cel werd een verantwoordelijke aangesteld, die als tussenpersoon fungeerde tussen de basis en het directiecomité. Ten tweede gebeurde de interne communicatie via een piramidale telefoonstructuur, waarbij men opteerde voor persoonlijk en direct contact. Deze twee pijlers vormden de sleutel tot het succes van de SK en stonden tevens garant voor enige heterogeniteit binnen het artsenkorps.

---

<sup>34</sup> SCHRIJVERS (K.), 'De artsenstaking van 1964.', art. cit., p. 69.

Pioniers van de SK, zoals André Wynen, Georges Henrard en Roger Thoné, lieten zich omringen door niet-medisch personeel zoals juristen, economen, fiscalisten en public-relations adviseurs, om hun standpunten zo efficiënt mogelijk te coördineren. Op anderhalf jaar tijd werd een nieuwe artsenorganisatie op poten gezet, verspreid over heel België. Op korte tijd werd een efficiënte beroepssyndicaat van radicale artsen geconstrueerd.<sup>35</sup>

### 2.1.2. DE WET LEBURTON ALS OORLOGSVERKLARING AAN DE ARTSEN

In een poging om het financieel evenwicht te herstellen, keurde de regering in augustus 1963 de wet Leburton goed, waarmee er tariefzekerheid kwam voor de patiënten. Voortaan lagen honoraria wettelijk vast en moesten de artsen zich 'conventioneren', m.a.w. zich contractueel houden aan de wettelijke tarieven inzake honoraria. Daarnaast zorgde de wet ook voor de oprichting van een Dienst voor Geneeskundige Controle die werd ondergebracht binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).<sup>36</sup>

Deze wet verzielde de relatie tussen de overheid en het artsenkorps zodanig dat de situatie uitmondde in een ongeziene mobilisatie vanuit de SK, die twee weken zou duren. Als boegbeeld van de SK noemde Wynen de nieuwe maatregel een eerste stap in de richting van staatsgeneeskunde en verweet hij de overheid communistische praktijken. De overheid van haar kant verweet de artsen enkel aan hun portemonnee te denken.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> SCHRIJVERS (K.), 'De artsenstaking van 1964.', art. cit., p. 70.

<sup>36</sup> DE SMET (R.), '40 jaar huisartsgeneeskunde: een terugblik.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, p. 276.

<sup>37</sup> SCHRIJVERS (K.), 'De artsenstaking van 1964.', art. cit., p. 57.

### 2.1.3. 'MENEER DOKTOOR' EN ZIJN PIËDESTAL

De doktersstaking van april 1964 hield heel België in de ban. Zowel het stakende artsenkorps als de overheid en de ziekenfondsen kregen veel kritiek van de publieke opinie. Dankzij het nieuwe medium, televisie werd het publiek op de hoogte gebracht van het antivolkse karakter van de artsenstaking.

In de praktijk betekende de staking dat er geen huisbezoeken meer werden uitgevoerd. In uiterste nood werden de patiënten doorverwezen naar artsen die werkzaam waren in ziekenhuizen. Na de tweede stakingsdag waren de ziekenhuizen al volzet, bijgevolg stelde de regering militaire hospitalen ter beschikking om de tekorten op te vangen.

In juni '64 maakte het Sint-Jansakkoord een einde aan het conflict tussen overheid en artsen. Het akkoord garandeerde de vrijheid van de arts, de verplichting om zich aan het maximumtarief te houden werd geschrapt en tot slot verkregen de artsensyndicaten meer inspraak en vertegenwoordigers in diverse overlegorganen.<sup>38</sup> Hoewel de vrijheid van de arts werd ingeperkt, steeg zijn macht door de institutionalisering in o.m. de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

De psychologische en ideologische wonden die de dokterstaking had geslagen, zorgden ervoor dat het beeld van 'Meneer Dokter' van zijn voetstuk viel. Door de komst van een jonge generatie artsen die er een heel andere visie op nahielden dan de SK o.l.v. dr. Wynen, kwam er een einde aan de quasi totale eenheid van het artsenkorps. De jonge garde pleitte voor de vervanging van de autonomie van de arts door een op communicatie gebaseerde relatie met patiënt (die een volwaardige partner binnen de gezondheidszorg moest worden), de collega's en andere paramedici.

---

<sup>38</sup>FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 28.

De Belgische studieadviesgroep, Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine was één van de eerste verenigingen die zich maatschappijkritisch uitliet over de schrijnende toestand van de gezondheidszorg. In hun gedachtegoed zaten de kiemen vervat van de eerste Belgische groepspraktijken en wijkgezondheidscentra.

## **2.2. GROUPE D'ÉTUDE POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE**

### **2.2.1. HISTORIEK**

Een aantal geëngageerde specialisten aan de Faculteit geneeskunde van de Université Libre de Bruxelles (ULB), richtten in 1964 de Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (G.E.R.M.) op. Zij stelden vast dat de Belgische gezondheidszorg in een diepe crisis verkeerde. De overheid trachtte het tekort van de ZIV terug te schroeven. Artsensyndicaten hielden zich vooral bezig met het verdedigen van hun financiële belangen. Terwijl de politieke zuilen voornamelijk focusten op de belangen van hun mutualiteit. Men kon op vlak van gezondheidsbeleid met recht en reden spreken van een impasse.

De G.E.R.M. beoogde het aanbrengen en verspreiden van een nieuwe vorm van denken op het vlak van de gezondheidszorg en de medicosociale organisatie. Het ledenbestand bestond niet alleen uit artsen maar ook uit verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers. Dankzij hun nauwe samenwerking met de ULB was men in staat om maandelijks een uitgebreide nieuwsbrief te laten verschijnen.

Met deze 'lettres d'information' oogstte men op vele plaatsen succes, aan universiteiten, bij enkele ministeries en op diensten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). De samenwerking met universitaire diensten bezorgde de G.E.R.M. de faam van degelijkheid die haar onderscheidde van andere idealistische werkgroepen.

Door deze deskundigheid bleef de groep zich later ook onderscheiden van de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting die nooit het gelijkaardige niveau van inhoudelijke kwaliteit bereikt heeft.<sup>39</sup>

Vanaf 1966 organiseerde de G.E.R.M. ook bijeenkomsten en studiedagen. Deze activiteiten waren telkens gericht op specifieke problemen. Er werden verschillende studiedagen en congressen gewijd aan Groepspraktijken uit het buitenland, o.a. uit Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Canada. Het concept van het geïntegreerd gezondheidscentrum was onderwerp van vele congressen en studiedagen. Het *'Maison Médicale'* of Centrum voor Geïntegreerde Gezondheidszorg moest de basis vormen voor de herwaardering van de algemene geneeskunde of eerstelijnsgezondheidszorg. Dit vernieuwende concept, ook wel wijkgezondheidscentrum genoemd, werd opgebouwd vanuit de Belgische situatie en vertrok vanuit twee fundamentele observaties.

Ten eerste stelde de G.E.R.M. dat de vertechnering van de geneeskunde met als gevolg een ongeremde ontwikkeling van de specialisaties en de verwaarlozing van de algemene geneeskunde aan de kaak. Hoewel vlak na de Tweede Wereldoorlog deze ontwikkeling als positief werd ervaren, werden eind jaren zestig enkele belangrijke nevenwerkingen zichtbaar. Enerzijds, het vervreemden van de mens van de gezondheidszorg, meer en meer geconcentreerd in grote instellingen, waar het individu 'oploste' in de totaliteit. Anderzijds, het ontbreken van verzorgingsstructuren op het eerste echelon. Het is precies daar, waar de grote meerderheid van de patiënten een antwoord op zijn vragen verwacht.

---

<sup>39</sup> Interview dr. Van Leuven, 4 mei 2010.

Als reactie op deze ontwikkeling gebruikte men het credo van 'herwaardering van de algemene geneeskunde', een credo dat de eerste groepspraktijken en wijkgezondheidscentra inspireerde. Maar die reactie diende inhoud te krijgen vooraleer ze werkelijk doeltreffend kon zijn.

Ten tweede wou de G.E.R.M. inspelen op het gewijzigde ziekteprofiel waarmee men eind jaren zestig geconfronteerd werd. De overheersende pathologie werd chronisch in plaats van acuut. De gezondheidsdiensten, die opgevat werden om aan de individuele vraag te beantwoorden, waren niet aan deze nieuwe toestand aangepast. Anderzijds waren de methoden eveneens veranderd, ondermeer preventieve maatregelen kregen meer aandacht. Individuele gezondheidsvoorlichting vormde volgens de G.E.R.M. een essentieel element voor de verbetering van de volksgezondheid.

Deze twee opmerkingen lagen aan de basis van drie grondbeginselen voor een herwaardering van de algemene geneeskunde of huisartsgeneeskunde.

### 2.2.2. IDEOLOGISCHE BASIS

Volgens de G.E.R.M. moest de mens in zijn totaliteit benaderd worden, en niet louter als een patiënt gezien worden. Daarom pleitte men voor globale verzorging. De gezondheidsproblemen vroegen ook een aanhoudende inzet en patiënten mochten volgens hen dus niet als afzonderlijke 'gevallen' behandeld worden. De G.E.R.M. sprak in termen van continue verzorging. Tot slot waren zij ook van mening dat gezondheidsvoorlichting, niet van de curatieve geneeskunde gescheiden kon worden.



Dit gedachtegoed bracht de G.E.R.M. er toe het concept van het geïntegreerde gezondheidscentrum in het leven te roepen. Dit concept moest structuur geven aan de doelstellingen van de eerstelijnsgezondheidszorg: globaliteit, continuïteit, integratie van de gezondheidszorg en inspraak van de bevolking.<sup>40</sup>

Toch achtte men enkele voorwaarden onontbeerlijk om al de ideologische doelstellingen gestalte te geven.

Ten eerste moest dit *centrum voor geïntegreerde geneeskunde* gemakkelijk bereikbaar zijn en permanent ter beschikking staan van de bevolking. Vandaar dat het concept van een centrum voor geïntegreerde geneeskunde al gauw omschreven werd als wijkgezondheidscentrum. Daarnaast moest het wijkgezondheidscentrum in staat zijn tegemoet te komen aan een zeer divers gamma van gezondheidsbehoeften. Dit impliceerde multidisciplinaire samenwerking, die zowel de medische behoeften als de psychologische, de sociale en de verplegingsfunctie omvatte. Elk lid van het gezondheidsteam had zijn eigen bevoegdheden, maar hoefde zich niet te specialiseren op een of ander domein. Integendeel, een hoge dosis polyvalentie achtte de G.E.R.M. onontbeerlijk.

Verder vereiste dergelijke structuur een grote mate van decentralisatie, om dichterbij de bevolking te staan. Een geïntegreerd gezondheidscentrum mocht ook weer niet te omvangrijk zijn. Niet alleen de geografische bereikbaarheid speelde een rol, ook de psychologische bereikbaarheid moest in acht genomen worden. De G.E.R.M. wou op deze manier een alternatief bieden voor '*l'immense machinerie des hôpitaux*'<sup>41</sup> waarin de patiënten verloren liepen. Permanentie, teamwork, polyvalentie, decentralisatie en een bescheiden omvang, waren dus de kenmerken die de G.E.R.M. noodzakelijk achtte opdat het geïntegreerde gezondheidscentrum globale, constante en geïntegreerde zorg zou kunnen verstrekken.

---

<sup>40</sup> MERCENIER (P.), 'Les concepts du centre de sante integre.', In: 'Journées de discussion sur le centre de sante integre.', 1975, Brussel, G.E.R.M., p. 66.

<sup>41</sup> MERCENIER (P.), art. cit., p. 67.

### 2.2.3. HERVORMINGEN

Alvorens een dergelijk geïntegreerd gezondheidscentrum van start kon gaan, schoof de G.E.R.M. een drietal noodzakelijke hervormingen naar voor.

Ten eerste moest er volgens de G.E.R.M een verandering komen in de mentaliteit van het medisch corps. Om deze mentaliteitsverandering te bekomen, achtte men een hervorming van de medische opleiding noodzakelijk.

Toekomstige artsen moesten tijdens hun opleiding al leren werken in teamverband, hierbij werd het belang van stages buiten het ziekenhuis onderstreept. Men legde eveneens de nadruk op het integreren van preventie in de medische opleiding. Het toevoegen van enkele specifieke cursussen volstond niet. Volgens de studieadviesgroep moest de hele opleiding dus grondig doorgelicht worden met het oog op de voorbereiding op een integrale eerstelijnsgezondheidszorg. De meest eenvoudige manier om de opvattingen en deskundigheid van de artsen te veranderen was het creëren van continue vorming in de praktijk. Om het tij te keren van binnen uit was er dus in eerste instantie nood aan continue opleiding vertrekkende vanuit de dagelijkse praktijk.

Daarnaast pleitte de G.E.R.M. ook voor de opheffing van het monopolie van het medisch corps om de voorwaarden van eender welke medische praktijk te bepalen, een monopolie dat gestalte kreeg in de Orde der Geneesheren. Verder in dit onderzoek zal blijken dat de Orde der Geneesheren herhaaldelijk de werking van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra heeft proberen tegenwerken, door het opleggen van disciplinaire tuchtmaatregelen.

Ten tweede was er ook een mentaliteitsverandering nodig bij de bevolking. De G.E.R.M. legde de nadruk op de arts-patiënt relatie om een mentaliteitsverandering bij de bevolking tegenover gezondheidszorg te realiseren. Trouw aan de tijdsgeest van de jaren zestig schoven ze initiatieven als gezondheidscomités en patiëntenraden naar voor.

Via deze collectieve actiegroepen leerde de patiënt de autoriteit van de arts in vraag stellen en terzelfdertijd werd de kritische geest van de bevolking aangescherpt. Hoewel zo'n patiëntenraad geen echt inspraakorgaan was maar meer een adviesorgaan, werd de arts gestimuleerd tot zelfreflectie. De verhoudingen tussen de bevolking en de dokter konden nog meer geoptimaliseerd worden indien die laatste zich meer zou integreren in de lokale gemeenschap.

Hiermee suggereerde de G.E.R.M. dat artsen als gewone burgers het best het wel en wee van de bevolking konden delen, door zich open te stellen voor de specifieke socio-culturele context van een wijk. Op quasi analoge wijze kon het geïntegreerde gezondheidscentrum zich integreren in het specifieke, socio-culturele klimaat van de lokale gemeenschap.<sup>42</sup>

Tot slot vormde de financieringswijze per prestatie voor de G.E.R.M. een hinderpaal om met een interdisciplinair team te werken. De diensten van o.m. maatschappelijk werkers en onthaalpersoneel waren niet opgenomen in de nomenclatuur. Bovendien hinderde het prestatiesysteem de integratie van gezondheidsopvoeding en preventie. Als mogelijk alternatief suggereerde men de forfaitaire betaling.<sup>43</sup>

Vanuit haar positie als studieadviescentrum legde de G.E.R.M. geen vaste structuur op m.b.t. het concept van geïntegreerde gezondheidscentra. Door haar rol als studieadviescentrum stond ze open voor verschillende interpretaties. Door dit open karakter putten diverse wegbereiders van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra uit het gedachtegoed van de G.E.R.M. Ondermeer Frans Van Leuven nam in 1964 als eerste Vlaamse huisarts deel aan vergaderingen van de G.E.R.M. Uit deze bijeenkomsten haalde hij inspiratie voor zijn drie geesteskinderen: het Medisch Huis Merelbeke, de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting en de Patiëntenraad Merelbeke.

---

<sup>42</sup> G.E.R.M. (red.), 'Les reformes que necessite la promotion des centres de sante integres.', In: 'Journées de discussion sur le centre de sante integre.', 1975, Brussel, G.E.R.M., pp. 171-181.

<sup>43</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 23.

#### 2.2.4. DE G.E.R.M. OP DE ZWARTE LIJST VAN WYNEN

De G.E.R.M. was met haar opties inzake hervorming van de gezondheidszorg onmiddellijk een doorn in het oog van de SK van dr. Wynen. Sinds 1963 had dit artsensyndicaat het verzet tegen de wet Leburton georganiseerd en na de doktersstaking van 1964 een quasi-monopoliepositie verworven in de onderhandelingen met de overheid.

Wynen, die steeds aanstuurde op conflict wanneer er besprekingen gevoerd werden met de overheid, was alleenheerser in Brussel en Wallonië. Aan Vlaamse kant was er een klein tegengewicht van het Algemeen Syndicaat van dr. De Brabander, die eerder voorstander was van het overlegmodel.

De SK trok in haar artsenkrant de Syndicale Berichten zwaar van leer tegen de G.E.R.M.:

*'De G.E.R.M. waarvan de etatistische doctrine voor de hervorming van de geneeskunde en de politieke aanleuningën betreffende de volksgezondheid goed bekend zijn, ... Sinds de laatste inlichtingsbrieven van de G.E.R.M. weten wij dat de doctrine van deze organisatie het instellen is van een geneeskundige kolchoze onder toezicht van de Staat.'*<sup>44</sup>

Hoewel de G.E.R.M. weliswaar geen enkele syndicale bedoeling had, bestempelde de SK hen onmiddellijk als communisten en andere vijanden van de vrije geneeskunde.

---

<sup>44</sup> Syndicale Berichten, 6 april 1971.

### 2.3. STUDIE ADVIESGROEP VOOR EEN HERVORMING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Hoewel het de oorspronkelijke bedoeling was een nationale studiegroep op te richten, werd een wezenlijke doorstroming van informatie naar Nederlandstalige artsen nooit bereikt. Er werd wel een poging ondernomen om een Vlaamse G.E.R.M. van de grond te krijgen. Enerzijds toonden een groep artsen van de Gentse universiteit belangstelling voor gezondheidspolitiek en de structuur van de gezondheidszorg. Anderzijds bestond er reeds de werkgroep Studie- Adviesgroep Groepspraktijk voor Huisartsen (S.A.G.H.) gesticht door Francis Van Den Bussche en Jan Heyrman<sup>45</sup>, tijdens hun studententijd.

Reeds van bij hun oprichting in '67 zocht de S.A.G.H. contact met de G.E.R.M. vanuit hun gemeenschappelijke interesse voor groepsgeneeskunde. Na enkele jaren sloot de Gentse groep artsen aan bij de Vlaamse studiegroep en in 1970 werd de Vlaamse G.E.R.M. geboren. De naam veranderde toen van S.A.G.H. naar S.A.H.G. (Studie Actiegroep voor een Hervorming van de Gezondheidszorg). Protagonisten uit de Vlaamse geschiedenis van groepspraktijken, zoals Heyrman, Van Den Bussche en Van Leuven, stonden mee aan de wieg van de S.A.H.G..<sup>46</sup>

De oprichting van het S.A.H.G. was dr. Wynen en zijn SK niet ontgaan. Omdat het secretariaat van de vereniging gevestigd was in Merelbeke, kwamen drie artsen van Medisch Huis te Merelbeke ook op Wynens zwarte lijst terecht. Deze context is zeer belangrijk om te begrijpen waarom de dokters van Leuven, Van Werveke en De Meyere zwaarder gestraft werden door de Orde dan de AMADA-dokters (zie verder).

---

<sup>45</sup> Van Den Bussche en Heyrman stonden in 1968 mee aan de wieg van de Leuvense leerstoel huisartsgeneeskunde. In 1968 richtten zij samenwerking met prof. Boelaert de eerste Vlaamse groepspraktijk op, te Maldegem.

<sup>46</sup> FOETS (M.) & NUYENS (Y.), 'Focus op de Belgische gezondheidszorg.', 1980, Leuven, Sociologische Onderzoeksinstituut K.U.Leuven, pp. 50-51.

De Gentse groep rond Van Leuven had een 'radicalere barricaden'-mentaliteit dan de groep rond Maldegem, die zich meer bekommerden om de technische problematiek van groepspraktijken voor huisartsen. Ogenscheinlijk banaal, maar toch tekenend was de naamswijziging van S.A.H.G. Toen in 1972 de betekenis van de letter A uit de lettercombinatie S.A.H.G. veranderde van Actiegroep naar het meer gematigde Adviesgroep, splitste de Gentse strekking zich af. Nog datzelfde jaar ging de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting van start.<sup>47</sup>

## **2.4. DE WERKGROEP GEZONDHEIDSVOORLICHTING**

### **2.4.1. HISTORIEK**

De Werkgroep Gezondheidsvoorlichting (WGV) werd in 1972 opgericht en was het geesteskind van Frans Van Leuven. De WGV werkte op autonome wijze naast gelijkgestemde verenigingen als de G.E.R.M. en het S.A.H.G. De samenwerking met de G.E.R.M. nam in de loop der jaren steeds toe, terwijl de contacten met de S.A.H.G. verwaterden. In 1975 gaf de WGV samen met beiden studieadviesgroepen het Ordedossier<sup>48</sup> uit, hoewel het S.A.H.G. toen niet meer was dan een naam.

Waar het S.A.H.G haar activiteiten als 'bijschavingswerk' betitelde, benoemde de WGV haar initiatieven als 'beschavingswerk'.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Interview dr. Van Leuven, 4 mei 2010.

<sup>48</sup> Het dossier heette voluit: 'De Orde der Geneesheren en de code van de medische plichtsleer.', In: Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1975, 3, Nr. 1.

<sup>49</sup> Interview dr. Van Leuven, 4 mei 2010.

In de eerste editie van hun tweemaandelijks informatieblad omschreef de Werkgroep haar taak als volgt:

*'De Werkgroep richt zich vooral tot gezondheidswerkers zoals dokters in de geneeskunde, tandartsen, apothekers, kinesisten, verpleegsters, sociaal werkers of studenten in één van deze takken. De Werkgroep richt zich ook tot alle andere personen die deskundig zijn op het gebied van dienstverlening, en last but not least tot de patiënt zelf. Om tot deze dialoog te komen stimuleert de Werkgroep de oprichting van lokaalwerkende Patiëntenraden, die autonoom kunnen functioneren.'*<sup>50</sup>

De stichtende leden van de WGV waren o.a. Luc Blondeel, Frans Van Leuven, Sylvia Van Werveke, Peter Piot en Marc De Meyere. Die laatste werd verkozen tot voorzitter. De WGV stond open voor alle gezondheidswerkers van het Nederlandstalige landsgedeelte. Gedurende hun aanvaring met de Orde der Geneesheren in '73, konden zij op de steun rekenen van o.a. moraalfilosoof Etienne Vermeersch.

De aanvaring met de Orde bleek de vonk te zijn voor het mobiliseren van vijfhonderd dokters en studenten geneeskunde in Vlaanderen.

De fundamentele principes van de Werkgroep liepen grosso modo parallel met deze van de G.E.R.M. De werking van de WGV vertrok vanuit concrete stellingen geformuleerd op een bijeenkomst van de G.E.R.M. in september 1971. Volgens de Werkgroep moest de organisatie van het gezondheidsbeleid zo opgevat worden, dat aan de gezondheidsbehoeften van elke bevolkingsgroep werd voldaan.

---

<sup>50</sup>Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1973, 1, Nr. 2, p. 1.

#### 2.4.2. DOELSTELLINGEN

Net als de G.E.R.M. was men voorstander van een continue, integrale en globale gezondheidszorg. De gezondheidszorg moest vrij zijn van iedere barrière, financieel, psychologisch, sociaal of andere.<sup>51</sup> Vanuit deze overtuiging verkoos de WGV het forfaitaire betalingssysteem boven de betaling per prestatie. Verder trachtte de Werkgroep de bewustmaking bij zorgverstrekkers te verhogen. Deze doelstelling werd als volgt omschreven in de statuten:

*'De vereniging heeft als doel bij te dragen tot de ontwikkeling van de gezondheidsvoorlichting door: het aanmoedigen van de studie van gezondheidsvoorlichting, het geven van informatie, het bevorderen van discussie en het experimenteren met oplossingen; het treffen van de nodige maatregelen om de besluiten van deze studie op brede basis te verspreiden en de praktische toepassingen ervan te stimuleren.'*<sup>52</sup>

Daarnaast moest in de organisatie van de gezondheidszorg ook de nadruk gelegd worden op de inspraak van de patiënt.

Concreet betekende dit dat binnen een wijkgezondheidsorganisatie, de patiënt een centrale rol moest krijgen. De WGV streefde naar een dynamische relatie tussen dokter en patiënt. Dit begon bij het verschaffen van informatie over de betekenis van de patiënt zijn klachten en ziekte. Vanuit deze visie gaf de WGV in 1972 de aanzet tot de oprichting van de Patiëntenraad Merelbeke.

Tot slot trachtte de Werkgroep jonge afgestudeerde artsen een alternatief aan te reiken, om op een andere manier aan geneeskunde te doen. Omdat het onderzoek naar groepspraktijken vooral gebeurde door het S.A.G.H. had de Werkgroep in eerste instantie weinig interesse in dit onderwerp.

---

<sup>51</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1973, 1, Nr. 2, p. 2.

<sup>52</sup> Basismanifest Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, september 1972, p. 1.



Toch achtte zij het essentieel dat het concept van de groepspraktijk niet als eindstadium zou gezien worden maar als een overgang naar wijkgezondheidscentra. Doordat de arts zich ging omringen door andere gezondheidswerkers kon de eerste stap gezet worden richting een multidisciplinaire, geïntegreerde en gecoördineerde benadering van de gezondheidszorg.

## **2.5. DE DISCIPLINEVORMING VAN DE VLAAMSE HUISARTSGENEESKUNDE**

De ontwikkeling van de Vlaamse huisartsgeneeskunde werd mogelijk gemaakt door twee krachtmomenten. De eerste impuls kwam er door de oprichting van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH), die fungeerde als denktank. De tweede impuls ging uit van de Academische Centra voor Huisartsopleiding, die het onderwijs in de huisartsgeneeskunde en wetenschappelijk onderzoek structureerden en stimuleerden.

### **2.5.1. DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VAN VLAAMSE HUISARTSEN**

Na de Tweede Wereldoorlog had de vooruitgang in de biomedische wetenschap een sterke differentiatie teweeg gebracht in het geneesherenkorps.

In en buiten de ziekenhuissfeer en aan de universiteiten ontstonden min of meer zelfstandige specialismen. De toekomst leek voorbehouden voor de specialistische geneeskunde.<sup>53</sup> Wie in de jaren zestig bewust koos voor de 'algemene geneeskunde' had vaak te kampen met rolonzekerheid en stelde zich vaak vragen als: Zou de 'omnipracticus' van de kaart worden geveegd? Wettelijk was de erkenning van de huisarts immers nog niet geregeld.

---

<sup>53</sup>VAN ROYEN (P.), 'De beroepsopleiding tot huisarts in beweging.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 99-100.

Mogelijkheden tot bijscholing waren schaars. Specifieke literatuur over de huisartsenpraktijk moest vooral vanuit het buitenland komen uit tijdschriften als *The Practitioner* en *La Revue du Practicien*.<sup>54</sup>

De zogenaamde 'algemene geneeskunde' werd wetenschappelijk en maatschappelijk minder relevant geacht. Als reactie tegen deze trend en als steunpunt voor hen die wel een belangrijke toekomst zagen weggelegd voor de huisarts, werd in 1963 de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WV VH) opgericht. Deze vereniging koos doelbewust voor de term 'huisarts' en niet langer het vage 'algemene geneeskunde' of 'omnipracticus'. Dit moest een geneesheer zijn met een specifieke opdracht, met een eigen opstelling binnen de gezondheidszorg en met een eigen deskundigheid.

De WV VH vond haar inspiratie bij de ontwikkelingen van de gezondheidszorg in Groot-Brittannië en Nederland. Daar kreeg de huisarts op de eerstelijns een duidelijke sleutelrol toegewezen en was niet langer manusje-van-alles (omni-practicus), maar had hij de specifieke taak van integrale en continue zorgverlening op de eerste lijn.

---

<sup>54</sup> DE SMET (R.), '40 jaar huisartsgeneeskunde: een terugblik.', art. cit., p. 275.

Als bezieler van de Leuvense huisartsgeneeskunde en allereerste voorzitter van de WVVH schreef Alfons Van Orshoven:

*'Wij waren er toen van overtuigd dat een belangrijk facet van rehabilitatie van de huisartsgeneeskunde en een belangrijke hefboom voor haar samenleving - want zij leek toen op sterven na dood - moest liggen in het aanbieden van een goed en uniek product, namelijk geneeskunde van goede kwaliteit, aangepast aan de mogelijkheden en de omstandigheden waarin ze wordt uitgeoefend: eerstelijns, persoonlijk, integraal, continu, met al wat dat betekent. Wij dachten dat zulks maar mogelijk was als de huisarts een eigen pakket kennis, vaardigheden en attitudes kreeg, anders dan wat de anderen hadden. Dat betekent eigen specifieke opleiding en eigen nascholing. Dat betekent ook: openbreken van het universitair onderwijs.'*<sup>55</sup>

Uit het citaat van Van Orshoven kan opgemaakt worden dat de WVVH, net als de G.E.R.M., ijverde voor een persoonlijke, integrale en continue eerstelijnsgezondheidszorg. Beiden verenigingen achtten de hervorming van de universitaire opleiding geneeskunde noodzakelijk voor de hervorming van de (huisarts)geneeskunde.

De vereniging organiseerde een nieuwe vorm van bijscholing, het 'Systematisch Postuniversitair Onderwijs voor Huisartsen.'<sup>56</sup> Naast de universitaire bijscholingen organiseerden de WVVH provinciale en regionale bijscholing. In eerste instantie was er sprake van een spanningsveld tussen de universiteiten en de WVVH. Dit spanningsveld verdween toen de WVVH een belangrijke rol ging spelen bij de oprichting van de eerste universitaire leerstoel huisartsgeneeskunde in '68.

De WVVH ontwikkelde per vakgebied een apart lessenpakket waarmee de huisarts zich kon bijscholen. Het vernieuwende aspect lag in het feit dat de huisarts deze materie dicht bij huis kreeg aangeboden.

---

<sup>55</sup> VAN ORSHOVEN (A.), 'Vijfentwintig jaar WVVH.', In: Huisarts Nu, 1988, Nr. 8, p. 351.

<sup>56</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 34.

Als een reizend volkstheater presenteerde de groep lesgevers zijn thema's in de Vlaamse provincies en werden er regionaal bijscholingsavonden georganiseerd.<sup>57</sup>

Toen de WVVH eenmaal goed georganiseerd en geconsolideerd was, zetten zij in de jaren zeventig tal van nieuwe initiatieven op. In het najaar van 1970 organiseerde de vereniging het colloquium 'De Huisarts 1970' (Beerse) en de 'First European Conference on Teaching General Practice' (Brussel). Het afstemmen van het beleid op de noden en de behoeften van de samenleving liep als een rode draad doorheen de congressen, een visie die naadloos aansloot bij het progressieve klimaat in de nadagen van mei '68 en de opkomst van nieuwe sociale bewegingen.

Vrijwel alle pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra, waren lid van de WVVH. Aan de hand van een verslag van het colloquium in Beerse bleek o.m. dat Jan De Maeseneer (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt) aanwezig was. Ook Jan Heyrman (Groepspraktijk Maldegem) nam deel aan diverse congressen van de WVVH. Daarnaast gebruikten pioniers als Heyrman en De Maeseneer het tijdschrift 'Huisarts Nu', dat sinds 1972 werd uitgegeven door de vereniging, om hun visie m.b.t. eerstelijnsgezondheidszorg te verspreiden.

Midden jaren zeventig richtte men het Vlaams Huisartsen Instituut (VHI) op, als verlengstuk van de WVVH. Het doel van dit instituut was wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde te stimuleren.<sup>58</sup>

De WVVH speelde net als de G.E.R.M. een onmiskenbaar belangrijke rol in de herwaardering van het huisartsenberoep. In vergelijking met de G.E.R.M. hield de WVVH zich louter met het wetenschappelijke aspect bezig. Bovendien ageerden zij buiten de toenmalige maatschappelijke of ideologische actualiteit, een terrein waar de G.E.R.M. zich wel mee bezig hield.

---

<sup>57</sup> Interview met dr. Van Leuven, 4 mei 2010.

<sup>58</sup> DE SMET (R.), 'Zaaien op de WVVH-akker.', In: 'Een huisarts op de kentering der tijden. Liber amicorum Hugo Janssens.', 1988, Antwerpen, Kluwer, pp. 133-138.

Hun doelgroep was eveneens minder breed dan de G.E.R.M. en focuste zich enkel op de huisarts en de huisartsgeneeskunde. Het was niet toevallig dat de eerste voorzitters van de WVVH een cruciale rol speelden bij de oprichting van academische centra voor huisartsgeneeskunde. Artsen als Raoul Boelaert, Hugo Janssens en René De Smet werden hoogleraren in de huisartsgeneeskunde respectievelijk in Leuven, Antwerpen en Gent.<sup>59</sup>

### 2.5.2. EEN EIGEN UNIVERSITAIRE OPLEIDING

In 1968 werd aan de Katholieke Universiteit Leuven (K.U.Leuven) de eerste leerstoel Huisartsgeneeskunde aan Raoul Boelaert aangeboden.<sup>60</sup> Na Scott in Edinburgh (Groot-Brittannië) en Van Es in Utrecht (Nederland) was Boelaert de derde om als huisarts in de academische wereld binnen te treden.

In 1972 bij de oprichting van de medische faculteit in Antwerpen werd huisartsgeneeskunde meteen opgenomen in het curriculum. Janssens werd aangesteld als eerste hoogleraar.

Aan de Rijksuniversiteit Gent (RUG), werden pas in de jaren zeventig lessen huisartsgeneeskunde gegeven door een groep huisartsen o.l.v. professor Sociale Geneeskunde, Karel Vuylsteek. Pas bij aanvang van het academiejaar 1980-1981 benoemde men René De Smet tot docent, later hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de RUG. Luc François spreekt over een lang verhaal van vallen en opstaan. Hij haalt twee redenen aan. Enerzijds was de toenmalige financiële situatie van de Gentse universiteit en het academisch ziekenhuis niet van aard om met vernieuwingen te experimenteren.

---

<sup>59</sup> VERWILT (J.), 'De WVVH en de evolutie van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen.', In: WVVH (red.), 'Huisartsmodel 2000, De huisartsgeneeskunde op weg naar het jaar 2000.', 1986, Antwerpen, Kluwer, pp. 246-254.

<sup>60</sup> In hoofdstuk II komt de aanstelling van Boelaert als hoogleraar huisartsgeneeskunde uitgebreid aanbod wanneer het gaat over de oprichting van de eerste Vlaamse groepspraktijk te Maldegem.

Anderzijds was er sprake van grote ideologische verdeeldheid binnen de Gentse faculteit geneeskunde.<sup>61</sup>

Aan de Vrije Universiteit Brussel (V.U.B.) werden sinds de jaren tachtig lessen huisartsgeneeskunde gedoceerd. Sinds 1987 werd ook daar een hoogleraar huisartsgeneeskunde benoemd.<sup>62</sup>

Tot in 1973 lag het curriculum van de huisartsenopleiding wettelijk niet vast. Huisartsen in spe kregen een zeven jaar durende basisopleiding tot arts. Nadien werden ze onmiddellijk met de praktijk geconfronteerd. In 1973 besliste de Nationale Paritaire Commissie Artsen- Ziekenfondsen cursussen (van aanvankelijk 100u, later 200u) te organiseren, de huisartsen moeten volgen om hun titel te mogen voeren en recht te hebben op aangepaste honoraria. Deze beslissing was een cruciale stap in de richting van de verzelfstandiging van de opleiding tot huisarts.<sup>63</sup>

Tussen 1974 en 1976 werd binnen het Huisartsopleiding Interuniversitair Overlegorgaan (H.I.O.) in verschillende werkgroepen gewerkt aan een operationeel model voor een huisartsopleiding. De resultaten werden gebundeld in 'Opleiden tot huisarts'. Dit onderzoeksproject werd gesubsidieerd door het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek (F.G.WO.) en stond onder leiding van Boelaert (K.U.Leuven), Janssens (Universiteit Antwerpen en toenmalig voorzitter WVVH) en Vuylsteek (RUG).<sup>64</sup> Voortaan werden cursussen georganiseerd in samenwerking met en onder toezicht van de medische faculteiten.

---

<sup>61</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 56.

<sup>62</sup> LEROY (D.), 'De beroepsopleiding tot huisarts in Vlaanderen. Een stand van zaken.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 50-51.

<sup>63</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 37.

<sup>64</sup> LEROY (D.), 'De beroepsopleiding tot huisarts in Vlaanderen. Een stand van zaken.', op. cit., p. 49.

De ontstaansgeschiedenissen van de huisartsopleiding aan de verschillende universiteiten zijn afhankelijk van diverse factoren. Uiteraard de wettelijke omkadering, maar ook de eigen geschiedenis en traditie van elke instelling, de duur van de stages en de wijze waarop ze georganiseerd werden. Daarnaast speelden ook het aantal studenten en de ruimte die men kreeg van de faculteit geneeskunde een rol.

### 2.5.3. DE GENTSE HUISARTSGENEESKUNDE, EEN TURBULENTE GESCHIEDENIS

De groei van het Centrum voor Huisartsopleiding aan de R.U.G. kan worden vergeleken met de groei naar de volwassenheid. Deze maakte verschillende fasen door, kende tal van kinderziekten en doorworstelde crisisperiodes, tijdens het zoeken naar een eigen identiteit.<sup>65</sup>

De conceptie van de specifieke huisartsopleiding aan de RUG vond plaats in mei '68. Op initiatief van prof. K. Vuylsteek (Dienst voor Hygiëne en Sociale Geneeskunde) en een tiental huisartsen kwam het 'Stelsel voor Huisartsopleiding' tot stand. Onder zijn impuls werden ook stages in de huisartsenpraktijk georganiseerd. Door de huisarts (als stagebegeleider) actief te betrekken bij de universitaire opleiding, trachtte men de revalorisatie van het huisartsenberoep te bewerkstelligen.

In 1969 liet prof. Vuylsteek de studenten kennismaken met problemen uit de praktijk, door het organiseren van seminaries. In één van deze seminaries werd de werking van een solo- en groepspraktijk met elkaar geconfronteerd. Dit resulteerde in 1973 in een Werkgroep Wijkgezondheidscentrum binnen het innovatieve werkgroepen-onderwijs in het vak Sociale Geneeskunde. Als student maakte Jan De Maeseneer deel uit van deze werkgroep.

---

<sup>65</sup> HACHE (R.), 'Historiek van het Centrum voor Huisartsopleiding.', In: DE SCHAEPPDRYVER (A.), 'Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit te Gent. Liber Memorialis 1930-1980.', 1980, Gent, Alumni Fonds Medische Faculteit, p. 99.

In 1978 vormde het werkresultaat van dit seminarie voor De Maeseneer de blauwdruk voor de oprichting van het wijkgezondheidscentrum Botermarkt.

Tussen 1970 en 1972 werden vrijblijvende seminaries gegeven op vrijwillige basis over huisartsgeneeskunde. Frans Van Leuven, een van de pioniers van de groepspraktijk Merelbeke, kwam ondermeer spreken over 'Psychosomatiek en Huisartsgeneeskunde.'<sup>66</sup> Volgens Van Leuven waren de reacties op dergelijke thema's sterk verdeeld, de studenten reageerden zeer positief in tegenstelling tot de faculteit.<sup>67</sup> Naast Van Leuven's seminarie werden er ook seminaries gegeven over de betekenis van de huisarts, praktijkvoering en kortstondig geëxperimenteerd met 'Home Care'.<sup>68</sup>

Door een gebrek aan actieve participatie en logistieke steun vanwege de faculteit zagen de huisarts-stagebegeleiders begin 1972 af van hun engagement. Bijna dreigde het ontstaan van een universitaire huisartsopleiding in het water te vallen. Na overleg met de faculteit werd eind 1972 het Stagecentrum voor Huisartsgeneeskunde 'officieus' geboren, met vier doelstellingen: (1) stages organiseren bij huisartsen voor de 4<sup>e</sup> jaars doktoraatsstudenten; (2) seminaries organiseren voor toekomstige huisartsen; (3) eventueel bijscholing verzorgen voor gevestigde huisartsen; (4) wetenschappelijk onderzoek betreffende huisartsgeneeskunde bevorderen.<sup>69</sup> Op 19 september 1974, werd het Centrum voor huisartsopleiding officieel boven de doopvont gehouden. Kort daarna ging de Raad van Beheer van de RUG over tot de statutaire oprichting van het Centrum voor Huisartsopleiding.

---

<sup>66</sup> HACHE (R.), 'Historiek van het Centrum voor Huisartsopleiding.', op. cit., p. 100.

<sup>67</sup> Interview met dr. Van Leuven, 28 april 2010.

<sup>68</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 37.

<sup>69</sup> HACHE (R.), 'Historiek van het Centrum voor Huisartsopleiding.', op. cit., p. 101.



Deze moeizame ontwikkelingsfase werd gekenmerkt *'door banale kinderziekten, tal van kastratieangsten en een pubertaire identiteits crisis.'*<sup>70</sup> Binnen de Gentse faculteit geneeskunde hadden specialisten jarenlang het overwicht. Om die reden bekommerde de faculteit zich voornamelijk om de wetenschappelijke onderbouw van het onderwijs. Zij vreesden dat een te grote inbreng van huisartsen een bedreiging zou vormen voor een wetenschappelijk onderbouwde geneeskunde.

## **2.6. REACTIE TEGEN EEN AUTONOME HUISARTSGENEESKUNDE**

De Syndicale Kamers o.l.v. dr. Wynen, een van de protagonisten van de artsenstaking van '64, verzetten zich tegen het starten van een specifieke huisartsenopleiding binnen het universitaire curriculum. Volgens de strekking Wynen werkte het in 1973 ingevoerde systeem van kredieturen veel efficiënter. Na het voorleggen van een attest dat er een aantal erkende lessen bijgewoond werden, kon de 'bijgeschoolde' huisarts aanspraak maken op verhoogde erelonen en aparte nummers in de RIZIV- nomenclatuur. De SK achtte dit de eerste stap op de enige weg tot herwaardering van de huisarts, die moest leiden naar een postuniversitaire opleiding vergelijkbaar met de specialist. Hoewel zij beaamden dat de huisarts qua opleiding volledig gelijkwaardig moest worden aan de specialist, pleitten Wynen cum suis vooral voor een herwaardering vanuit het streven naar gelijkwaardige honorering. Want zolang de huisarts iemand zou blijven 'die niet verder gestudeerd heeft' was hij niet gelijkwaardig met de specialist, qua prestige en loon. De specialisatie van de huisarts moest in handen van het beroep blijven. Men achtte de huisartsgeneeskunde veel te belangrijk om ze in de handen van de universiteiten te laten.<sup>71</sup>

Vanuit het Algemeen Syndicaat der Geneesheren, toen sterk verbonden met het WVVH, werd dit standpunt sterk aangevochten. De voornaamste redenen van hun

---

<sup>70</sup> HACHE (R.), 'Historiek van het Centrum voor Huisartsopleiding.', op. cit., p. 106.

<sup>71</sup> BETZ (W.), 'De interactie tussen kwaliteitsbewaking en verdediging van de beroepsbelangen.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezet. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 233-234.

verzet waren enerzijds het feit dat er een onderscheid zou komen tussen twee soorten huisartsen: bijgeschoolde en niet-bijgeschoolde. Anderzijds waren zij gekant tegen het plan van het artsensyndicaat-Wynen, omdat deze nascholing wilde koppelen aan hogere honoraria.<sup>72</sup> Verder in deze scriptie zal het conservatieve karakter van de SK meerdere malen naar boven komen wanneer het gaat om fenomenen als groepsgeneeskunde en forfaitaire betaling.

Net als de Eenheidswet en de Wet Leburton, haalde de strekking Wynen deze fenomenen aan als eerste stappen richting staatsgeneeskunde, wat op haar beurt zou leiden tot bureaucrativering, incompetentie, machtsmisbruik en daling van de kwaliteit, verpaupering en ondergeschiktheid van de artsen.

### 3. DE EERSTELIJN OP HET SPOOR GEZET

Eind jaren zeventig kreeg de eerstelijnsgezondheidszorg meer en meer aandacht, zowel op internationaal, nationaal als regionaal niveau. Op de internationale conferentie van Alma Ata over Eerstelijnsgezondheidszorg in 1978, georganiseerd door de WGO in samenwerking met UNICEF, werden de krijtlijnen van de eerstelijns uitgetekend. Onder de titel 'Health for all by the year 2000', werden een reeks beleidslijnen voor een modern en behoeftegericht gezondheidssysteem toegelicht voor zowel geïndustrialiseerde als ontwikkelingslanden. Dit programma werd ingevuld volgens de specifieke eisen van elk land. Hoewel de belangstelling voor deze conferentie groot was, viel de herhaaldelijke vraag om de eerstelijns een kans te geven in dovemansoren bij de toenmalige beleidsmakers in België.<sup>73</sup>

Na de Alma Ata verklaring volgden verschillende Europese programma's voor de eerste lijn van de W.G.O.. Op nationaal niveau was er de 'Commissie Samenwerking Eerstelijns' van Vlaams minister van Gezondheidsbeleid De Wulf (SP) en het

---

<sup>72</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 34.

<sup>73</sup> SMET (M.) & NUYENS (Y.), 'Eerstelijns in Vlaanderen. Vernieuwing en samenwerking na Alma-Ata.', 1983, Leuven, Sociologisch Onderzoeksinstituut K.U.Leuven, p. 7.

symposium van de Koning Boudewijnstichting. Dit nationaal symposium over eerstelijnsgezondheidszorg vond plaats in januari 1982. Hoewel dit symposium geen directe oplossingen opleverde voor de gestelde problematiek, zorgde het voor een nationale confrontatie tussen politieke beleidsmakers, belangengroepen, lokale initiatieven en onderzoek.

## BESLUIT

Na de Tweede Wereldoorlog kende de huisartsgeneeskunde een bewogen verloop. Aanvankelijk bleek ze op sterven na dood. De dalende trend bleef aanhouden door het succes van de specialisaties. Vanaf de jaren zestig begonnen de huisartsen aan een inhaalbeweging. Net als de specialistische geneeskunde volgden de huisartsen de tendens tot specialisatie, maar in het kader van een generalistische discipline op de eerste lijn.

Nederland had een uitgesproken voorsprong wat betreft huisartsgeneeskunde. Het is dus niet verwonderlijk dat het land een voorbeeldfunctie vervulde voor de nieuwe, sociaalvoelende generatie Vlaamse huisartsen van de jaren zestig. In het bijzonder was dit het geval voor de Vlaamse pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra.

In België ontstond er na de Artsenstaking van '64 een nieuwe visie op de huisarts. Om deze visie in de praktijk te realiseren, moest o.m. de artsenopleiding grondig hervormd worden.

De jonge generatie wenste af te stappen van een *'te éézijdige, uitsluitend in de kliniek en door specialisten verzorgde vorming van de na zeven jaren afgeleverde omnipracticus.'*<sup>74</sup> De vlucht naar de technische geneeskunde en de artsenstaking van 1964 hadden het

---

<sup>74</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 36.

prestige van de huisarts en de inhoud van zijn werk zodanig aangetast dat verandering noodzakelijk was.

Kenmerkend voor de beginfase van de huisartsgeneeskunde, was dat men vooral terreinen ging verkennen waar de specialistische geneeskunde geen interesse voor toonde. De toekomstige huisarts zou in zijn opleiding zowel met de biomedische als met de humane wetenschappen worden geconfronteerd. Daarom koos men voor een meer psychosomatische en socialere aanpak, gekoppeld aan een integrale benadering van de patiënt.

Een vereniging als de G.E.R.M. zorgde voor een ware mentaliteitsverandering bij artsen, zowel in de eerstelijnszorg als in de academische wereld. Op congressen, in verklaringen en studiedagen werd keer op keer bevestigd dat eerstelijnsgezondheidszorg uitbouwen slechts mogelijk was door samenwerking. De G.E.R.M. bleek een belangrijke motor voor de daadwerkelijke ontwikkeling van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. In Vlaanderen kreeg de G.E.R.M. navolging in verenigingen als de S.A.H.G. en de WGV.

Door de komst van de WVVH werd er in Vlaanderen gewerkt aan de basis van de huisartsenopleiding. Dit gebeurde voornamelijk d.m.v. bijscholing. In 1968 werd aan de K.U.Leuven de huisartsgeneeskunde gestructureerd en vanaf dan werd wetenschappelijk onderzoek gestimuleerd door een universitaire leerstoel. Op deze manier kreeg de huisarts zijn eigen rol toegewezen binnen de gezondheidszorg en was hij niet langer manusje-van-alles.

Deze academische herwaardering bracht ook nieuwe inzichten met zich mee, namelijk het streven naar kwaliteit, preventie en een integrale benadering van de patiënt. Dergelijke streefdoelen kon men het best realiseren d.m.v. teamwork. In het zog van deze mentaliteitsverandering ontstonden groepspraktijken en wijkgezondheidscentra.

De geschiedenis van de naoorlogse ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen in het algemeen en Gent in het bijzonder, was zeer turbulent. Luc François omschrijft het proces als een verhaal van vallen en opstaan, waarbij dankzij het gunstige klimaat van de jaren zestig, welzijn een plaats naast welvaart verwierf. De oprechte bezorgdheid om de patiënt kwalitatief hoogstaande geneeskunde te bieden, haalde François aan als een constante in de vele discussies.<sup>75</sup>

Naar aanleiding van de oprichting van verenigingen als de G.E.R.M. en de WVVH, ontstonden heel wat experimenten en initiatieven die streefden naar de hervorming van de gezondheidszorg. Het grootste deel van de voorvechters van (multidisciplinaire) groepspraktijken was expliciet maatschappijkritisch ingesteld of had bij de oprichting een betere maatschappij voor ogen. Deze maatschappijkritische blik is eigen aan de hele mei '68 generatie met zijn vele contestatiebewegingen.

Vele van deze pioniers waren van bescheiden afkomst en kregen dankzij de democratisering van het onderwijs de kans om aan de universiteit te studeren. Vanuit hun progressieve geest, die vervat zit in het symbool mei '68, wensten zij een andere invulling te geven aan het artsennétier en ijverden zij voor een demythologisering van de medische macht.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 55.

<sup>76</sup> VELLE (K.), 'De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België.', op. cit., p. 25.

## HOOFDSTUK II: VAN SOLIST NAAR GROEPSPRACTICUS, DE DRIE VLAAMSE PIONIERS VAN GROEPSPRAKTIJKEN

### INLEIDING

Dokters waren lange tijd de onaantastbaren in onze samenleving. Zij alleen kenden de geheimen van leven en dood, en konden zich daarom boven de modale bevolking stellen. Niemand dacht eraan de competentie van een dokter in twijfel te trekken, laat staan hen vervelende vragen te stellen over geldzaken en sociaal engagement. Maar de tijden zijn veranderd. Dokter De Berdt, een van de stakers uit 1964, erkende dat de staking onherstelbare schade heeft toegebracht aan het imago van de dokter:

*'Het beeld van de arts was zodanig neergehaald als fraudeur, als geldzak, als iemand die onbekwaam is, als iemand die alleen maar inspuitingen voorschrijft om visites aan te rekenen. Toen is medical shopping ontstaan, omdat het fundamenteel vertrouwen in de arts gebroken was.'*<sup>77</sup>

De publieke opinie kon voor de stakende dokters nog moeilijk respect opbrengen en de populariteit van de artsen was tanende. Globaal groeide ook de kritiek op het functioneren van de gezondheidszorg. Het was vanuit deze kritiek dat de medische sociologie tot ontplooiing kwam. Binnen deze wetenschap bestudeerde men de sociale aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Yvo Nuyens, hoogleraar in de medische sociologie sprak over de *'arrogantie van de macht'* in zijn werk *'Einde aan de medische macht'*.<sup>78</sup> In dit boek nam hij de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid eind jaren zestig jaren tot midden jaren zeventig onder de loep.

---

<sup>77</sup> VANDEKERCKHOVE (P.), *'Meneer Dokter, verhalen over leven en dood, lijf en lust. 1937-1964.'*, 2006, Roeselare, Roularta Books, p. 399.

<sup>78</sup> NUYENS (Y.), *'Grenzen aan de medische macht.'*, 1976, Leuven, Uitgeverij Davidsfonds, p. 84.

Hij constateerde dat de gezondheidszorg reeds ettelijke jaren onder de controle van de artsengroep zat. Sociologen hanteren hier de termen professionele dominantie en autonomie. Hiermee geven zij aan dat, in tegenstelling tot andere beroepen, de artsengroep het quasi alleenrecht bezat om de inhoud en vorm van haar beroepsuitoefening te bepalen. Daarenboven hadden ze ook de macht om daar beleidsmatig vertaling aan te geven.<sup>79</sup>

In 1973 concludeerde medisch sociologe Anne-Marie Hendrickx dat de huisarts door zijn rolonzekerheid en rolonduidelijkheid een marginaal figuur was geworden.<sup>80</sup> Als oorzaken haalde zij de toenemende mondigheid van de patiënt aan en de verschuiving van het ziektebeeld naar een toenemend aantal chronische ziekten waardoor de nadruk meer op een integrale benadering kwam te liggen. De opleiding zou onvoldoende op deze rol voorbereiden. Samenwerking en overleg met collega's en paramedici kregen onvoldoende aandacht en verder was er een toenemende verschuiving van het werk naar de specialismen en een afbrokkeling van het huisartsenterrein. Omgekeerd droegen de psychologische en ideologische wonden die de doktersstaking van 1964 had geslagen, bij aan de grote steun voor het werk van een groep jonge artsen.

In de voetsporen van mei '68, waren zij er van overtuigd dat het inhoudelijke en structurele aspect van de relatie tussen patiënt en huisarts, specialist en andere hulpverleners geherdefinieerd moest worden. Deze nieuwe generatie wilde hun beroep haar nobel en sociaal karakter terugschenken. Deze progressieve huisartsen gingen op zoek naar nieuwe organisatie- en praktijkstructuren om hun functie in de gezondheidszorg te revaloriseren. Voor sommige pioniers kwamen samenwerkingsverbanden tussen huisartsen vooreerst tegemoet aan de nadelen van de solopraktijk, met behoud van de voordelen. Vrijwel alle pioniers ijverden voor een continue, integrale en persoonlijke gezondheidszorg.

---

<sup>79</sup> NUYENS (Y.), 'Grenzen aan de medische macht.', op. cit., pp. 69-70.

<sup>80</sup> HENDRICKX (A.M.), 'Groepspraktijken bij huisartsen. Een beschrijvend onderzoek.' Leuven, (onuitgegeven licentiaatsverhandeling Katholieke Universiteit Leuven), 1973, p. 181.

De revalorisatie van het beroep wilden men bewerkstelligen door de kwaliteit van de zorg te verhogen. Dit laatste werkte beter in een groepspraktijk, onder andere door een efficiëntere organisatie, door het inschakelen van paramedici, door nacht- en weekenddienst en door integratie van preventie.

In dit hoofdstuk worden de eerste drie Vlaamse groepspraktijken onder de loep genomen. Het gaat hier om de Groepspraktijk Maldegem, het Medisch Huis Merelbeke en Geneeskunde voor het Volk Hoboken. Vanuit de unieke positie die mondelinge geschiedenis een onderzoeker biedt werden sleutelfiguren als Jan Heyrman, Frans Van Leuven, Sylvia Van Werveke, Marc De Meyere en Kris Merckx geïnterviewd. Er werd gepeild naar de ontstaansgeschiedenis van de groepspraktijk, doelstellingen, initiatieven en al dan niet politiek engagement. Het is de bedoeling om de structurele verschillen tussen de drie Vlaamse pioniers van groepspraktijken in beeld te brengen.

## **1. GROEPSPRAKTIJK MALDEGEM**

### **1.1. HISTORIEK**

Jan Heyrman en Francis Van Den Bussche, twee van de drie pioniers van de groepspraktijk Maldegem, vatten in 1960 hun studies geneeskunde aan de K.U.Leuven aan. Door de groeiende trend tot specialisatie worstelden ook zij met de vraag: *Wat voor een soort arts wil ik nu worden?* Heyrman en Van Den Bussche kozen er bewust voor om huisarts te worden, om dicht bij het volk te kunnen staan. Slechts een kleine groep van zijn jaargenoten aan de K.U.Leuven wilde huisarts worden. Samen richtten ze de werkgroep Medica op, waarin men onderzoek deed naar manieren om de kwaliteit van geneeskunde te verbeteren.

Reeds in '65 vond een fundamentele verandering plaats in de universitaire opleiding geneeskunde: er werd namelijk een stagejaar toegevoegd aan de opleiding. Aan de Leuvense universiteit vond deze stage plaats in het zesde jaar, aan de Gentse universiteit werd dat stagejaar gespreid over het zesde en het zevende jaar.



Bij aanvang van hun laatste jaar werd Heyrman en Van Den Bussche geconfronteerd met het gebrek aan een voorbereidende opleiding voor huisartsen, in tegenstelling tot het bestaan van diverse assistentenopleidingen voor zij die wensten te specialiseren.

Via de studentenvereniging Medica en met de steun van de WVVH, kreeg men de toestemming vanuit de geneeskunde faculteit om een eigen huisartsenopleiding te organiseren. Medica zorgde voor hun eigen opleiding door kopstukken van de pas opgerichte WVVH, zoals dr. Raoul Boelaert, uit te nodigen om hen vanuit de praktijk te onderrichten in huisartsgeneeskunde. Verder stelden zij hun eigen cursussen op en kregen de faculteit zo ver hen één maand huisartsenstage toe te staan in het zevende jaar geneeskunde. De Leuvense werkgroep wenste ook een nieuw model te introduceren in de huisartsgeneeskunde, nl. de groepspraktijk, naar het Franse voorbeeld van de Maison de Groupe. Medica ging zich hierover in 1967 bezinnen op een Frans congres over groepspraktijken.

Kort daarna werd vanuit Medica in 1967 de Studie Adviesgroep Groepspraktijken voor Huisartsen (S.A.G.H.) opgericht. Deze vereniging promootte groepswerking bij huisartsen. Door het organiseren van enkele congressen en met de steun van het Algemeen Syndicaat van Geneesheren van België van dr. De Brabander, boog het S.A.G.H. veel onwetende achterdocht om in interesse. Als jonge huisartsen gingen Van Den Bussche en Heyrman de theorie aan de praktijk toetsen in Maldegem.

De K.U.Leuven werd de derde Europese universiteit, na de universiteiten van Edingburgh en Utrecht, met een leerstoel huisartsgeneeskunde voor toekomstige huisartsen. Via de directeur van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg, dr. Blanpain, zou dr. Gobin aangesteld worden als eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de K.U.Leuven. Dokter Gobin bereidde immers in die periode een doctoraat voor aan de universiteit van Utrecht onder prof. Jan Van Es, een van de grondleggers van het Nederlandse Huisartsen Instituut (NHI). Gobin had de Leuvense Werkgroep Huisartsgeneeskunde reeds in 1967 geholpen met het opstellen van een cursus huisartsgeneeskunde.

Wanneer dr. Gobins voorbereidingen aan het NHI te Utrecht waren afgerond, leek het vrij vanzelfsprekend dat hij als hoogleraar zou worden aangesteld aan de K.U.Leuven. Gobin had trouwens ook plannen om samen met Heyrman en Van Den Bussche een groepspraktijk op te starten in Borgerhout. Onder leiding van Gobin werd reeds in 1965 een voorlichtingsrapport 'Kennismaking met groepspraktijk van huisartsen.' opgesteld aan de K.U.Leuven. Heyrman en zijn collega wijlen Frans Van Den Bussche zouden hem vervoegen in een groepspraktijk. Maar het liep enigszins anders.

De Leuvense Faculteit Geneeskunde stelde in 1968 niet dr. Gobin maar dr. Boelaert aan als eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde. Doctorandus Boelaert die zijn opleiding als internist niet had afgemaakt vanwege WO II, vestigde zich als huisarts in Maldegem. Hij bezat een vooruitstrevende huisartsenpraktijk voorzien van radiologie en een kinesitherapie, dit alles vanuit Boelaerts achtergrond als assistent interne geneeskunde.<sup>81</sup> Boelaerts voorzitterschap van de WVVH speelde overigens geen onbelangrijke rol bij zijn aanstelling als hoogleraar. Dit bevestigt opnieuw de nauwe band tussen de WVVH en de Leuvense huisartsgeneeskunde, waarvan in hoofdstuk I reeds melding werd gemaakt.

Van Den Bussche en Heyrman kregen beiden de kans vanuit de Leuvense faculteit om zich als assistenten een jaar te gaan verdiepen in de huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Utrecht, bij prof. Van Es. Die combineerde zijn hoogleraarschap aan de Universiteit van Utrecht met zijn lidmaatschap bij het Nederlandse Huisartsen Instituut, het onderzoeksinstituut bij uitstek m.b.t. Nederlandse huisartsgeneeskunde. Bij Heyrmans terugkeer in 1968 vervoegde hij samen met Van Den Bussche, de huisartsenpraktijk van prof. Boelaert. Op deze manier kwam de groepspraktijk Maldegem tot stand.

---

<sup>81</sup> Interview met prof. dr. Heyrman, 4 maart 2010.

We kunnen de groepspraktijk van Maldegem dus in een internationale academische context plaatsen waarbinnen de huisartsgeneeskunde bezig was zich te ontwikkelen tot een volwaardige specialisatie naast alle andere ziekenhuisspecialisaties.

## 1.2. DOELSTELLINGEN

De focus van de Maldegemse pioniers lag op georganiseerde samenwerkingsvormen als een voorwaarde tot kwaliteitsvolle eerstelijnszorg. Men was voornamelijk bezig met het creëren van een praktijkmodel, los van het politieke aspect waarbij men zich liet inspireren door Engelse en Nederlandse voorbeelden van groepspraktijken die door de overheid werden ondersteund.<sup>82</sup> Volgens Heyrman, die in 1975 de prijs van de Vlaamse Huisarts kreeg omwille van zijn verdienste in de groepspraktijk, behoort de gezondheidszorg tot het essentiële dienstenpakket van de maatschappij, net zoals de voedingssector. Hij gebruikte volgende metafoor in Huisarts Nu om zijn stelling te verduidelijken:

*‘Toen de supermarkten de wereld veroverden, dacht de kleine winkelier enigszins zoals de solo-huisarts: ‘Ik doe mijn werk toch goed, ik zit dichtbij de mensen en geef comfort en service, ik blijf dus onmisbaar.’ Het kostte het hoofd van heel wat kleine zaakjes, voordat gerealiseerd werd dat de enige overleving van de sector bestond in het oprichten van kleine distributieketentjes, georganiseerd als ‘dichter bij de mens functionerende supermarktjes.’<sup>83</sup>*

Heyrman en Van Den Bussche legden vooral de nadruk op structuur als sleutelvoorwaarde voor kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts wanneer de arts binnen een structuur werkt, valt zijn taak duidelijk te omschrijven. Door zijn werk in andere structuren te integreren, kreeg de huisarts volgens Heyrman een nieuw gezicht.

---

<sup>82</sup> HEYRMAN (J.), ‘Het stimuleren van groepspraktijken.’, In: Huisarts Nu, 1994, Nr. 1, p. 38.

<sup>83</sup> HEYRMAN (J.), ‘Het stimuleren van groepspraktijken.’, p. 35.

In de veranderende maatschappij van eind jaren zestig, waar de patiënt niet langer het absolute gezag van de arts aanvaardde en het ziektebeeld verschoof door het toenemend aantal chronische ziekten, achtte Heyrman de stap naar georganiseerde samenwerkingsverbanden absoluut noodzakelijk.

Kortom 'structuur' was voor Heyrman de belangrijkste motivatie tot het oprichten van de eerste Vlaamse groepspraktijk in Maldegem. Volgens zijn visie moesten artsen zich meer en meer als kleine distributieketens organiseren, met zekere kenmerken van de kliniek-supermarkt, maar toch ook met duidelijke verschillen. Deze organisatievorm moest volgens hun visie de huisartsenpraktijk een welomschreven taak en functie in het geheel geven en tevens een herkenbaar gelaat krijgen in de vorm van een gebouw, een ruimte en een structuur die vertrouwen geeft en continuïteit verzekert.<sup>84</sup>

### **1.3. POLITIEK KLEUR BEKENNEN?**

Uit hun nauwe contacten met de WVVH<sup>85</sup>, vloeide hun engagement voor de verdere uitbouw van de Leuvense huisartsgeneeskunde voort. Vanuit de wetenschappelijke benadering van de WVVH, streefden de Maldegemse pioniers eveneens politieke neutraliteit na. In eerste instantie namen zij een wantrouwige houding aan ten aanzien van wijkgezondheidscentra omwille van het uitgesproken politiek engagement van wijkgezondheidscentra (WGC) in de strijd voor forfaitaire geneeskunde. Heyrman vat het pragmatisch samen door te stellen dat groepspraktijken en wijkgezondheidscentra twee alternatieven waren die hetzelfde doel trachtten te bereiken, nl. een kwaliteitsvolle en geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> HEYRMAN (J.), 'Het stimuleren van groepspraktijken.', art. cit., p. 36.

<sup>85</sup> Boelaert was de derde voorzitter van de WVVH, na Fons Van Orshoven en Hugo Janssens.

<sup>86</sup> Interview met prof. dr. Heyrman, 4 maart 2010.

De Maldegemse stekking zag groepspraktijken als een handig middel om een structureel evenwicht te vinden tussen het wetenschappelijk bestuderen van de huisartsgeneeskunde en de praktijk. Hun strikt neutrale houding valt te verklaren vanuit hun academische functie binnen de Leuvense huisartsgeneeskunde.

De drie pioniers waren eind jaren zestig verbonden aan de pas opgerichte huisartsenopleiding van de K.U.Leuven, hetzij als hoogleraar of als doctorandus. In 1974 richtten zij mee de Universitaire Huisartsen Groepspraktijk in Leuven op, een kruispunt van patiëntenverzorging en opleiding van jonge huisartsen. René De Smet, later de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de RUG, maakte eveneens deel uit van deze universitaire groepspraktijk.

## **2. HET MEDISCH HUIS MERELBEKE**

### **2.1. HISTORIEK**

Het eerste Vlaams Medisch Huis werd opgericht in 1966 door dr. Van Leuven en dr. Pruyt. Samen richtten zij de vennootschap VALUP (Van Leuven - Pruyt) op. In de beginjaren werd er vooral over praktische zaken gesproken o.a. de bouw van het praktijkgebouw, maar er was geen klare visie op het soort geneeskunde dat de groep zou uitbouwen. Technisch gezien is er nooit sprake geweest van een groepspraktijk want de huisartsen hadden elk hun eigen patiëntenbestand en deelden uiteindelijk niet hetzelfde gedachtegoed. Het enige bindmiddel was de gemeenschappelijke materiële structuur - het gebouw - het Medisch Huis. Na de voltooiing van de bouwwerken ging de groepspraktijk van start in '68. In werkelijkheid bleef Pruyt solo werken en ondernam Van Leuven herhaaldelijke pogingen om een groepspraktijk op poten te zetten.

In 1971 sloten twee dokters, Geerinckx en De Meyere<sup>87</sup>, zich aan bij de groepspraktijk Merelbeke. Vanaf dat moment tekenden zich twee verschillende visies af binnen het Medisch Huis. Enerzijds had je de visie van Pruyt en Geerinckx die de groepspraktijk louter zagen als een functioneel instrument waarbij wel de kosten maar niet de inkomsten verdeeld werden onder de artsen. Anderzijds was er de patiëntgerichte visie van de dokters Van Leuven en De Meyere, die voorstanders waren van een geïntegreerde groepspraktijk naar het model van de G.E.R.M.<sup>88</sup> De breuk kwam er in 1972, toen bleek dat twee dokters voor een groot deel aan terugbetalingstarieven werkten, wat voor de andere artsen een probleem bleek te zijn. In hetzelfde jaar stonden Van Leuven, Van Werveke en De Meyere aan de wieg van de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting. Als lid van de G.E.R.M. deelde de Werkgroep dezelfde visie en trachtte deze ook in de praktijk om te zetten binnen de nieuwe groepspraktijk Merelbeke.

In 1973 kwamen De Meyere, Van Leuven en Van Werveke in aanvaring met de Orde der Geneesheren o.m. omdat zij werkten tegen terugbetalingstarief. Dertien huisartsen uit de regio, inclusief Pruyt, klaagden de dokters aan bij de Orde wegens oneerlijke concurrentie. Verder werden de artsen ook aangeklaagd voor het schrijven van bijdragen in het tweemaandelijks tijdschrift GEZOND. Dit werd beschouwd als reclame of patiëntenronselarij iets wat vanuit de bestaande deontologie verboden was. Het vonnis van de Orde veroordeelde De Meyere en Van Leuven tot veertien dagen schorsing omwille van hun medewerking aan de gezondheidskrant van de patiëntenraad.

---

<sup>87</sup> Marc De Meyere was aanvankelijk seminarist, tot hij in 1962 besloot om in plaats van pastoor, dokter te worden. Hij voltooide samen met Kris Merckx (Geneeskunde voor het Volk Hoboken) zijn kandidaturen geneeskunde te Leuven en zette zijn studies voort in Gent. Eind jaren zestig maakte hij deel uit van de vakgroep Sociale Geneeskunde aan de Universiteit Gent onder prof. Vuylsteek. Na een jaar stage in het Medisch Huis, vervoegde hij in 1971 de groepspraktijk Merelbeke.

<sup>88</sup> Interview met dr. Van Leuven en dr. Van Werveke, op 28 april 2010.

## 2.2. DOELSTELLINGEN

De Meyere en Van Leuven waren leden van de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting (WGV). Vanuit die optiek trachtten zij de doelstellingen van de WGV toe te passen in het Medisch Huis.

In eerste instantie streefden ze naar een kwaliteitsvolle gezondheidszorg waarbij er ruimte was voor inspraak van de patiënt in het medisch handelen. Deze doelstelling impliceerde gezondheidsvoorlichting op twee niveaus.

Op individueel niveau door druk uit te oefenen op gezondheidswerkers om systematisch voorlichting te geven over gezondheid en ziekte. In het manifest van de Werkgroep sprak men over '*vertalen van wetenschap*'<sup>89</sup>. Op algemeen niveau wou men werken aan systematische voorlichting op school en voorlichting op lokaal niveau in gemeenten of in specifieke wijken door tijdschriften en voorlichtingsvergaderingen. De wisselwerking van informatie tussen de patiënt en de gezondheidswerker moest volgens de Merelbeekse groepspraktijk leiden tot een dynamische relatie, die de motor moest worden van geneeskundig handelen.

In tweede instantie achtte men het opstarten van een patiëntenraad noodzakelijk. Binnen deze patiëntenraad konden naast het uitwisselen van informatie, noden en behoeften geformuleerd worden. Door middel van samenwerking met verschillende gezondheidswerkers kon men op die manier tot oplossingen komen.

De Werkgroep maakte duidelijk in haar basismanifest dat de patiënt centraal zou staan, want deze moest zich volgens hen niet aanpassen aan de normen van de maatschappij als winstbejag, prestatiedrang of aanwakking van consumptie.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Basismanifest Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, september 1972., p. 6.

<sup>90</sup> Basismanifest Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, op. cit., p. 6.

### 2.3. DE PATIËNTENRAAD MERELBEKE

In de eerste editie van het blaadje GEZOND werd de oprichting van de Patiëntenraad Merelbeke foutief toegeschreven aan de WGV. Hoewel de oprichting van een patiëntenraad werd vermeld in het manifest van de WGV, maakte dit initiatief, naast het Medisch Huis en de WGV, deel uit van de drie geesteskinderen van Frans Van Leuven. De Werkgroep en de Patiëntenraad waren en bleven twee verschillende groepen.

De Patiëntenraad Merelbeke werd in september 1972 opgericht met de bedoeling de mens een zo groot mogelijke inspraak te geven in de zorg om zijn eigen gezondheid. Inspraak geven impliceerde ook informatie geven over gezondheid en haar somatische, psychische en sociale aspecten, over de gezondheidszorg met gunstige en ongunstige invloeden. De patiëntenraad zou een instrument worden ter emancipatie van de patiënt, waardoor deze kritischer ging staan tegenover de uitspraken van dokters.

Het ging om de eerste Patiëntenraad in Vlaanderen. Eind 1972 vond er een eerste algemene vergadering plaats waarop alle inwoners van Merelbeke werden uitgenodigd. Naar aanleiding van deze succesvolle avond werd beslist van start te gaan met de Patiëntenraad. De Patiëntenraad stelde zich voor als:

*'een organisatie van vrijwilligers, die wil dat de patiënt, de sociaal verzekerde in de gezondheidszorg, de centrale plaats inneemt die hem toekomt.'*<sup>91</sup>

Naast hun bijeenkomsten ging men ook een tweemaandelijks krant GEZOND uitgeven en regelmatig samenkomsten en informatieavonden organiseren.

---

<sup>91</sup> Tijdschrift GEZOND, Patiëntenraad Merelbeke, januari 1973, 1, Nr. 2, p 6.



De beginperiode van de patiëntenraad was een erg actieve periode. Er waren twintig à dertig kernleden, waaronder drie à vier artsen. Daarnaast was er ook een kernredactie. De WGV vond dat de Patiëntenraad niet hiërarchisch mocht gestructureerd zijn (bv. gezondheidswerkers aan de top), maar dat ook hier horizontaal moest gewerkt worden.<sup>92</sup>

#### **2.4. GRATIS GENEESKUNDE ALS VOORLOPIGE ACTIE**

Naast de aanklacht voor patiëntenronselarij werden de dokters van het Medisch Huis in 1973 ook aangeklaagd voor oneerlijke concurrentie en het schaden van de 'eer en waardigheid van het beroep'. Reden voor deze aanklachten was het feit dat de Merelbeekse artsen werkten aan terugbetalingstarieven en dus geen remgeld inden.

In een bijdrage in het tweemaandelijks infoblad van de WGV lichtten zij hun keuze voor deze betalingswijze toe. Naar hun mening stond het toenmalige systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering voor een dilemma: enerzijds wou men de toegang tot elke medische verzorging voor iedereen mogelijk maken; anderzijds wou men misbruiken vermijden en overconsumptie verhinderen d.m.v. remgeld.<sup>93</sup> Zij waren van mening dat het toenmalige betalingssysteem, betaling per prestatie, vooral ten goede kwam aan de artsen. Dit leidde automatisch tot 'vijfminutengeneeskunde' waarbij de kwantiteit primeerde boven de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Als leden van de WGV was men ook van mening dat het betalingssysteem per prestatie gekoppeld aan het remgeld, sociale discriminatie in de hand werkte.

---

<sup>92</sup> SMET (M.) & NUYENS (Y.), 'Eerstelijn in Vlaanderen. Vernieuwing en samenwerking na Alma Ata.', op. cit., p. 105.

<sup>93</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1973, 1, Nr. 2., p. 10.

In hun manifest opteerde de Werkgroep voor het idee dat men de patiënt geen schuld kon geven van zijn probleem (lees: ziekte). Om die reden mocht er volgens de Werkgroep geen sprake zijn van remgeld.<sup>94</sup>

Vanuit dit denkklimaat waren zowel De Meyere en Van Leuven als de pioniers van GVHV voorstander van een alternatief betalingssysteem, namelijk het forfaitaire betalingssysteem. Marc De Meyere zag het werken aan terugbetalingstarieven slechts als een voorlopige actie in afwachting op een alternatief betalingssysteem als de forfaitaire geneeskunde.

Want zo schreef De Meyere in het informatieblad van de WGV:

*'Uit deze optie mag niet worden afgeleid dat de Werkgroep zou kiezen voor 'lage honoraria'. De Werkgroep kiest wél voor een nieuwe vorm van betaling van de dokter. Deze vorm moet wél verenigbaar zijn met kwaliteitsgeneeskunde in een ernstige gezondheidspolitiek.'*<sup>95</sup>

Na de uitspraak van de Orde der Geneesheren, n.a.v. de aanklacht van 13 naburige dokters, gingen de 3 aangeklaagde artsen in beroep bij het Hof van Cassatie. Na het arrest van Cassatie kon de Orde de artsen enkel voor twee weken schorsen omdat zij de eer en de waardigheid van het artsenberoep hadden aangetast. De aanklacht op grond van oneerlijke concurrentie en patiëntenronselarij werd door Cassatie verworpen.

Naar aanleiding van deze schorsing stopten de artsen van het Medisch Huis met het werken aan terugbetalingstarieven. In tegenstelling tot de AMADA dokters die alle schorsingen stelselmatig naast zich neerlegden.

---

<sup>94</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, art. cit., p. 10.

<sup>95</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, art. cit., p. 10.

## 2.5. POLITIEK ENGAGEMENT

Wanneer het er op aan kwam politiek kleur te bekennen nam de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting reeds van bij aanvang een duidelijk standpunt in. De dokters van het Medische Huis waren er zich van bewust welk etiket zij kregen opgeplakt. Dit blijkt uit volgend redactioneel bericht waarmee Van Leuven het oorspronkelijke manifest van de Werkgroep aanvatte:

*'Wanneer een nieuwe vereniging tot stand komt, komt het gauw tot 'etikettering': ze is 'rechts' of ze is 'links' en dergelijke. Het plakken van een dergelijk 'etiket' lijkt een menselijke gewoonte, gewoonte die ook in geneeskundige middens al te vaak gebruikt wordt om 'gevallen' te klasseren, in plaats van mensen te helpen.'*<sup>96</sup>

Als organisatie en personen die streven naar een gezondheidszorg vonden zij het normaal dat ze stelling innamen tegen de ziekmakende maatschappijstructuren. Verder in hun basismanifest verklaart men, dat omwille van hun beroep als arts, men wel verplicht was om zich maatschappelijk te engageren. Hiermee bedoelde men dat een arts juist omdat hij gezondheidswerker is, zich ook politiek zal moeten opstellen. De Werkgroep nuanceerde haar politieke engagement:

*'Dit wil niet zeggen dat hij (de arts, de gezondheidswerker) BSP, PVV, CVP, VU of KP mandataris moet zijn. Dit wil zeggen dat de dokter vanuit de beoefening van zijn geneeskunde, zal komen tot een politieke stellingname en politiek handelen, hoewel dit daarom geen partij-politieke actie moet zijn.'*<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, art. cit., p. 1.

<sup>97</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, art. cit., p. 5.

Volgens de Werkgroep leefde de meerderheid van de artsen in de traditie dat ze zich niet met politiek mochten bemoeien. Want, zo stelden zij, *'politiek wordt aanzien als een vieze bezigheid en een manier om snel carrière te maken.'*<sup>98</sup>

In haar manifest stelde de Werkgroep zeer categoriek dat dit niet het soort politiek is waarop zij doelden. Zij verstonden onder politiek: het coördineren van middelen van de gemeenschap om tot een betere wereld te komen. De verwarring met 'de rode dokters van Hoboken' vermenigvuldigde zich snel in de media. Dit misverstand bestond niet alleen bij het grote publiek maar was ook in Merelbeke aanwezig. Deze vooringenomenheid werd bewust in stand gehouden door zowel artsengroepen, die op deze wijze de WGV gemakkelijk over één kam kon scheren met de 'communisten van Hoboken' als ook door de links-revolutionairen, die maar al te graag de Werkgroep voor hun kar wilde spannen.<sup>99</sup>

Naar aanleiding van de hetze omtrent de aanklacht bij de Orde tegen drie van de dokters van het Medisch Huis, schreef men een open brief aan de Patiëntenraad Merelbeke. In deze brief stelden De Meyere, Van Leuven en Van Werveke duidelijk wat politiek engagement voor hen als arts betekende:

*'Het gaat hier over gezondheidszorg en niet over partij-politiek! Het gaat hier over een visie over GENEESkunde en niet over een partij-politieke visie. Het gaat hier niet over rechtse of linkse groepen, het gaat hier om welzijn van mensen, welke ook hun partij-politieke overtuiging moge zijn.'*<sup>100</sup>

De Werkgroep Gezondheidsvoorlichting opteerde voor het idee dat de dokter omdat hij dokter is – omdat hij zijn verantwoordelijkheid neemt in de behandeling van zieken – zich maatschappijkritisch en politiek zal opstellen. Hun discours verschilde duidelijk met datgene van de Groepspraktijk Maldegem.

---

<sup>98</sup> Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, art. cit., p. 6.

<sup>99</sup> Interview dr. Van Leuven, 4 mei 2010.

<sup>100</sup> Open brief aan de Patiëntenraad Merelbeke, 12 oktober 1973.

Vanuit de ideologie van de WGV waren de eersten wel bereid politiek kleur te bekennen, waar Heyrman cum suis vanuit zijn wetenschappelijk engagement prefereerde politiek neutraal te blijven.

### **3. GENEESKUNDE VOOR HET VOLK HOBOKEN**

#### **3.1. HISTORIEK**

Geneeskunde voor het Volk (GVHV) Hoboken werd als AMADA-groepspraktijk in 1971 door Kris Merckx en Michel Leyers opgericht.<sup>101</sup> De voorgeschiedenis van de groepspraktijk Geneeskunde voor het Volk moet gezocht worden in de revolutionaire studenten- en arbeidersbeweging van Mei '68. De laatste jaren van hun studie aan de universiteit ontwikkelden Merckx en Leyers het idee om hun toekomstige geneeskundige arbeid een politieke dimensie te geven.

Door het opstarten van een groepspraktijk, waar gratis geneeskunde werd verstrekt, ging men in op de vraag van de arbeiders van de Hobokense scheepsbouwwerf Cockerill-Yards.

Als kinderen van mei '68 startten zij een groepspraktijk vanuit het collectivistische idee, ontleend aan het marxisme en leninisme, dat je in groep sterker stond dan alleen in de strijd tegen het 'ziekmakende kapitalisme'. Eind 1971 legde een meerderheid van huisartsen uit de regio Hoboken een klacht neer bij de Orde der Geneesheren. Twee jaar voor de Merelbeekse artsen werden zij aangeklaagd wegens het verstrekken van gratis geneeskunde (door te werken aan terugbetalingstarieven).

---

<sup>101</sup> In 1971 werd er gesproken van Amadagroepspraktijk. Pas wanneer de politieke werkgroep Alle Macht aan de Arbeiders (AMADA) evolueerde naar tot de politieke partij PVDA, sprak men van Geneeskunde voor het Volk.

De meesten van hun collega's uit de regio vonden dat *'deze bradage tarieven een ongezonde reclame betekenden, een middel om patiënten te ronselen en de surconsummatie in de hand te werken.'*<sup>102</sup>

Merckx omschreef deze aanklacht, in zijn boek *'Dokter van het volk'*, als het startschot voor het geruchtmakendste hoofdstuk uit de geschiedenis van Geneeskunde voor het Volk: *'het lange, bikkelharde gevecht met de Orde van Geneesheren.'*<sup>103</sup>

De dokters Merckx en Leyers werden in januari 1973 geschorst voor acht dagen. Omdat zij weigerden deze schorsing op te volgen en gedurende die week toch patiënten verzorgden, werden zij beschuldigd van onwettige uitoefening van geneeskunde.

### 3.2. DOELSTELLINGEN

De huidige slogan van de PVDA *'Eerst de mensen, niet de winst'* is de meetlat waaraan Geneeskunde voor het Volk ontwikkelingen en alternatieven in de gezondheidszorg afmeet. Deze slogan wijst op het revolutionair, antikapitalistisch karakter van deze beweging. Vertrekkende vanuit de stelling dat de geneeskunde in België onpersoonlijk, duur, niet-informerend, hiërarchisch en discriminerend werkte, stelde Geneeskunde voor het Volk volgende doelstellingen voorop:

- het verstrekken van gratis en kwaliteitsvolle, geneeskundige verzorging voor iedereen;
- iets doen aan de maatschappelijke oorzaken van vele ziektes, opkomen tegen ongezonde en onveilige arbeids- en leefomstandigheden, tegen honger, armoede, oorlog en milieuvernietiging;

---

<sup>102</sup> Aanklacht huisartsen van Hoboken, het Kiel en Wilrijk-Valaar bij de Orde der Geneesheren, op 10 december 1971.

<sup>103</sup> MERCKX (K.), *'Dokter van het volk.'*, 2007, Berchem, EPO vzw, p. 99.

-medisch werk koppelen aan politiek engagement, in dienst van de strijd van de werkende mensen en de derde wereld, zowel voor dagelijkse belangen als voor het ideaal van een betere, rechtvaardige wereld.<sup>104</sup>

Op deze manier maakte Geneeskunde voor het Volk deel uit van de nieuwe sociale huisartsgeneeskunde. Net als de pioniers van de groepspraktijken in Maldegem en Merelbeke ijverde GVHV voor kwaliteitsvolle eerstelijnszorg.

Opvallend verschil met de andere pioniers was dat GVHV haar medische werking koppelt aan een uitgesproken politiek engagement. Merckx spreekt over *'dokteren aan de maatschappij.'* Goed kwalitatief dokteren aan de mens, de individuele patiënt en tegelijkertijd sociaal politiek dokteren aan de maatschappij om de ziekmakende factoren te bestrijden.<sup>105</sup> Kameraad pionier wijlen Michel Leyers verklaarde hun politieke inzet als volgt:

*'Willen de dokters de mensen werkelijk genezen en gezond houden dan zijn zij, ook op medische gronden, verplicht samen met hen de strijd te organiseren tegen de uitbuitings- en onderdrukingsstructuren die zoveel mensen ziek maken: hoog arbeidsritme en prestatiedwang, uitbuiting van de Derde Wereld. Echt dokter zijn wordt dan in de eerste plaats een politieke opgave, een kwestie van actieve solidariteit.'*<sup>106</sup>

Net als hun Merelbeekse collega's besteedde GVHV veel aandacht aan psychosomatische klachten van patiënten, veroorzaakt door het 'ziekmakende kapitalisme'.

---

<sup>104</sup> MERCKX (K.), 'Dokter van het volk.', pp. 27-28.

<sup>105</sup> Interview met dr. Merckx, 11 maart 2010.

<sup>106</sup> LEYERS (M.), 'Geneeskunde in dienst van de revolutionaire arbeidersstrijd.', In: LINK, 1972, Nijmegen, Stichting Nijmeegs Studententijdschrift LINK, p. 7.

### 3.3. GRATIS EN KWALITEIT GAAN SAMEN

Kwaliteitsgeneeskunde brengen betekende voor GVHV: de patiënt zelf de middelen in handen geven om ziektes te voorkomen en te genezen. De dokters van GVHV waren voorstanders van gezondheidsopvoeding en zelfhulp. De groepspraktijk uit Merelbeke streefde dezelfde gezondheidsidealen na. Via de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting stimuleerde zij de oprichting van de Merelbeekse patiëntenraad. Dit was een initiatief waardoor de mondigheid van de patiënt werd aangewakkerd en op die manier de arts verplicht werd om zich grondiger te scholen. Zowel in Merelbeke als in de groepspraktijk te Hoboken ging men ervan uit dat wanneer de patiënt meer informatie kreeg in het kader van gezondheidsopvoeding, hij op termijn minder beroep zou moeten doen op de klassieke eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>107</sup>

Naast gezondheidsopvoeding pleitte GVHV ook voor *empowerment* via het *versterken van buurten*<sup>108</sup>. De groepspraktijken waren meestal ingeplant in gebieden waar arbeiders, minderheidsgroepen en minderbedeelden een groot deel van de bevolking uitmaakten, zoals het geval was in Hoboken. *Empowerment* gaat om allerlei vormen van buurtwerking die de fysieke omgeving, het sociale klimaat, inclusief de veiligheid kunnen verbeteren.

Merckx achtte dit van groter belang dan de medisch-technische vooruitgang. Ondanks de mogelijkheden die buurtinterventies bieden, was hij er zich van bewust dat beslissingsmacht op het lokale niveau beperkt is. De oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn veeleer te vinden in de ruime maatschappelijke context.<sup>109</sup> Daarom vond men het inwerken op de sociaaleconomische determinanten belangrijker dan de medisch-technische vooruitgang, een visie die ze deelden met de pioniers van wijkgezondheidscentra.

---

<sup>107</sup> MERCKX (K.), op.cit., p. 69.

<sup>108</sup> In vakliteratuur vaak omschreven als 'strengthening communities'.

<sup>109</sup> MERCKX (K.), op. cit., p. 84.



In de jaren zestig en zeventig was *vijfminutengeneeskunde* een begrip dat vaak voorkwam. Geneeskunde voor het Volk bekritiseerde onder die noemer onder meer *geneeskunde aan de lopende band*, waarbij de arts amper vijf minuten besteedde aan onderzoek en voorschrift.

Dergelijke praktijken werden gestimuleerd door het betaalsysteem van prestatiegeneeskunde waarbij het inkomen van de arts afhankelijk was van het volume patiënten dat men op een dag wist 'om te zetten'.<sup>110</sup> Het was voor GVHV dus essentieel dat er afgestapt werd van de prestatiegeneeskunde. Merckx zei hierover:

*'Zolang de betaling per prestatie de norm blijft, zal de plaag van de vijfminutengeneeskunde blijven woekeren.'*<sup>111</sup>

GVHV pleitte dan ook samen met de WGV en met de pioniers van wijkgezondheidscentra voor de invoering van het forfaitair betalingsstelsel. In zijn boek gaf Merckx aan dat het niet correct is om te spreken van 'gratis' geneeskunde als een van de pijlers van GVHV.<sup>112</sup> Hij is van mening dat burgers al voor hun geneeskundige verzorging betaald hebben via de sociale bijdragen op hun lonen en wedden.

Gratis geneeskunde werd door de groepspraktijken van GVHV verzekerd door de patiënt alleen maar het bedrag te laten betalen dat hij of zij terugkrijgt van het ziekenfonds. Er moest dus geen remgeld betaald worden. Want voor hen is gezondheidszorg een recht, waarop geen financiële barrières mogen liggen. Geneeskunde voor het Volk was dus voor de afschaffing van het remgeld. In 1945, toen de wet op de sociale zekerheid aangenomen werd, heeft men de prijs van een consultatie gesplitst: hetgeen terugbetaald werd door de mutualiteit en het remgeld. Het was de bedoeling dat er geen overconsumptie zou zijn van prestaties.

---

<sup>110</sup> MERCKX (K.), op. cit., p. 64.

<sup>111</sup> MERCKX (K.), op. cit., p. 64.

<sup>112</sup> MERCKX (K.), op. cit., p. 422.

Het feit dat de patiënt een stukje van de prestatie zelf moest betalen zou de rem zijn om niet onnodig of al te vaak naar de dokter te lopen. Hoewel de artsen van GVHV het tegendeel bewijzen, werd het verstrekken van gratis geneeskunde aanvankelijk niet bepaald enthousiast onthaald in artsenmiddens. Begin jaren zeventig werd 'het niet-vragen van het remgeld' beschouwd als oneerlijke concurrentie.

Het initiatief van GVHV was een doorn in het oog van de toenmalige Orde der Geneesheren, die Merckx in 1972 schorste voor het verstrekken van gratis geneeskunde en het opzetten van groepspraktijken wat door de Orde als oneerlijke concurrentie werd beschouwd. Jarenlang werden de artsen van GVHV door de Orde der Geneesheren vervolgd, veroordeeld en geschorst omdat ze weigerden hun lidgeld te betalen aan de Orde, wiens voorkeur uitging naar privé- en prestatiegeneskunde.

### **3.4 GENEESKUNDE EN POLITIEK ENGAGEMENT**

De pioniers van de groepspraktijken uit Hoboken en Merelbeke streefden beiden naar kwaliteitsvolle geneeskunde door middel van patiëntenparticipatie. Toch primeerde het politieke engagement boven de verandering van de gezondheidszorg bij de groepspraktijk GVHV Hoboken in tegenstelling tot de dokters van het Medisch Huis Merelbeke, waarvoor vooral de hervorming van de gezondheidszorg primeerde.

Vanuit hun marxistische-leninistische ideologie achtten de pioniers van GVHV het noodzakelijk om d.m.v. revolutie de structuur van de samenleving te wijzigen om vervolgens de gezondheidszorg te hervormen. De groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk werd naar voor geschoven als een concreet voorbeeld van hun ideeën over een andere maatschappij.

Ze spiegelde zich ondermeer aan Mao Zedong en zijn visie op gezondheidszorg. Mao was van mening dat door zich te bekommeren om de levensomstandigheden van het volk, hij het volk kon overtuigen van zijn grote politieke doelstellingen.

Leyers gaf in 1972 toe dat het van meet af aan hun bedoeling was om hun huisartsenwerk een politiek karakter te geven.<sup>113</sup> Dit betekende dat zij niet alleen gedurende hun vrije tijd bepaalde politieke taken wilden opnemen, maar dat zij hun dagelijkse beroepsactiviteit eveneens hiervan in dienst stelden. Zij achtten het daarom ook noodzakelijk om in groep te werken.

Op die manier konden ze buiten hun beroepsactiviteiten tijd overhouden om als politiek militant aan de uitbouw van hun revolutionaire beweging AMADA, de voorloper van PVDA<sup>114</sup>, te werken. Dit militantenwerk sloot voor een niet onbelangrijk deel aan bij hun beroepswerk, werkzaam rond de metaalfabrieken in Hoboken.

Kortom, de groepspraktijk GVHV Hoboken kan omschreven worden als een politieke groepspraktijk die fungeert in dienst van de werkende massa en in dienst van de strijd voor de democratische socialistische maatschappij. De AMADA-groepspraktijk baseerde zich op de inzichten en ervaringen uit het China van Mao Zedong.

Naar het voorbeeld van GVHV Hoboken ontstonden niet veel later andere groepspraktijken o.a. in Genk, Zelzate, Charleroi en Deurne. Samenvattend kunnen we concluderen dat de groepspraktijk Geneeskunde voor het Volk Hoboken vertrekt vanuit een expliciet politiek discours, waardoor zij zich van de andere groepspraktijken onderscheidde.

---

<sup>113</sup> LEYERS (M.), 'Geneeskunde in dienst an de revolutionaire arbeidersstrijd.', art. cit., p. 5.

<sup>114</sup> SMET (M.) & NUYENS (Y.), 'Eerstelijin in Vlaanderen. Vernieuwing en samenwerking na Alma-Ata.', op. cit., p. 68.

#### 4. DE STRIJD TEGEN DE ORDE DER GENEESHEREN

In het zog van de toenmalige corporatistische tijdsgeest werd in 1938 de Orde der Geneesheren opgericht. De twee belangrijkste taken van de Orde zijn enerzijds het uitwerken van een code van medische plichtenleer en anderzijds het controleren en het eventueel bestraffen van inbreuken op de medische deontologie. De Orde der Geneesheren omvat alle dokters in de genees-, heel- en verloskunde die in België hun praktijk uitoefenen. Om geneeskunde te mogen praktiseren in België moet een arts ingeschreven zijn bij de Orde. Het juridisch statuut van de Orde is dat van een publiekrechtelijke beroepscorporatie d.w.z.

*'een met rechtspersoonlijkheid bekleed orgaan waarvan zij die een bepaald beroep uitoefenen lid moeten zijn en dat tot taak heeft diegenen die daartoe de wettelijk gestelde voorwaarden vervullen tot het beroep toe te laten, de beroepslichten te bepalen en de nakoming ervan te verzekeren door het opleggen van tuchtstraffen.'*<sup>115</sup>

Juridisch gezien beschikt de Orde over een grote autonomie. De Orde der Geneesheren was vooral beducht voor de aantasting van de bevoorrechte positie van de arts, van zijn inkomen en van zijn andere sociale voordelen. Zij bewaakte het ethisch en medisch functioneren en trachtte het beroep te vrijwaren van oneerlijke concurrentie, commerciële activiteiten, onkunde, schending van het beroepsgeheim, enzovoort.<sup>116</sup>

Daarbij schermde men voortdurend met de eer en de waardigheid van het beroep, maar werd er over het belang van de patiënt met geen woord gerept.

---

<sup>115</sup> MAST (A.), 'Overzicht van het Belgisch Administratief Recht.', 1977, Gent, Story-Scientia, s.p.

<sup>116</sup> BETZ (W.), 'De interactie tussen kwaliteitsbewaking en verdediging van de beroepsbelangen.', op. cit., p. 232.

Deze mentaliteit versterkte zich alleen maar door de infiltratie van artsensyndicaten in de Orde zoals de dominante Syndicale Kamers<sup>117</sup> van dr. André Wynen, boegbeeld van de artsenstaking uit 1964.

Medewerking aan gezondheidsopvoeding en voorlichting interpreteerde men als publiciteit waarop een verbod lag. Vanuit deze optiek werden de dokters van het Medisch Huis Merelbeke in 1973 aangeklaagd bij de Orde vanwege hun participatie aan de gezondheidskrant van de Patiëntenraad Merelbeke.

Verder hadden artsen de vrijheid om hogere honoraria te eisen, maar het was daarentegen verboden lagere honoraria te vragen zoals de artsen van de groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk en Merelbeke deden.

Een verdeling van honoraria tussen geneesheren werd aan sterk beperkende maatregelen onderworpen, terwijl een dergelijke verdeling tussen medici en niet-medici expliciet verboden was. Groepspraktijken werden bijzonder restrictief behandeld in die zin dat de klassieke vrijheden van de individuele arts beschermd moesten worden. Het was dus al snel duidelijk waarom de pioniers van groepspraktijken gevisieerd werden. In een bijdrage van de Vlaamse Elsevier stond te lezen:

*‘Door met de Orde te dreigen kon men elke arts op de knieën krijgen, want hij kon erdoor gebroodroofd worden. Wanneer de patiënt klaagde over schandalig hoge honoraria of een nalatige behandeling, dan verklaarde de Orde zich in negen van de tien gevallen onbevoegd.’<sup>118</sup>*

Uit dit citaat kan worden afgeleid dat de vele conflicten met de Orde de legitimiteit van dit orgaan op de helling zetten.

---

<sup>117</sup> De opvolger van het artsensyndicaat de Syndicale Kamers gaat vandaag door het leven als Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS).

<sup>118</sup> SCHOUP (H.), ‘Tijdbom onder de Orde.’ In: De Vlaamse Elsevier, 20 mei 1974, p. 23

Dat uitgerekend artsen als De Meyere van de Groepspraktijk Merelbeke of Merckx van GVHV Hoboken en hun collega's, die sociale en kwaliteitsvolle geneeskunde beoefenden, vervolgd en geschorst werden, stuitte op een groot ongenoegen bij de publieke opinie.

Enkele jaren later, toen de Orde zich negatief uitsprak tegenover wijkgezondheidscentra, werd het voortbestaan van de Orde der Geneesheren definitief in vraag gesteld. Naar aanleiding van de schorsing van dokters als Lecompte, Merckx en Leyers (GVHV Hoboken), De Meyere en Van Leuven (Medisch Huis Merelbeke), gingen er in de jaren zeventig meer en meer stemmen op om de uitzonderingsrechtbank op te heffen en de tuchtrechtelijke opdracht te laten overnemen door de gewone rechtbanken. Medisch socioloog Nuyens stelde vast dat het bij alle deze conflicten nooit ging om de belangen van de patiënt of fundamentele hervormingen van de gezondheidszorg, maar de Orde enkel interesse toonde in thema's die voor de arts belangrijk waren zoals honoraria. De argumenten die de SK van dr. Wynen - de harde kern binnen de Orde - gebruikte, kwamen volgens Nuyens vooral voort uit zelfbehoud.<sup>119</sup> Kortom, de Orde werd als een hinderpaal ervaren bij het streven naar meer openheid in de gezondheidszorg.

## **BESLUIT**

Globaal gezien streefden alle pioniers naar een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg. Om deze doelstelling te bereiken moest er een georganiseerde gezondheidszorg komen waarin samenwerking centraal kwam te staan. Daarom diende men ondermeer binnen de opleiding Geneeskunde rekening te houden met de specifieke beroepseisen van huisartsen en specialisten. Verder diende men ook rekening te houden met het gewijzigde ziekte- en gezondheidspatroon en de veranderde vraag naar gezondheidszorg.

---

<sup>119</sup> NUYENS (Y.), 'De eerste lijn is krom. Gezondheidszorg tussen onderzoek en beleid.', 1980, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 270.

Samengevat wou de nieuwe generatie dokters hun métier niet langer plaatsen in het raam van de eigen beroepsvoorrechten, maar in de brede maatschappelijke context van een globale gezondheidszorg. Hoewel de drie pioniers hetzelfde streefdoel voor ogen had, legde men de klemtoon vaak op andere aspecten.

We moeten het ontstaan van de Groepspraktijk Maldegem in het licht plaatsen van het ontstaan van een autonome opleiding huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven. In de jaren zestig wonnen de specialisaties binnen de geneeskunde enorm aan populariteit en raakte het métier van de omnipracticus gemarginaliseerd. Aan de universiteiten van Edinburgh en Utrecht probeerde men met succes het beroep van de huisarts te revaloriseren door de huisartsgeneeskunde een eigen leerstoel te geven binnen de medische faculteit.

In 1968 werd aan de K.U.Leuven, de eerste Belgische leerstoel voor huisartsen opgericht, de derde in Europa. De pioniers Jan Heyrman en Frans Van Den Bussche stonden mee aan de wieg van het academisch centrum huisartsgeneeskunde. Binnen deze kersverse groep huisartsgeneeskunde achtte men de groepspraktijk het middel bij uitstek om een nieuwe invulling te geven aan hun vak. We kunnen concluderen dat hun doelstellingen vooral wetenschappelijk gefundeerd waren en gericht op kwaliteitsvolle zorgverlening met de nadruk op de structurele en functionele voordelen die een groepspraktijk te bieden had.

Voor de dokters van het Medisch Huis Merelbeke betekende groepsgeneeskunde de volwaardige integratie van de arts in de samenleving en gezondheidszorg. Zij zagen het als hun maatschappelijke opdracht om als arts zich actief in te zetten voor kwaliteitsgeneeskunde in functie van de patiënt. Deze progressieve artsen waren de pleitbezorgers bij uitstek voor een mondiger patiënt. Deze had ook rechten: het recht om als zieke persoon behandeld te worden, het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en over de geneesmiddelen die hem werden voorgeschreven, enz. De onpersoonlijke, van bovenaf opgelegde ordening moest plaats ruimen voor nieuwe waarden: individuele vrijheid, onafhankelijkheid, gelijkheid en zelfbeschikking.

Vanuit deze visie groeiden initiatieven om de kenniskloof tussen arts en patiënt te dichten, o.a. via patiëntenraden en programma's voor gezondheidsopvoeding.

Volgens de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, was het onvermijdelijk om politiek geëngageerd te zijn als arts. Dit hoefde volgens hen echter niet te betekenen dat er aan partijpolitiek werd gedaan, een visie waarmee ze hun Maldegemse collega's ver vooruit waren. Deze waren zeer beducht wanneer het erop aankwam om politiek kleur te bekennen. Zo stond men jarenlang weigerachtig tegenover wijkgezondheidscentra en hun pleidooi voor het forfaitaire betalingsstelsel. De Werkgroep Gezondheidsvoorlichting gaf reeds in haar beginmanifest aan dat de groepspraktijk niet het eindpunt was maar een stap in de richting van geïntegreerde gezondheidscentra of wijkgezondheidscentra.

De Merelbeekse artsen waren tevens ook voorstander van een alternatief op het toenmalige betalingssysteem per prestatie. Uit protest tegen het uitblijven van een alternatief werkten zij tijdelijk aan terugbetalingstarieven. Dit was één van de redenen waarvoor zij in 1973 werden aangeklaagd bij de Orde der Geneesheren. De pioniers van Merelbeke erkenden dat politieke stellinginname onvermijdelijk was maar deden dit niet binnen een bepaalde partijstructuur. Dit in tegenstelling tot de artsen Merckx en Leyers die probeerden in het kader van de Marxistisch-leninistische beweging AMADA als huisarts werkzaam te zijn onder arbeiders.

Uit diverse bronnen blijkt overduidelijk dat de pioniers van Geneeskunde voor het Volk Hoboken een politiek discours voerden naast hun pleidooi voor kwaliteitsvolle, betaalbare geneeskunde. De artsen van GVHV bleven dan ook ondanks de verschillende sancties van de Orde, consequent werken aan terugbetalingstarieven.



De Meyere en Van Leuven van het Medisch Huis Merelbeke kunnen best omschreven worden als reformisten. Hoewel zij net als GVHV vanuit hun groepspraktijk streden tegen de ziekmakende factoren van de kapitalistische maatschappij, probeerden zij een manier te vinden om te blijven ageren binnen het kapitalisme. Daar waar de *Amadezen*<sup>120</sup> revolutionairen waren en hun groepspraktijk inschakelden als partijpolitiek vehicle in hun strijd voor een nieuw maatschappijmodel.

---

<sup>120</sup> Persiflage gebruikt in de volksmond, ontstaan uit de samentrekking van AMADA en Chinezen. Vanwege hun sympathie voor het China van Mao Zedong.

## HOOFDSTUK III: HET ONTSTAAN VAN WIJKGEZONDHEIDSCENTRA

### INLEIDING

Uit het vorige hoofdstuk weten we dat in de nasleep van de doktersstaking van '64 en de kritische studentenbeweging van Mei '68, studenten geneeskunde zich vragen begonnen te stellen over de maatschappelijke relevantie van hun beroep. Men begon na te denken over een nieuwe gezondheidszorg waarbinnen de huisarts een prominentere rol zou gaan spelen door het aangaan van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Ondermeer uit de statuten van de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting bleek dat zij groepspraktijken niet zagen als het eindstadium maar als de overgang naar wijkgezondheidscentra.<sup>121</sup> De drie Merelbeekse artsen werkten samen met diverse gezondheidswerkers, wat wijst op de eerste stap naar een multidisciplinaire samenwerking.

Naar aanleiding van Mei '68 ontstonden er aan diverse faculteiten basisinitiatieven. Studenten gingen in de leer bij de arbeiders, de mijnstakingen in Limburg waren beloftes voor een nieuwe samenleving, enz. Verscheidene, progressieve studenten geneeskunde waren actief binnen socio-medicale werkgroepen aan de medische faculteit Gent, inspiratie werd gevonden in maatschappelijke bewegingen als Wereldscholen en in politieke stromingen met maatschappijkritische inslag. Studiegroepen gingen aan de slag en formuleerden het concept 'wijkgezondheidscentrum' (WGC) als mogelijk alternatief voor een zinvolle, professionele toekomst.

---

<sup>121</sup> Basismanifest Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, 27 september 1972., p. 10.

Een gezondheidscentrum zou op wijkniveau in de eerste lijn een multidisciplinair (huisarts, thuisverpleging, maatschappelijk werk, kinesitherapie en dieetbegeleiding) antwoord bieden aan de lichamelijke, psychische en sociale problemen van de lokale bevolking en in hoge mate aandacht hebben voor preventie, gezondheidspromotie en participatie van de doelgroep.

De belangrijkste uitgangspunten waren laagdrempeligheid en toegankelijkheid. Om dit te kunnen realiseren wou men afstappen van de betaling per prestatie als financieringsvorm. Binnen dit kader werd eind jaren zeventig de Vlaamse Vereniging voor Forfaitaire Geneeskunde opgericht. Verder voerde men ook actie voor de fundamentele hervorming of afschaffing van de Orde der Geneesheren. Dergelijke hinderpalen moesten worden aangepakt om tot multidisciplinaire samenwerking te komen.

Wijkgezondheidscentra werden eerder opgericht in Wallonië, onder de vorm van Maison Médicale of Centrum voor Geïntegreerde Gezondheidszorg. De meest gekende voorbeelden zijn Maison Médicale in Seraing, Luik en het Centre Médical Norman Bethune gevestigd in de wijk Molenbeek van Brussel. Deze centra werden opgebouwd rond een interdisciplinaire ploeg (huisartsen, verpleegsters, kinesitherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, enz.). Het ging om een gedecentraliseerde (onafhankelijk van nationale en regionale hulpverleningsstructuren) en permanente wijkgezondheidscentra.

Midden jaren zeventig werden de eerste Vlaamse wijkgezondheidscentra opgericht. Het initiatief kwam voornamelijk van jonge huisartsen op één uitzondering na. Het wijkgezondheidscentrum Alken is ontstaan vanuit het buurtgezondheidscentrum De Restèl, een initiatief genomen vanuit Wereldscholen Alken. Het opende haar deuren in 1976 en was daarmee het eerste Vlaamse wijkgezondheidscentrum.

Na de oprichting van het buurtcentrum in Alken, volgde in hetzelfde jaar het wijkgezondheidscentrum De Sleep in Gent. In 1978 startte het wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Ledeberg bij Gent. Een jaar later volgde het wijkgezondheidscentrum De Brug in Brussel. In de jaren tachtig groeide het concept van wijkgezondheidscentra met de opening van het wijkgezondheidscentrum de Brugse Poort te Gent in 1981.

In dit hoofdstuk wordt de ontstaansgeschiedenis van wijkgezondheidscentra in Vlaanderen onder de loep genomen. Er zal een antwoord geformuleerd worden op volgende onderzoeksvragen: Wat is de ideologische achtergrond van wijkgezondheidscentra? Welke initiatieven lagen aan de basis van de eerste wijkgezondheidscentra?

Aan de hand van de historiek van wijkgezondheidscentra als De Sleep en De Botermarkt zal aangetoond worden hoe wijkgezondheidscentra zijn ontstaan, wat hun doelstellingen waren en welke hindernissen zij op hun weg zijn tegengekomen.

## **1. IDEOLOGISCHE BASIS**

De eerste generatie wijkgezondheidscentra als De Sleep en Botermarkt werden opgezet vanuit een basissocialistische visie, hierbij streefde men naar de opbouw van een maatschappij waarvan de structuur en het mensbeeld bepaald worden door een dynamiek vanuit de basis, die moet leiden tot een utopisch socialistische maatschappij. Hierin verschilde hun politieke visie met deze van revolutionaire (AMADA), anarchistische, reformistische, dogmatische, ... socialistische ideologieën. Dynamiek en verandering stonden centraal, hoe klein ook de verhouding tot het doelterrein. Niettemin bleef het een socialistische visie en dus antikapitalistisch. Wijkgezondheidscentra waren tegelijk een kritiek op de bestaande gezondheidszorg als kapitalistisch product en een poging tot verwezenlijking van een stukje utopie.

## 1.1. WERELDSCHOLEN, EEN NIEUWE SOCIALE BEWEGING

Het gedachtegoed van het democratisch basissocialisme is terug te brengen naar de nieuwe sociale beweging Wereldscholen, met Jef Ulburghs als geestelijke vader. Wereldscholen valt het best te bestempelen als een drukkingsgroep, geboren uit de jaren zestig. De Tijd waar 'Verbeelding aan de macht' de slogan was. Deze nieuwe sociale beweging geloofde dat de macht van het volk groot genoeg was om zelf het heft in handen te nemen in de opbouw van een basisdemocratie. Men geloofde niet in de bevogende maatschappij, waar het volk van bovenaf gedirigeerd werd, net zoals men niet geloofde in de elite die zich verschanste in de ongenaakbare top van de politiek, economie en cultuur.

Van bij het ontstaan, stond Wereldscholen argwanend tegenover het kapitalisme en het autoritair socialisme. Hun alternatief was het basissocialisme. Om misverstanden te voorkomen, noemden ze dit *'het democratisch basissocialisme in zelfbestuur.'*<sup>122</sup>

Wereldscholen worstelde net als andere nieuwe bewegingen om een aangepaste structuur te vinden die bij haar leden zowel politiek inzicht als slagvaardigheid in sociale actie kon bevorderen en daarnaast hun betrokkenheid en zeggingschap in de uitbouw van hun bewegingen kon garanderen. Op het einde van de jaren zestig, begin jaren zeventig kenden we een enorme opkomst van allerlei basis- en burgerinitiatieven als de Bouworde, de Arbeidsuniversiteit en het Internationaal Ontmoetingscentrum voor Basisgroepen IOC-MAB, naast NGO's als Broederlijk Delen, 11.11.11. en Oxfam Wereldwinkels.

Hieruit zijn tal van organisaties gegroeid die zich vandaag professioneel hebben uitgebouwd. Doch slechts enkelen zijn er in geslaagd een goed model te vinden waarin ze hun leden betrekken bij hun strategische planning.<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> 'Democratisch Basissocialisme.', In: Kongresboek Wereldscholen-CVA, Zolder, 5 oktober 1975, p. 1.

Bij een beweging als Wereldscholen die koos voor de 'basis' en ageerde tegen de 'top,' was er ruimte voor alle meningen, zelfs voor dissidente visies. Met als gevolg dat beslissingen bijzonder moeizaam tot stand kwamen. Na verloop van tijd was er een gebrek aan cohesie en werd begin jaren tachtig besloten Wereldscholen op te heffen.

AMADA/PVDA daarentegen koos voor wat zij noemden het '*democratisch centralisme*', waarbij er wel een sterke hiërarchie aanwezig was naast een gestroomlijnde organisatie en een sterke ideologie. In tegenstelling tot Wereldscholen bestaan zij nog steeds, ook al werden een aantal van hun politieke modellen later als dictatoriale bewegingen van hun glorie ontdaan.

## **1.2. WIJKGEZONDHEIDSCENTRA BINNEN WERELDSCHOLEN OP ZOEK NAAR PARTICIPATIE EN DEMOCRATISERING**

Volgens priester Ulburghs gaven WGC de patiënten hun recht op gezondheid terug. Op deze manier werkten gezondheidswerkers en wijkbewoners samen aan hun gezondheid. Men vond elkaar in acties voor zinvolle arbeid, een gezond milieu, vrede en solidariteit ten aanzien van de Derde Wereld. Ulburghs beschouwde dit als zinvolle tekenen van hoop voor onze maatschappij.<sup>124</sup> In zijn discours verwees hij vaak naar Paulo Freire en diens 'Pedagogie van de onderdrukten'. Daarin bestempelde Freire het basissocialisme als de weg van de inductieve methode.<sup>125</sup> Deze visie kwam tot stand uit de praktijk van de arbeidersstrijd en de uitdaging van de Derde Wereldvolkeren. Daarnaast citeerde Ulburghs frequent de maatschappijcriticus Ivan Illich, die de term 'iatrogenesis' introduceerde.<sup>126</sup>

---

<sup>123</sup> HELLEMANS (S.) & HOOGHE (M.) (red.), 'Van Mei '68 tot Hand in Hand. Nieuwe sociale bewegingen in België, 1965-1995', 1995, Leuven, Apeldoorn-Garant, pp. 9-18.

<sup>124</sup> Voorwoord Jef Ulburghs, In: '10 jaar De Sleep.', 1986, Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, p. 2.

<sup>125</sup> FREIRE (P.), 'Pedagogie van de onderdrukten.', 1973, Uitgeverij In den Toren, Baarn, p. 176.

<sup>126</sup> ILLICH (I.), 'Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf een bedreiging voor de gezondheid?', 1981, Bussum, Wereldvenster, p. 319.

Daarmee bedoelde Illich dat de geneeskunde, als product van het kapitalistische samenlevingsmodel, aan de basis lag van de verziekte maatschappij. Ulburghs stond net als Illich sceptisch tegenover de toenemende macht van de arts.<sup>127</sup>

Voor pioniers als De Ridder (WGC De Sleep) en De Maeseneer (WGC Botermarkt) werkte het gedachtegoed van dergelijke Wereldscholen inspirerend bij het beantwoorden van de vraag waarmee een groeiend aantal studenten geneeskunde worstelde: Hoe kunnen we ons beroep als arts meer dienstbaar maken aan de noden en behoeften van de samenleving, vooral van degenen die het moeilijk hebben om maatschappelijk mee te tellen?

Zowel De Sleep als Botermarkt maakten deel uit van de Werkgroep Gezondheidszorg verbonden aan Wereldscholen. Uit verslagen van vergaderingen van de Werkgroep bleek dat De Ridder en De Maeseneer participeerden aan deze bijeenkomsten.

Op een congres in '78 discussieerde men over de gezondheidszorg en forfaitaire geneeskunde als controlemiddel van de mens op de gezondheidszorg en de gezondheidswerkers, zowel op financieel vlak als op kwalitatief vlak.<sup>128</sup>

Hoewel Wereldscholen, als nieuwe sociale beweging, de storm van de jaren tachtig niet overleefde, stond ze wel aan de wieg van belangrijke basisinitiatieven zoals wijkgezondheidscentra en de strijd om forfaitaire geneeskunde.

---

<sup>127</sup> VELLE (K.), 'De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België.', op. cit., p. 30.

<sup>128</sup> Verslag vergadering Wereldscholen, Werkgroep Gezondheidszorg, 1 februari 1976.

## 2. UNIVERSITAIRE WERKGROEPEN ALS DENKTANK VOOR WIJKGEZONDHEIDSCENTRA

### 2.1. DE SOCIO MEDICALE WERKGROEP

Eind jaren zestig ondernamen deze studenten een poging om de maatschappij kritisch in vraag te stellen. Vanuit hun maatschappijkritische visie streefden zij naar een andere gezondheidszorg. Anno 1968 had dit zijn neerslag in de oprichting van de Socio Medicaale Werkgroep Gent (SMW), waarin studenten geneeskunde probeerden kritisch na te denken over de toekomst van een arts in de samenleving. Hoe kon de arts zich inzetten voor allerlei andere doelstellingen dan enkel geld verdienen? Onder de leden van Werkgroep bevonden zich ondermeer De Ridder (WGC De Sleep), Wim Van Lerberghe, huidig directeur van het Health Systems Department van de WGO, Peter Piot, lange tijd directeur van UNAIDS en Frans Van Acoleyen van GVHV Zelzate. De SMW gaf het tijdschrift 'De Lastige' uit, een typisch product van Mei '68 met alternatieve tekeningen en typisch taalgebruik dat toen in maatschappijkritische bewegingen aan de orde was.<sup>129</sup>

In 1970 werd de Socio-Medicaale Werkgroep opgericht vanuit een vakantiewerking, wat resulteerde in de bundel *'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen.'* Het was hun bedoeling om diverse meningen over geneeskunde en gezondheidszorg te concretiseren door het voeren van discussies. Zelf omschreef de werkgroep haar doelstelling als volgt:

*'Onze bedoeling is niet om hier absolute dogmata te verkondigen, maar alleen om een aanknopingspunt te hebben voor verdere studie en aktie. Ook willen we hiermee mensen die zich voor deze problematiek interesseren aanspreken.'*<sup>130</sup>

---

<sup>129</sup> Interview prof. dr. De Maeseneer, 15 maart 2010.

<sup>130</sup> Socio-Medicaale Werkgroep (red.), *'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen.'*, 1970, p. 1.



De werkgroep ontstond vanuit de progressieve wind die door de RUG waaide. Sociale onlusten zoals de Limburgse mijnstaking van begin 1970 waren ondermeer de aanleiding voor het oprichten van een maatschappijkritische werkgroep.

Vanuit een goed georganiseerde kern en een massale betoging uitte de meerderheid van de studenten haar solidariteit t.o.v. de Limburgse mijnwerkers.<sup>131</sup> Opvallend was het schaarse enthousiasme vanuit de medische faculteit, wat criticasters zagen als een reactionaire uiting. Critici vonden dat geneeskundestudenten vaak reactionair waren en hun opleiding alleen maar gebruikten om een hogere status te verwerven in de maatschappij. Hoewel dit soort studenten daadwerkelijk bestond, wou de Socio-Medicale werkgroep geneeskunde bewijzen dat er ook nog studenten bestonden die vanuit idealisme voor hun opleiding kozen. Deze artsen in wording profileerden zich als de sociale arts wiens doelstelling het was om de algemene gezondheidszorg te dienen, tegenover de liberale arts, erfgenaam van de elitecultuur en product van een wereldvreemde opleiding.

De werkgroep formuleerde geen kritiek tegen de principes van de liberale geneeskunde (zoals vrije keuze van arts door de patiënt, vrijheid van voorschrift, enzovoort, maar had wel kritiek op de uitbouw van deze principes. De uitwerking in de praktijk zou door het vrije marktsysteem heel wat misbruiken toelaten. Volgens de werkgroep stond het individualistische en liberale karakter van de arts, dat aangemoedigd werd in de toenmalige opleiding, een goede samenwerking tussen collega's-huisartsen en specialisten in de weg. De werkgroep ijverde voor de hervorming van hun universitaire en postuniversitaire opleiding, waarbij er aandacht werd besteed aan nieuwe vormen van geneeskunde en het welzijn van de patiënt voorop stond.

---

<sup>131</sup> CRAEYBECKX (J.), MEYNEN (A.) & WITTE (E.), 'Politieke geschiedenis van België van 1830 tot heden.', 2005, Antwerpen, Standaard, pp. 304-305.

In hun visie vertrekt de dokter vanuit de basismentaliteit dat hij een *working ally* is van de patiënt en in eerste instantie een sociale rol in de maatschappij te vervullen heeft.

Om de huisarts uit zijn isolement te halen, schoof men groepsgeneeskunde naar voor als alternatief. Een organisatievorm waarin volgens hen onderlinge coördinatie het welzijn van de patiënt optimaal kon behartigen. Verder is er nog een bijdrage terug te vinden waarin men een nieuw concept van geneeskunde naar voor schuift.

Naast de taak van de arts om de patiënt met zijn fysieke ongemak te helpen, moet de arts ook de waarde van sociale en preventieve geneeskunde inzien. De Werkgroep bepaalde de feitelijke positie van geneeskunde in de maatschappij a.d.h.v. de definitie van gezondheid die de Wereld Gezondheids Organisatie (W.G.O) als volgt formuleerde:

*'Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar een zich lichamelijk, psychisch en sociaal optimaal welbevinden.'*<sup>132</sup>

De arts moest voortaan niet alleen aandacht besteden aan het lichamelijke welbevinden van zijn patiënten maar ook aan het psychische, culturele en sociale welbevinden van zijn patiënt. Om deze doelstellingen optimaal te kunnen nastreven, schoof men opnieuw groepsgeneeskunde en in het bijzonder het wijkgezondheidscentrum naar voor als alternatief. De werkgroep baseerde haar bevindingen op documentatie uit bezoeken aan de groepspraktijken van Merelbeke en Maldegem en aan de deelname aan een internationaal weekend over groepsgeneeskunde georganiseerd door de G.E.R.M.-S.A.G.H..

---

<sup>132</sup> Socio-Medicale Werkgroep (red.), 'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen.', 1970, pp. 39-43.

Het besluit van de Socio-Medicale Werkgroep was getiteld: *'Maatschappijhervorming of revolutie?'*<sup>133</sup> Daarin merkte men op dat de traditionele, politieke formaties te kort schoten bij de strijd voor een maatschappelijke omwenteling. Daar tegenover stelde men dat de massa niet ingeslapen was en verwees men naar diverse sociale bewegingen die streefden naar maatschappijhervormingen. De nieuwe welvaartmaatschappij diende gebaseerd te zijn op intermenselijke solidariteit i.p.v. op concurrentie.

De maatschappij moest tegemoet komen aan de reële maatschappelijke behoeften i.p.v. winstbejag na te streven. Uit dit besluit herkennen we het revolutionaire betoog, eigen aan de Mei '68 generatie.

Tot slot liet de Socio-Medicale Werkgroep haar licht schijnen over het geneeskundig betalingsstelsel. Betaling per prestatie werd bestempeld als beginvoorwaarde van de liberale geneeskunde. Hoewel de werkgroep geen bewust pleidooi hield voor het forfaitair betalingssysteem, vindt men hier reeds de kiemen terug van de Vlaamse Vereniging voor Forfaitaire Geneeskunde. Anno 1970 toonde de werkgroep aan dat de toenmalige betalingswijze per prestatie, een leef- en werkgewoonte schiep waarbij het streven naar financiële welstand primeerde. Binnen deze context sprak men van *vijfminutengeneeskunde*, waarbij de arts het belang van de patiënt vaak uit het oog verloor. Het is een term die we reeds kennen uit het discours van Merckx en GVHV.

## **2.2. DE SOCIALE WERKGROEP VAN DE KANDIDATUREN EN WERKGROEP MORDICUS**

De tweede generatie Mordicus studenten waren afkomstig uit de Sociale Werkgroep van de kandidaturen.

---

<sup>133</sup> Socio-Medicale Werkgroep (red.), *'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen.'*, 1970, pp. 48-49.

Omdat de eerste generatie (Van Acoleyen, De Ridder, Van Lerberghe, e.a.) te veel aandacht besteedde aan ideologische discussies, werd de SMW in 1973 opgevolgd door Mordicus, ontstaan uit de Sociale Werkgroep der kandidaturen Geneeskunde opgericht door een groep eerstejaars in 1971. Discussies in SMW vonden voornamelijk plaats tussen de marxistisch-leninistisch geïnspireerde studenten van AMADA en de Vierde Internationale, trotskistische analyse gedragen door Van Lerberghe.

Voor de jongste generatie studenten lag voornamelijk sociaal engagement aan de basis van de werkgroep. Er werd in mindere mate aan politiek-ideologische analyse gedaan.

Mordicus bestond uit een zestig tot honderdtal studenten, die regelmatig alternatieve lessen organiseerden om andere inhoud in het onderwijs te brengen. Ze deden dit vanuit een fundamentele onvrede met de klassieke gang van zaken in de faculteit, in de faculteitskring, de Vlaamse Geneeskundige Kring, in de gezondheidszorg en in de wereld.

Binnen Mordicus was men op verschillende vlakken actief, er werd o.a. gewerkt rond de numerus clausus en rond de farmaceutische industrie. Belangrijke figuren waren De Maeseneer, pionier van WGC Botermarkt en Ivan Vander Meeren, momenteel hoofd van de studiedienst van de socialistische mutualiteiten.

## 2.3. DE WERKGROEP WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM BINNEN HET ONDERWIJS SOCIALE GENEESKUNDE

In 1973 introduceerde prof. Vuylsteek in het geneeskundeonderwijs aan de RUG seminaries of werkgroepen.<sup>134</sup> Binnen deze nieuwe aanpak werkte een Werkgroep Wijkgezondheidscentrum. In eerste instantie bestudeerde de werkgroep de situatie van de Belgische gezondheidszorg, daarin boog men zich o.a. over de liberale geneeskunde met zijn betaling per prestatie en vrijheid van voorschrift enz. In tweede instantie ging men dieper in op het wijkgezondheidscentrum als alternatief voor een vastgelopen gezondheidszorg. Dezelfde thematiek vinden we reeds terug in het verslag van de Socio-Medicale Werkgroep uit 1970.

Net als het SMW was hun doel te gaan kijken hoe men een alternatief kon vinden op de vastgelopen gezondheidszorg. Ook zij kwamen uit bij het model van multidisciplinaire wijkgezondheidscentra. Op basis van een intensieve literatuurstudie, studiebezoeken en diverse deelnames aan studiedagen, congressen en colloquia kon men een uitgebreide beschrijving geven van hoe het wijkgezondheidscentrum een element van vernieuwing was.

### 2.3.1. NEDERLANDSE VOORBEELDFUNCTIE

In januari 1974 kreeg de Werkgroep, met de steun van de faculteitsraad, de kans om een studiereis te ondernemen naar Nederland. Daar maakten zij kennis met de eerstelijnsgezondheidszorg van onze burens, in het bijzonder met de werking van gezondheidscentra en groepspraktijken. Men bezocht gezondheidscentra in Osdorp, Amsterdam en Utrecht. Daarnaast had men ook een gesprek met dr. De Widt van het NHI Utrecht en de Werkgroep Eerste Lijn van de *'Kritiese Artsen'*.<sup>135</sup>

---

<sup>134</sup> FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan.', op. cit., p. 36.

<sup>135</sup> Verslagbundel Studiereis Amsterdam-Utrecht, eerste doctoraat geneeskunde, januari 1974.

Als verslaggever meldde De Maeseneer dat men heel wat informatie en literatuur had verzameld waarvan de Werkgroep dankbaar gebruik kon maken bij het opmaken van haar eindrapport. Ook hield de werkgroep enkele blijvende contacten over aan deze studiereis o.m. de brochures over gezondheidscentra van het NHI; het tijdschrift De Eerste Lijn. Uit deze contacten volgde een soort blauwdruk, die voor De Maeseneer de aanzet gaf tot het opstarten van het WGC Botermarkt.

### **3. WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE SLEEP**

#### **3.1. HISTORIEK**

In de nasleep van de woelige jaren zestig en geïnspireerd door de beweging Wereldscholen, poogden jonge artsen stapstenen te leggen naar een meer geïntegreerde huisartsgeneeskunde. Het Gentse wijkgezondheidscentrum 'De Sleep' leverde pionierswerk op dit gebied.

Het begon aan de Gentse universiteit met de oprichting van de Socio-Medicale Werkgroep. Als student geneeskunde maakte Ri De Ridder deel uit van deze groep. De moeilijke weg van de theorie naar de praktijk werd ingeslagen in de buurt van de Gentse Muide. In deze volkswijk groeiden verschillende alternatieve initiatieven beïnvloed vanuit het gedachtegoed van de Wereldscholen: een schooltje, het buurthuis van Mon Rosseel<sup>136</sup> en een wetswinkel. Tegen de verregerende, moedwillige verkrotting werden symbolische kraakacties gevoerd. Een sociale enquête trachtte te achterhalen hoe de wijk er nu precies uit zag. In die sfeer ontstond onder een kleine groep studenten geneeskunde het plan van een wijkgezondheidscentrum.

---

<sup>136</sup> Mon Rosseel maakte later naam met zijn theatergroep Mon en de vieze gasten.

De Sleep is ontstaan vanuit een zeventiental mensen die allen werkzaam waren in de eerstelijnsgezondheidszorg en dit in nauw contact met de bevolking. De stichters waren praktisch allemaal studenten in de geneeskunde, psychologie, maatschappelijk werk, logopedie en mensen uit het onderwijs.

Het plan kreeg vaste vorm toen De Ridder in 1976 zijn studies beëindigde. Men ging van start met een kleine groepspraktijk van twee dokters, na een jaar aangevuld met een maatschappelijk opbouwwerker. In het kader van de grote economische crisis van 1974, creëerde de toenmalig Minister van Tewerkstelling en Arbeid Guy Spitaels, het plan Spitaels. Deze maatregel gaf verenigingen zonder winstgevend doel de mogelijkheid om werklozen in dienst te nemen in een Bijzonder Tijdelijk Kader. Dankzij het Plan Spitaels kon men o.m. een maatschappelijk werker in dienst nemen.<sup>137</sup>

Geleidelijk aan werden contacten gelegd met een aantal organisaties die te maken hadden met sociale en medische dienstverlening (Wit-Geel-Kruis en het O.C.M.W.) Ondertussen werkten regelmatig stagairs en vrijwilligers mee in het centrum. Belangrijk om te weten is dat in de Muide het autochtone proletariaat langzamerhand plaats maakte voor migranten, vaak afkomstig uit Emirdag, een Turks gewest. Om doeltreffend als huisarts te kunnen optreden, leerden de artsen de Turkse taal. Mede onder invloed van deze initiatieven begon het stadsbestuur vanaf 1976 met een renovatiebeleid.

---

<sup>137</sup> Interview met dr. De Ridder, 13 maart 2010.

Wanneer De Sleep eenmaal ingeburgerd was, werden er tweemaandelijke informatieavonden georganiseerd. Vergelijkbaar met de Merelbeekse Patiëntenraad trachtte men aan patiëntenparticipatie te doen en aan sensibilisering inzake gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Deze informatieavonden waren bedoeld voor geïnteresseerden, wijkbewoners of patiënten. In de loop der jaren werden reeds verschillende werkwijzen gebruikt, aangepast aan o.a. leeftijdsgroepen (o.a. een initiatief van buurthulp voor bejaarden), Turkse of Vlaamse groepen.

Het wijkgezondheidscentrum zette diverse projecten op touw inzake gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Ondermeer naar migrantenvrouwen toe liep van '73 tot '83 het eerste zuigelingenproject.<sup>138</sup>

*'Wijkgezondheidscentra zijn geen oplossing voor wat de klassieke gezondheidszorg niet vermag. Wij willen geen nieuwe illusie zijn die de vorige vervangt. We hebben wel de pretentie om te proberen samen met de patiënten zicht te krijgen op wat er zoal komt kijken bij hun gezondheidsproblemen.'*<sup>139</sup>

Alle initiatieven vertrokken steeds vanuit de vraag van de wijkbewoners, patiënten of gezondheidswerkers en waren het resultaat van een samenspel van diverse meningen.

### **3.2. DOELSTELLINGEN**

Het wijkgezondheidscentrum De Sleep, gelegen in de Gentse kansarme wijk Sluizeke-Muide, ging op zoek naar vernieuwing in de eerstelijnsgezondheidszorg en dit met de bedoeling zowel de fysieke, de psychische als de sociale gezondheid van de wijkbevolking te verbeteren. Het wijkgezondheidscentrum ontstond uit de kritiek op de bestaande gezondheidszorg.

---

<sup>138</sup> '10 jaar De Sleep.', Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, 1986, p. 13-15.

<sup>139</sup> Toespraak dr. De Ridder op het feest 10 jaar De Sleep, In: '10 jaar De Sleep.', Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, 1986, p. 31.



De Sleep was geen doel op zich, maar een middel om de bestaande gezondheidszorg te veranderen:

*‘Wij willen niet alleen een alternatief uitbouwen, zodat de gezondheidszorg in onze wijk verandert, maar willen door de werking van de Sleep bewijzen dat de gezondheidszorg alleen anders moet en kan georganiseerd en uitgevoerd worden.’<sup>140</sup>*

Via de Werkgroep Gezondheidszorg, die deel uitmaakte van Wereldscholen, werd het wijkgezondheidscentrum als het middel naar voor geschoven om de toenmalige gezondheidszorg te veranderen. Men werkte vanuit een vijftal uitgangspunten. Vooreerst wilde ze de mens integraal benaderen. ‘Gezond zijn’ had volgens hen te maken met zich ‘gezond voelen’. Net als de pioniers van de groepspraktijken vonden zij dat gezondheid meer was dan over een optimale fysieke conditie te beschikken. Want zo stelden zij, de mens was niet op te splitsen in een lichamelijk deel (dat je meeneemt naar de arts), een psychisch deel (dat o.a. tot het veld van de psycholoog behoort) en een sociaal of cultureel deel. Daarom was een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Afhankelijk van de aard van het probleem werd er een team van hulpverleners gevormd. Gezamenlijk, met elk hun eigen expertise, zouden zij een op elkaar afgestemde aanpak vooropstellen.

Ten tweede wou men als wijkgezondheidscentrum komen tot patiëntenparticipatie. Ieder mens zou zijn gezondheid in eigen handen moeten nemen. Om zelf te kunnen bepalen wat je wel of niet wilt en op welke wijze dat dan wel moest, diende je op de hoogte te zijn van de mogelijkheden, de voor- en nadelen enz. Voorlichting was een belangrijke stap in die richting.

---

<sup>140</sup> Statuten De Sleep, In: Belgisch Staatsblad van 27 mei 1976.

Ten derde ging het wijkgezondheidscentrum er van uit dat men ook preventief te werk moest gaan. De oorzaken dienden aangepakt te worden wat niet onmiddellijk wou zeggen dat curatief werken minder belangrijk was. We kunnen in dit kader de gezondheidsvoorlichting en opvoedingsactiviteiten situeren.

Als vierde principe stelden deze pioniers dat gezondheid een zaak was van iedereen. Dit impliceerde dat het eigenlijk aan de patiënt was om het gezondheidsbeleid richting te geven i.p.v. de medische machten. Het aanbod van het wijkgezondheidscentrum werd bijgevolg afgestemd op de noden van de mensen.

Tot slot ijverde De Sleep voor een goedkope gezondheidszorg. Men vond gezondheidszorg een recht was en daarom dienden drempels van welke aard dan ook vermeden te worden. Vanuit die optiek werkte De Sleep aan terugbetalingstarieven en was het een vurig pleitbezorger van de forfaitaire geneeskunde.

## **4. WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE BOTERMARKT**

### **4.1. HISTORIEK**

Als geëngageerde student werkte De Maeseneer het concept van een multidisciplinair gezondheidsteam uit in diverse werkgroepen. De algemene doelstellingen zijn reeds terug te vinden in de bundel 'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen' van de Socio-Medicale Werkgroep. In zijn doctoraatsjaren (1973-1977) maakte De Maeseneer deel uit van de Werkgroep Wijkgezondheidscentrum. De inspiratietekst ontwikkeld door deze werkgroep diende als blauwdruk voor het WGC Botermarkt. Gedurende die periode had De Maeseneer via de Werkgroep Wijkgezondheidscentrum (1974-1975) reeds contact met studenten verpleegkunde en en maatschappelijk werk, waardoor het concept van multidisciplinaire gezondheidszorg steeds meer vorm kreeg. Tijdens stages in het Centre Médicale Norman Bethune (1973) en de groepspraktijk in Merelbeke (bij dr. De Meyere in 1977) deed hij verschillende indrukken op.

Centraal stond het streven naar kwaliteitsvolle (multidisciplinaire) gezondheidszorg, gericht naar de gemeenschap met aandacht voor lichamelijke en psychosociale aspecten en met de nadruk op patiëntenparticipatie.

Het centrum startte als solo-artsenpraktijk in '78. De eerste zes maanden was De Maeseneer alleen werkzaam als arts. Nadien vervoegde zijn echtgenote dokter De Winter de praktijk. In 1979 deed dr. Derese zijn intrede in de praktijk en in 1980 werd de eerste verpleegkundige aangeworven. Dankzij het plan Spitaels kon de Botermarkt een vijftal mensen aanwerven. Net als De Sleep maakt de Botermarkt gebruik van dergelijke tewerkstellingsprogramma's om nieuwe disciplines te integreren in het WGC.

Toen men in 1978 startte met het WGC Botermarkt was de buurt enorm gesegreerd. De wijk Ledeberg bestond voornamelijk uit kansarme autochtonen en de eerste generatie Maghrebijnen. Dit was niet vergelijkbaar met de huidige buurt die veel multicultureler is samengesteld. Net als de kansarme wijk Sluizeke-Muide leefde de bevolking in erbarmelijke omstandigheden, op dat moment was er nauwelijks enige georganiseerde dienstverlening aanwezig in Ledeberg. In 1977 vond er een fusie plaats tussen Ledeberg en de stad Gent, vanwege de schuldenlast van Ledeberg zonder veel problemen door de wijk geaccepteerd. Beleidsmatig had Ledeberg dus niet veel meer in de pap te brokken, zo verdween o.a. het O.C.M.W. van Ledeberg waardoor er in Ledeberg het gevoel ontstond dat zij in de steek gelaten werden door de stad Gent.

Eind jaren '70 woonden er in Ledeberg op een vierkante kilometer toch meer dan 8000 mensen en was het een zeer geconcentreerde wijk qua bevolkingsdichtheid. Op dat moment was het wijkgezondheidscentrum De Botermarkt de enige gestructureerde instelling waar b.v. maatschappelijk werk aanwezig was. Al snel ontwikkelde men initiatieven waarbij men intersectoraal te werk ging qua gezondheidszorg. De Botermarkt ondersteunde de bewonersvergadering bij de wederaanleg van de Binnenweg en richtte in '83 de Werkgroep Verkeersveiligheid op.

In het begin werd door andere artsen van op een afstand gekeken naar het WGC voornamelijk omdat men werkte aan terugbetalingstarieven, wat niet zo evident was. Dus was er nogal wat wantrouwen. Dat uitte zich in een aantal moeilijkheden qua samenwerking. Maar geleidelijk aan heeft het WGC zich toch steeds proberen inschakelen in een aantal lokale initiatieven o.a. in de wachtdiensten. In de jaren tachtig is dan het project 'Samenwerken aan Gezondheid' ontstaan waar men specifiek buurtgericht ging werken aan gezondheid en gezondheidsbevordering.

In afwachting van het forfaitaire betalingssysteem haalde de Botermarkt de eerste jaren haar inkomsten uit prestaties aan terugbetalingstarief. Alle inkomsten werden verzameld in een centrale kas waaruit lonen en werkingskosten werden betaald. Het wijkgezondheidscentrum Botermarkt slaagde er vrij snel in om een vzw op te richten waar alle medewerkers in loondienst werkten. Op deze manier waren er weinig loonverschillen tussen de verschillende zorgverstrekkers. Dit was in de collectieve geest van Mei '68 een maatschappelijke vernieuwing.

## **4.2. DOELSTELLINGEN**

In Gent bestaat een lange traditie van samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere disciplines. Een wijkgezondheidscentrum wil laagdrempelige gezondheidszorg aanbieden aan wijkbewoners en meewerken aan en uitvoeren van gezondheidsbevorderende acties gericht op de wijk. De Botermarkt was reeds van in de beginjaren bezig met 'Community Oriented Primary Care' en werkte samen met lokale actoren zoals jeugdbewegingen en scholen. Om te kijken naar de achterliggende oorzaken van ziekten en op die manier preventie en 'empowerment' te bevorderen. Men trachtte dus niet alleen mensen op te lappen maar ook de grond van het probleem aan te pakken door preventief te werk te gaan. De Maeseneer ging ervan uit dat eerstelijnszorg verbonden moest worden met initiatieven van sociale participatie en empowerment. Gezondheidszorg mocht niet louter curatief zijn maar moest ook preventief werken, waarbij vooral de maatschappelijke context van belang was.

Verder trachtten zij integrale eerstelijnsgezondheidszorg te realiseren, waarbij de bevolking direct toegang had tot elke gezondheidswerker, met ruimte voor continue hulpverlening betreffende lichamelijke, psychische en sociale problemen. Dus net als andere pioniers als GVHV, de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting en WGC De Sleep, vond men het inwerken op de sociaaleconomische determinanten belangrijker dan de medisch-technische vooruitgang.

Vanuit die optiek zette de Botermarkt preventieve acties op om te werken aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, waarbij bijzondere aandacht werd besteed aan de maatschappelijke dimensie van ziekte en gezondheid. Daarbij aansluitend was het stimuleren van de zelfzorg en mantelzorg bij de bevolking zeer belangrijk. Onder zelfzorg verstond men de zorg voor de gezondheid die door de patiënt zelf wordt opgenomen. Onder mantelzorg verstond men de zorg die door de onmiddellijke omgeving wordt verstrekt (gezinsleden, burens,...).

Het bevorderen van participatie van de bevolking in het lokale gezondheidsbeleid en in wijkgezondheidscentra was een noodzakelijke doelstelling. Dergelijke vorm van patiëntenparticipatie vonden we reeds terug in het gedachtegoed van de werkgroep Gezondheidsvoorlichting die aan de wieg stond van de Merelbeekse patiëntenraad. Via dergelijke vormen van participatie kon men de ziekmakende factoren (woon-, leef- en werkomstandigheden) in de wijk registeren en signaleren. Naast toegankelijkheid, waarbij men openstond voor iedereen ongeacht zijn/haar culturele, sociale of politieke achtergrond, werkte de Botermarkt ook aan manieren om patiënten en wijkbewoners te betrekken bij haar werking.

Om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te vergemakkelijken koos ook dit wijkgezondheidscentrum ervoor om te werken met het forfaitair betalingssysteem (vanaf 1995). Via dit systeem trachtte zij om de financiële drempel weg te nemen die de toegang van het centrum zou kunnen verminderen.

## **5. HINDERNISSEN**

Bij het doormaken van de experimentele fase werden wijkgezondheidscentra geconfronteerd met talrijke hindernissen. Deze situeren zich op verschillende niveaus.

### **5.1. FINANCIERINGSWIJZE**

De inkomsten van het WGC Botermarkt kwamen in de beginjaren vooral uit de geïnde medische erelonen (alle prestaties werden aan terugbetalingstarief verstrekt, wat betekende dat de patiënt geen remgeld betaalt). Men verzamelde alle inkomsten in een gemeenschappelijke pot waaruit nadien de onkosten en lonen werden betaald. Het wijkgezondheidscentrum koos voor een forfaitaire betaling omdat de betaling per prestatie volgens hen een rem legt op de verdere ontwikkeling van het centrum. De betaling per prestatie verhindert het uitbreiden van de multidisciplinaire hulpverlening, want dit systeem voorziet geen geld voor o.a. maatschappelijke werkers of diëtisten. Betaling per prestatie remt de ontwikkeling van voorlichting en zelfhulp. Voor het wijkgezondheidscentrum was de realisatie van een adequate forfaitaire betaling voor multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidsteams een noodzakelijke voorwaarde.

Sinds 1978 ijverde de Vlaamse Vereniging voor Forfaitaire Geneeskunde, waarbinnen WGC Botermarkt en De Sleep steeds actief zijn geweest, voor een forfaitaire betaling van gezondheidswerkers. In de toenmalige wetgeving voorzag de wet op de ziekteverzekering (1964) de mogelijkheid tot forfaitaire vergoeding in artikel 34 ter. Deze wettelijke bepaling werd nooit in de praktijk gebracht voor de eerste lijn. Binnen V.V.F.G. werd een wetsvoorstel voorbereid om de forfaitaire betalingswijze van wijkgezondheidscentra mogelijk te maken. Daarnaast werd gezocht naar andere wegen om forfaitaire betaling op korte termijn mogelijk te maken.

De poging om een forfait voor WGC te realiseren verliep dus op twee fronten:

-Een wetsvoorstel van Lode Hancké (SP). Dit voorstel werd op 15 maart 1983 door de Senaatscommissie voor Sociale aangelegenheden verworpen.

-Een aanvraag bij het Beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV om een reglement voor forfaitaire betaling op te stellen. Op 26 juli 1982 werd dit reglement goedgekeurd.

De V.V.F.G. formuleerde een aantal bezwaren tegen dit reglement, onder meer de verplichte inschrijving waarbij de patiënt geen terugbetaling meer bekommt wanneer hij een andere arts zou consulteren. De voorvechters van het forfaitair systeem achtten deze regelgeving discriminerend ten aanzien van de prestatiegeneskunde.<sup>141</sup>

#### 5.1.1. DE FILOSOFIE ACHTER HET FORFAITAIRE BETALINGSYSTEEM

Men kan de filosofie achter het forfaitair betalingssysteem het best omschrijven met de slogan 'Betaling per prestatie heeft belang bij ziekte, forfaitaire betaling heeft belang bij gezondheid.' Concreet betekende dit allereerst dat het stimuleren van zelfhulp niet financieel mocht worden afgestraft. Ten tweede betekende dit, dat de preventie en gezondheidsvoorlichting ook financieel-economisch interessant werd, in die mate dat dit bijdroeg tot een afname van het zorggebruik. Ten derde dat de onderlinge werkverdeling kon gebeuren zonder rekening te moeten houden met o.a. verschillen in terugbetaling voor prestaties van artsen en verpleegkundigen. Tot slot zou volgens het V.V.F.G. het forfaitair betalingssysteem groepsgeneeskunde alleen maar vergemakkelijken.<sup>142</sup> Daarbij benadrukten zij dat er voor de patiënt geen remgeld was, iets wat niet onbelangrijk was in volle crisistijd.

---

<sup>141</sup> Discussienota: een forfaitaire betaling in het WGC Botermarkt?, 1984, p. 1.

<sup>142</sup> Discussienota: een forfaitaire betaling in het WGC Botermarkt?, 1984, p. 2.

Tevens geeft inschrijving een totaal nieuwe relatie tussen het hulpverleningsteam en de sociaal-verzekerde, want inschrijving betekent een wederzijds engagement.<sup>143</sup> De betaling per prestatie daarentegen zette een rem op de verdere ontwikkeling van wijkgezondheidscentra. Want het accent lag alleen op technische prestaties terwijl er geen aandacht was voor psychosociale aspecten. In Vlaanderen waren De Ridder en De Maeseneer de gangmakers van het forfaitair systeem. De V.V.F.G. trachtte op deze manier een interdisciplinair karakter te geven aan de zorgverstrekking. Zij waren van mening dat dit alternatief betalingssysteem de financiële drempel voor de toegang tot de gezondheidszorg zou verlagen.

De Sleep was het eerste WGC om het forfaitair betalingssysteem in te voeren in 1994. Gevolgd door twee andere wijkgezondheidscentra waaronder het WGC Botermarkt. Langs Franstalige kant waren de Maisons Médicales zoals het huis Bautista Van Schouwen in Seraing de gangmakers.

De lange weg die het forfaitair betalingsstelsel heeft afgelegd - vanaf het ontstaan van het idee ten tijde van het studieadviescentrum de G.E.R.M. en diverse werkgroepen; langs het lobbywerk van de V.V.F.G. begin jaren zeventig; het wettelijke kader in de jaren tachtig tot de feitelijke implementatie in 1994 - biedt op zichzelf stof genoeg voor een scriptie.

Vast staat dat het forfaitair betalingsstelsel één van de belangrijke steunpilaren is voor wijkgezondheidscentra. Voorstanders stellen dat dit betalingssysteem drempelverlagend werkt waardoor iedere burger ongeacht diens socio-culturele achtergrond van optimale gezondheidszorg kan genieten.

---

<sup>143</sup> DE MAESENEER (J.), 'Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt te Gent.', In: Eerstelijnsgezondheidszorg in België - 29 ervaringen.', Symposium Koning Boudewijnstichting, 28-29 januari 1982, Brussel, p. 49.



## 5.2. INSTITUTIONELE HINDERNISSEN

Opvallend was het gebrek aan belangstelling bij de overheid voor vernieuwende initiatieven qua eerstelijnsgezondheidszorg. Op beleidsniveau ontbrak overigens de term *eerste lijn*. De expansie van de tweede en de derde lijn contrasteerde met de schaarse middelen die de eerstelijnsgezondheidszorg werden toebedeeld. De verklaring van de Wereld Gezondheid Organisatie te Alma Ata in 1978, die overigens door de Belgische regering ondertekend werd, bleef dode letter voor het nationaal gezondheidsbeleid. Samenwerking vraagt ondersteuning vanwege de overheid. Zo was er de vraag om meer contacten te leggen met de basisinitiatieven en deze op een selectieve wijze te stimuleren. Voor dergelijke experimenten was er weinig of geen planmatige aanpak en ondersteuning voorzien vanuit het nationaal beleid.<sup>144</sup>

Wel was er een eerste aanzet tot subsidiëring door de regionale overheid.<sup>145</sup> In dit verband kan gewezen worden naar het initiatief van Vlaams Minister van Gezondheidsbeleid De Wulf (SP). Om op regionaal niveau een adviesgroep voor eerstelijnsgezondheidszorg op te richten.

### 5.2.1. DE ORDE DER GENEESHEREN

Verder betekende het bestaan van de Orde der Geneesheren voor de pioniers een rem op de verdere ontwikkeling van samenwerkingsverbanden. De Orde was tegen het forfaitaire betalingssysteem. Zo stond in artikel 81 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer te lezen: *'Elke ereloonsverdeling tussen geneesheren en niet-geneesheren is verboden.'*<sup>146</sup>

---

<sup>144</sup> SMET (M.), 'Samenwerking tussen huisartsen onderling.', In: Huisarts Nu, 1984, Nr. 5, p. 183.

<sup>145</sup> DE MAESENEER (J.), 'Eerstelijnsgezondheidszorg: van Alma Ata tot in de buurt.', In: Huisarts Nu, 1984, Nr. 5, p. 192.

<sup>146</sup> DE MAESENEER (J.), 'Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt vzw, Gent-Ledeberg.', op. cit., p. 49.

In 1980 sloten de artsen van de Botermarkt zich aan bij de Actie Orde Vlaanderen. Dit betekende dat zij vanaf dat moment weigerden hun verplichte lidgeld aan de Orde te betalen. Aanleiding tot deze actie<sup>147</sup> – waaraan meer dan 300 artsen deelnamen – was de morele goedkeuring door de Orde van de artsenstaking die begon rond de kerstdagen van 1979 en eindigde januari 1980.

Het WGC Botermarkt opteerde voor de afschaffing van de Orde der Geneesheren en de oprichting van een Hoge Raad voor Medische Ethiek waarin naast gezondheidswerkers ook ethici, juristen en vertegenwoordigers van de bevolking zetelden. De rechtspraak van de Orde diende worden overgeheveld naar gewone rechtbanken. Vanwege hun protest werden de artsen van de WGC Botermarkt en De Sleep eind augustus 1981 door de Orde voor de vrederechter gedaagd.<sup>148</sup>

### **5.3. ORGANISATORISCHE HINDERNISSEN**

De ontwikkeling van de eerste lijn volgens het vrije marktsysteem leidde tot een ongecoördineerd aanbod van voorzieningen die vaak concurrentieel tegenover elkaar stonden. Dit maakte van het opzetten van gestructureerde samenwerkingsverbanden geen eenvoudige opgave. Verder verhinderde het ontbreken van taakomschrijvingen en terreinafbakening tussen de verschillende disciplines een vlotte samenwerking.<sup>149</sup>

---

<sup>147</sup> Artsen die deel uitmaakten van de niet-betalers vereniging Actie Orde waren o.m. Marc De Meyere, Karel Vuylsteek, Marleen Temmerman, Ri De Ridder en Peter Piot.

<sup>148</sup> Jaarverslag Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1981, p. 13.

<sup>149</sup> DE MAESENEER (J.), 'Eerstelijnsgezondheidszorg: van Alma Ata tot in de buurt.', art. cit., p. 192.

#### 5.4. SOCIO-CULTURELE HINDERNISSEN

Aan de zijde van de hulpverleners bleken attitudes als paternalisme, concurrentiegeest en individualisme, een multidisciplinaire samenwerking te bemoeilijken. Samenwerking in een team beïnvloedt het functioneren van de arts grondig. Het voortdurend ter discussie stellen van het eigen functioneren bleek vaak moeilijk.

Medisch socioloog Freidson spreekt van de medische professie.<sup>150</sup> Hij beschouwt een professie als een beroep dat een dominante positie in de arbeidsverdeling heeft verworven, zodat zij de inhoud van haar eigen werkzaamheden kan bepalen. In tegenstelling tot de meeste beroepen is een professie autonoom en legt zij zichzelf regels op. Door de komst van multidisciplinaire samenwerkingsvormen vreesde de van nature solo-arts voor zijn autonomie en de daaraan verbonden machtsfactor.

De hulpvragers, de bevolking, stonden eveneens wantrouwig ten aanzien van samenwerkingsvormen. Zij vreesden dat hun persoonlijke relatie met hun arts verloren zou gaan. De bevolking hield lange tijd vast aan het zogenaamde *colloque singulier*, de unieke relatie van *gij-zijt-mijn-docteur* waarbij de patiënt bewust voor een huisarts kiest vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie.

Tot slot werkte de vergevorderde verzuiling van de dienstverlening binnen o.m. thuisverpleging en maatschappelijk werk bijzonder remmend. Van elke soort dienstverlening bestaat een christelijke, socialistische en liberale variant. Samenwerkingsverbanden waren dus erg omslachtig en tijdrovend.

---

<sup>150</sup> FREIDSON (E.), 'Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge.', United States of America, Dodd Mead & Company Inc., 1970, p. 409.

Door verzuiling en bijgevolg centralisatie in grote blokken van welzijnsvoorzieningen kwam de dienstverlening steeds verder af te staan van de bevolking.<sup>151</sup> Wijkgezondheidscentra als De Sleep en Botermarkt ijverden voor meer pluralisme.

## **5.5. VORMING VAN DE GEZONDHEIDSWERKERS**

De opleiding bereidde hulpverleners, artsen in het bijzonder, niet voor op een integrale aanpak van problemen. Samenwerking d.m.v. overleg met collega's en paramedici kreeg onvoldoende aandacht. Binnen de opleiding werd er al te veel de nadruk gelegd op concurrentiegeest en individualisme, dit in een periode waarin de specialismen hoogtij vierden. Daarnaast creëerde het verschil in opleidingsniveau onder de hulpverleners hiërarchische verhoudingen, die slechts doorbroken konden worden wanneer men in groep ging werken.

## **5.6. JURIDISCHE HINDERNISSEN**

Het ontbreken van aangepaste juridische structuren vormde diverse hindernissen voor zowel groepspraktijken als wijkgezondheidscentra. Ondermeer het gebrek aan een wettelijke regelgeving m.b.t. het medisch beroepsgeheim of het medisch dossier, hield multidisciplinaire samenwerking tegen.<sup>152</sup>

Daarnaast waren er de wettelijke en deontologische opvattingen zoals gehanteerd in de tuchtrechtspraak van de Orde der Geneesheren, welke een rem zetten op samenwerking. Denk aan de veroordeling van diverse pioniers omwille van het feit dat het in België niet toegelaten is om honoraria te verdelen tussen artsen en paramedici.<sup>153</sup>

---

<sup>151</sup> DE MAESENEER (J.), 'Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt vzw, Gent-Ledeberg.', p. 50.

<sup>152</sup> SMET (M.) & NUYENS (Y.), 'Eerstelijns in Vlaanderen. Vernieuwing en samenwerking na Alma Ata.', op. cit., pp. 238-244.

<sup>153</sup> DE MAESENEER (J.), 'Eerstelijnsgezondheidszorg: van Alma Ata tot in de buurt.', p. 192.

Het mag duidelijk zijn dat er in de beginperiode van de groepsgeneeskunde nog heel wat werk moest verricht worden en hindernissen getrotseerd moesten worden. De invoering van het forfaitair betalingsstelsel heeft enkele decennia in beslag genomen, alvorens het in de praktijk kon gebracht worden. De conclusie is dat na 30 jaar er nog steeds geen wettelijke basis is voor de erkenning van wijkgezondheidscentra. Zij blijven ijveren voor een wettelijk statuut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg b.v. via een decretale erkenning.

## **BESLUIT**

De pioniers van wijkgezondheidscentra trachtten op een nieuwe manier aan geneeskunde te doen. In wijkgezondheidscentra deed men aan eerstelijns hulpverlening die aan de behoeften van de plaatselijke bevolking beantwoordde. De toenmalige, weliswaar historisch gegroeide, kunstmatige onderverdeling tussen de strikt medische, culturele en welzijnssector maakte een goede aansluiting van het aanbod op de vraag en vice versa onmogelijk.

Binnen diverse, socio-medicalen werkgroepen aan de Gentse faculteit geneeskunde voelde men stilaan de noodzaak om via de huisartsgeneeskunde terreinen die in de verdrukking bleven te herwaarderen. In dergelijke werkgroepen besteedden studenten aandacht aan niet-medische zorg, mantel- en zelfzorg in het licht van basisbewegingen als Wereldscholen.

Wereldscholen was de katalysator van dergelijk progressief gedachtegoed. In 1978 vond er een groot congres van Wereldscholen plaats, deze sociale pressiegroep was de organisatorische drager van ideeën uit de studentenwereld.

Binnen de hervormingsbeweging van Ulburghs, was er de Werkgroep Gezondheidszorg, waarvan de pioniers De Ridder en De Maeseneer deel uitmaakten. Wijkgezondheidscentra focusten zich vooral op kansarmoede en opteerden voor een geïntegreerde aanpak door samen te werken met andere zorgverleners als psychologen, sociaal verpleegkundigen, diëtisten, kinesisten,...

In groepspraktijken lag de focus vooral op kwaliteitsvolle geneeskunde naar de patiënt toe, d.m.v. monodisciplinaire samenwerkingsverbanden en patiëntenparticipatie. Wijkgezondheidscentra zagen het veel breder en streefden naar eerstelijnsgezondheidszorg afgestemd op de specifieke noden van o.a. kansarme bevolkingsgroepen. Opdat de gezondheidszorg niet zou vervreemden van dergelijke bevolkingsgroepen, achtten pioniers als De Ridder en De Maeseneer werken op kleine schaal noodzakelijk. Het gaf hen de kans om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de vinger aan de pols te houden in kansarme wijken.

De pioniers van De Sleep en Botermarkt gingen, net als de G.E.R.M., uit van een integrale benadering van de mens. Gezondheid had te maken met zich goed voelen, zowel individueel (lichamelijk psychisch, materieel,...); als in gemeenschap, in zijn buurt en zijn omgeving, in de maatschappij... Door in een multidisciplinair teamverband te werken, kon men diverse oorzaken van ziektesymptomen aanpakken. Hiervoor was preventief werken nodig, naast het curatief werk.

Vergelijkbaar met de Patiëntenraad Merelbeke hechtten WGC enorm veel belang aan de participatie van de plaatselijke bevolking. Voor hen ging het om het veroveren van een nieuw stuk gezondheid, dat opgewassen was tegen de ziekmakende processen in de samenleving. De belangrijkste voorwaarde hiervoor was emancipatie en het ontwikkelen van mondigheid. Op deze manier kon de bevolking trachten invloed uit te oefenen op het gezondheidsbeleid; opdat niet allerlei politieke economische belangen (bijvoorbeeld die van de zuilen of van de farmaceutische firma's) de bovenhand zouden hebben op het belang van de bevolking in het algemeen en individueel bij het bepalen van gezondheid en beleid.

Omdat zij betaalbare gezondheidszorg als een recht beschouwden, streden De Ridder en De Maeseneer in de V.V.F.G. voor de wettelijke erkenning van het forfaitair betalingssysteem. Een strijd die enkele decennia heeft geduurd, maar in 1994 tot implementatie in de praktijk leidde.

## ALGEMEEN BESLUIT

Dit onderzoek trachtte de ontstaansgeschiedenis van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra in kaart te brengen. De mentaliteitsverandering onder de jonge generatie artsen, die aan de basis lag van (multi)disciplinaire groepspraktijken, was een typisch product van de jaren zestig en zeventig. De Vlaamse pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra geloofden in de maakbaarheid en dus de verbetering van de maatschappij, in het bijzonder de hervorming van de gezondheidszorg.

Mede door de artsenstaking van 1964 stond er een nieuwe generatie huisartsen op die wilde afstappen van het conservatieve, bevoogdende imago van 'Meneer Dokter'. Vanuit hun sociale reflex pleitte deze pioniers voor meer samenwerking, coördinatie en integratie tussen diverse vormen van hulpverlening op de eerste lijn om zo meer structuur te krijgen in de eerstelijnsgezondheidszorg, de natuurlijke habitat van de huisarts.

Verenigingen als de WVVH en de G.E.R.M. oefenden een grote invloed uit op de hervorming van de gezondheidszorg. De WVVH stond aan de wieg van de disciplinevorming van de huisartsgeneeskunde. De G.E.R.M. zorgde voor de introductie van concepten als groepspraktijken en wijkgezondheidscentra in België. Ondermeer dr. Van Leuven, de geestelijke vader van het Medisch Huis Merelbeke, vond binnen de studieadviesgroep G.E.R.M. vele gelijkgestemde zielen wanneer het ging om de hervorming van de gezondheidszorg. Van Leuven richtte begin jaren zeventig de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting op naar het voorbeeld van de G.E.R.M. Dergelijke hervormingsgezinde verenigingen waren een doorn in het oog van het conservatieve machtsorgaan, de Orde der Geneesheren.

In Nederland stonden de vakbladen als sinds begin jaren zestig vol met beschouwingen over groepspraktijken, wijkgezondheidscentra, samenwerking van huisarts met maatschappelijk werk, wijkverpleging, psycholoog, enz.

België kende pas begin jaren zeventig enkele experimenten rond groepsgeneeskunde. Met betrekking tot de ontstaansgeschiedenis van groepspraktijken vallen er twee opvallende zaken waar te nemen. In de eerste plaats kwamen reorganisatievoorstellen m.b.t. de gezondheidszorg altijd van de huisarts, die een web van voorzieningen wou samenbrengen. Een tweede opvallende zaak was de sterk uiteenlopende doelstellingen waarop groepspraktijken geschraagd waren.

Zo waren er doelstellingen van structurele aard omwille van geringe vrije tijd, en omwille van de spanning van het vrije ondernemerschap zocht men een andere organisatievorm die een fijner en vrijer leven kon bieden. Meer mogelijkheden voor bijscholing, studie, geringe specialisatie en professioneel overleg vormden het motief bij uitstek voor de Maldegemse pioniers.

Een tweede soort doelstelling had te maken met de veranderende aard van de aangeboden klachten. Voorbijgaand aan de vraag naar de realiteitswaarde van de notie psychosociale problemen, kan gesteld worden dat de huisarts te maken kreeg met een klachtenpatroon waarvoor hij onvoldoende deskundigheid vertoonde. Het was dr. Van Leuvens (Medisch Huis Merelbeke) oorspronkelijke intentie om d.m.v. groepsgeneeskunde aansluiting en medewerking te zoeken bij collega's en deskundigen, om via overleg oplossingen te vinden voor het veranderende klachtenpatroon.

De overtuiging dat ziekten en gezondheidsstoornissen voor een belangrijk deel een gemeenschappelijke oorzaak in de samenleving kennen, bood een laatste maar eerder uitzonderlijke doelstelling voor verandering in de eerste lijn. Volgens de dokters Leyers en Merckx van GVHV waren ziekteoorzaken te lokaliseren in de manier van leven, wonen en werken. Oplossingen waren alleen mogelijk door politieke actie, waardoor aansluiting bij AMADA later PVDA, noodzakelijk werd geacht.

Zowel GVHV als de drie dokters van het Medisch Huis Merelbeke kwamen in aanvaring met de Orde der Geneesheren, waarbinnen het artsensyndicaat van dr. Wynen de plak zwaaide. Beiden werden aangeklaagd en geschorst door de Orde.



De hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg was/is een vrij omvangrijke en ingewikkelde opgave. In Vlaanderen proberen sinds begin jaren zeventig een aantal basisgroepen een nieuw antwoord te realiseren op de veranderende behoeften van de maatschappij. Wijkgezondheidscentra maken deel uit van deze basisgroepen. De eerste WGC zijn ontstaan in het kielzog van Wereldscholen, een nieuwe sociale beweging. In tegenstelling tot de meer bekende nieuwe sociale bewegingen, zoals de homo- en lesbiennebeweging, de vredesbeweging en de groene beweging is deze beweging er niet in geslaagd om geïnstitutionaliseerd te worden in het Belgische politieke bestel. Naast WGC als De Sleep en Botermarkt zijn Geneeskunde voor het Volk Hoboken, de groepspraktijken Maldegem en Merelbeke en de Patiëntenraden Merelbeke allemaal voorbeelden van een poging om een alternatief uit te tekenen voor een vastgelopen gezondheidssysteem.

Na het bestuderen van deze verschillende progressieve groepen vallen binnen de grote verscheidenheid van accenten een aantal gemeenschappelijke kenmerken op:

- Een patiëntgerichte opstelling met soms formele participatie van de patiënt in het beleid van de lokale voorziening. Denk aan de Patiëntenraad Merelbeke als één van de initiatieven van dr. Van Leuven en de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting;
- Een duidelijke maatschappelijke benadering van de gezondheidsproblematiek (maatschappelijke oorzaken van ziekte worden als belangrijk gezien) en in enkele gevallen een duidelijk politiek geëngageerde opstelling;
- Het initiatief gaat uit van een groep gezondheidswerkers voornamelijk artsen.
- Naast het verzorgen van zieken, wordt veel aandacht besteed aan preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- De teams bestaan o.a. uit huisartsen, wijkverpleegkundigen, kinesisten, maatschappelijke assistenten, diëtisten, etc.;
- De doelstelling van wijkgezondheidscentra is om zoveel mogelijk patiënten thuis te verzorgen in hun vertrouwde milieu.

Uit mijn onderzoek kwamen echter elementen naar boven die bij mij enkele vragen oproepen. Zo kwam ik tot de vaststelling dat de artsen Van Leuven, Van Werveke en De Meyere in vergelijking met de dokters Merckx en Leyers van GVHV Hoboken zwaarder bestraft werden door de Orde der Geneesheren. De Merelbeekse dokters werden veertien dagen geschorst i.t.t. de AMADA-dokters, die slechts acht dagen schorsing kregen opgelegd. Beiden werden ondermeer aangeklaagd voor het werken aan terugbetalingstarieven wat beschouwd werd als oneerlijke concurrentie. Van Leuven en De Meyere werkten slechts tijdelijk aan terugbetalingstarieven in afwachting op een alternatief betalingssysteem zoals het forfaitair betalingsstelsel. Leyers en Merckx daarentegen bleven volharden in hun verzet tegen de Orde en werkten vanuit politiek ideologisch standpunt aan terugbetalingstarieven.

Deze constatacie deed volgende onderzoeksvragen rijzen: Waarom werden deze Merelbeekse artsen zwaarder bestraft door Wynen cum suis? Waarom werden Van Leuven en De Meyere als gevaarlijker beschouwd dan de 'revolutionairen' Merckx en Leyers, die een openlijk politiek betoog voerden? Hoe belangrijk was de rol van de G.E.R.M. bij de houding van de Orde ten aanzien van de Merelbeekse dokters? Deze en volgende elementen dienen verder onderzocht te worden. Bij mijn onderzoek van wijkgezondheidscentra dook opnieuw de conservatieve houding van de Orde der Geneesheren op. Deze maal stootten Ri De Ridder en Jan De Maeseneer, pioniers van de eerste Vlaamse wijkgezondheidscentra de Orde tegen de borst bij hun strijd voor de wettelijke bepaling van het forfaitair betalingsstelsel. Verder onderzoek naar de houding van de Orde der Geneesheren ten aanzien van progressieve hervormingsvoorstellen in zake gezondheidszorg zal ongetwijfeld een antwoord geven op bovenstaande onderzoeksvragen.

Het feit dat de Orde der Geneesheren tegelijk wetgever, rechter en partij is, verklaart gedeeltelijk waarom groepspraktijken en wijkgezondheidscentra zo'n moeilijke start hebben gekend.

In tegenstelling tot de pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra stelt de Orde de nood aan een kwaliteitsvolle geneeskunde en de sociale rol van de arts niet centraal.

## GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AMADA	Alle Macht aan de Arbeiders
F.G.W.O.	Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek
G.E.R.M.	Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine
GVHV	Geneeskunde voor het Volk
I.V.P.G.	Initiatiefvereniging voor een Progressief Gezondheidsbeleid
K.U.Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NHI	Nederlands Huisartsen Instituut (Utrecht – Nederland)
NHS	National Health Service (Groot Brittannië)
NVSM	Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten
PVDA	Partij van de Arbeid
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering
RUG	Rijksuniversiteit Gent
RUU	Rijksuniversiteit Utrecht
S.A.G.H.	Studie Adviesgroep voor Groepspraktijken Huisartsen
S.A.H.G.	Studie en Adviesgroep voor een Hervorming van de Gezondheidszorg
SK	Syndicale Kamers der geneesheren
SMW	Socio Medicale Werkgroep
ULB	l'Université Libre de Bruxelles
V.U.B.	Vrije Universiteit Brussel
V.V.F.G.	Vlaamse Vereniging voor Forfaitaire Geneeskunde
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WGV	Werkgroep Gezondheidsvoorlichting.
WVVH	Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen.
ZIV	Ziekte en invaliditeitsverzekering

# BIBLIOGRAFIE

## 1. BRONNEN

### 1.1. MONDELINGE BRONNEN

#### INTERVIEWS

-Interview met dr. Frans Van Leuven en dr. Sylvia Van Werveke, op 28 april 2010. Transcriptie in eigen bezit.

-Interview met dr. Frans Van Leuven en dr. Sylvia Van Werveke, op 4 mei 2010. Transcriptie in eigen bezit.

-Interview met Prof. dr. Jan De Maeseneer, op 15 maart 2010. Geluidsopname in eigen bezit.

-Interview met Prof. dr. Jan De Maeseneer, op 29 maart 2010. Geluidsopname in eigen bezit.

-Interview met Prof. dr. Jan Heyrman, op 4 maart 2010. Geluidsopname in eigen bezit.

-Interview met dr. Kris Merckx, op 11 maart 2010. Geluidsopname in eigen bezit.

-Interview met Prof. dr. Marc De Meyere, op 21 november 2009. Geluidsopname in eigen bezit.

-Interview met dr. Ri De Ridder, op 13 maart 2010. Geluidsopname in eigen bezit.

## 1.2. GESCHREVEN BRONNEN

### 1.2.1. ONUITGEGEVEN BRONNEN

#### *PRIVAAT ARCHIEF PROF. DR. JAN DE MAESENEER*

-Socio-Medicale Werkgroep, 'Avonturen van dokter Kildor in het vrije Westen.', 1970, p. 1.

-Verslagbundel Studiereis Amsterdam-Utrecht, eerste doktoraat geneeskunde, januari 1974.

-Jaarverslag Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1981, p. 13.

-Discussienota: een forfaitaire betaling in het WGC Botermarkt?, 1984, p. 1.

#### *PRIVAAT ARCHIEF PROF. DR. MARC DE MEYERE*

-Basismanifest Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, september 1972, p. 10.

-Open brief aan de Patiëntenraad Merelbeke, 12 oktober 1973.

-Tijdschrift GEZOND, Patiëntenraad Merelbeke, januari 1973, 1, Nr. 2, p. 6.

-Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1973, 1, Nr. 2, p. 10.

#### *PRIVAAT ARCHIEF DR. RI DE RIDDER*

-Verslag vergadering Wereldscholen, Werkgroep Gezondheidszorg, 1 februari 1976.

-'Democratisch Basissocialisme.', In: Kongresboek Wereldscholen-CVA Zolder, 5 oktober 1975, p. 1.

- Voorwoord Jef Ulburghs, In: '10 jaar De Sleep.', 1986, Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, p. 2.

-Toespraak dr. De Ridder op het feest 10 jaar De Sleep, In: '10 jaar De Sleep.', 1986, Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, p. 31.

- '10 jaar De Sleep.', 1986, Wijkgezondheidscentrum De Sleep vzw, pp. 13-15.

- 'De Orde der Geneesheren en de code van de medische plichtsleer.', In: Tijdschrift Werkgroep Gezondheidsvoorlichting, januari 1975, 3, Nr. 1.

### 1.2.2. UITGEGEVEN BRONNEN

BUMA (J.T.), 'Enkele beschouwingen over groepspraktijken.', In: Huisarts & Wetenschap, 1960, Nr. 4, pp. 298-302.

DE MAESENEER (J.), 'Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt te Gent.', In: Eerstelijnsgezondheidszorg in België - 29 ervaringen.', Symposium Koning Boudewijnstichting, 28-29 januari 1982, Brussel, pp. 49-50.

DE MAESENEER (J.), 'Eerstelijnsgezondheidszorg: van Alma Ata tot in de buurt.', In: Huisarts Nu, 1984, Nr. 5, p. 192.

DOKTER (H.J.), 'Tot een hoeksteen: over de toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen en buiten de medische faculteit.', Amsterdam, De Erven Bohn BV, 1973, pp. 6-7, 12-14.

G.E.R.M. (red.), 'Les reformes que necessite la promotion des centres de sante integres.', In: 'Journées de discussion sur le centre de sante integre.', 1975, Brussel, G.E.R.M., pp. 171-181.

HUYGEN (F.J.A.), 'De huisarts en de wetenschap', In: Medisch Contact, 1956, Nr. 11, pp. 730-739.

HUYGEN (F.J.A.), 'Nederlandse Huisartsen Genootschap, quo Vadis?', In: Huisarts & Wetenschap, 1959, Nr. 2, pp. 187-191.

INTOSH (M.), 'La Médecine de Groupe, telle qu'on la pratique en Angleterre.', Studiedag over groepspraktijk, G.E.R.M. - S.A.G.H. 7 maart 1970, pp. 1-4.

LEYERS (M.), 'Geneeskunde in dienst van de revolutionnaire arbeidersstrijd.', In: LINK, 1972, Nijmegen, Stichting Nijmeegs Studententijdschrift LINK, pp. 5, 7.

MAST (A.), 'Overzicht van het Belgisch Administratief Recht.', 1977, Gent, Story-Scientia, s.p.

MERCENIER (P.), 'Les concepts du centre de sante integre.', In: 'Journées de discussion sur le centre de sante integre.', 1975, Brussel, G.E.R.M., pp. 66-67.

SCHOUP (H.), 'Tijdbom onder de Orde.' In: De Vlaamse Elsevier, 20 mei 1974, p. 23.

Statuten De Sleep, In: Belgisch Staatsblad van 27 mei 1976.

VERWILT (J.), 'De WVVH en de evolutie van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen.', In: WVVH (red.), 'Huisartsmodel 2000, De huisartsgeneeskunde op weg naar het jaar 2000.', 1986, Antwerpen, Kluwer, pp. 246-254.

## 2. LITERATUUR

BETZ (W.), 'De interactie tussen kwaliteitsbewaking en verdediging van de beroepsbelangen.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezet. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 232-234.

CRAEYBECKX (J.), MEYNEN (A.) & WITTE (E.), 'Politieke geschiedenis van België van 1830 tot heden.', 2005, Antwerpen, Standaard, pp. 304-305.

DE GRAEVE (B.), 'Mondelinge geschiedenis: algemene inleiding', In: Driemaandelijks tijdschrift van de heemkundige kring Het Land van Nevele, 1985, Nr. 2, pp. 147-151.

DE MAESENEER (J.), ART (B.) & WILLEMS (S.), 'Gemeenschapsgerichte gezondheids promotie in de eerste lijn: ervaringen vanuit wijkgezondheidscentra.', In: STEVENS (S.), VAN DEN BROUCK (S.) (red.), 'Gezondheids promotie 2001. 10 jaar gezondheids promotie in Vlaanderen.', Leuven, Garant, 2001, pp. 289-302.

DE SMET (R.), 'Zaaïen op de WVVH-akker.', In: 'Een huisarts op de kentering der tijden. Liber amicorum Hugo Janssens.', 1988, Antwerpen, Kluwer, pp. 133-138.

DE SMET (R.), '40 jaar huisartsgeneeskunde: een terugblik.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 275-276.

DEVOS (I.), 'Allemaal beestjes: mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw.', 2006, Gent, Academia press, p. 263.

DE WEVER (B.), 'Mondelinge geschiedenis.', In: ART (J.), 'Hoe schrijft ik de geschiedenis van mijn gemeente? Deel I. 19e en 20ste eeuw.', 1993, p. 67.

FREIDSON (E.), 'Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge.', United States of America, Dodd Mead & Company Inc., 1970, p. 409.

FOETS (M.) & NUYENS (Y.), 'Focus op de Belgische gezondheidszorg.', 1980, Leuven, Sociologische Onderzoeksinstituut K.U.Leuven, pp. 50-51.

FRANCOIS (L.), 'Vallen en steeds weer opstaan. Twintig jaar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent.', In: DE MAESENEER (J.) en FRANCOIS (L.), 'Omzien naar de toekomst: huisartsgeneeskunde op de drempel van de 21e eeuw.', Gent, RUG Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, 2000, pp. 23, 28, 34, 36-37, 55-56.

FREIDSON (E.), 'Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge.', United States of America, Dodd Mead & Company Inc., 1970, p. 409.

FREIRE (P.), 'Pedagogie van de onderdrukten.', 1973, Uitgeverij In den Toren, Baarn, p. 176.

HACHE (R.), 'Historiek van het Centrum voor Huisartsopleiding.', In: DE SCHAEPPDRYVER (A.), 'Fakulteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit te Gent. Liber Memorialis 1930-1980.', 1980, Gent, Alumni Fonds Medische Faculteit, pp. 99-101, 106.

HELLEMANS (S.) & HOOGHE (M.) (red.), 'Van Mei '68 tot Hand in Hand. Nieuwe sociale bewegingen in België, 1965-1995', 1995, Leuven, Apeldoorn-Garant, pp. 7, 9-18.

HENDRICKX (A.M.), 'Groepspraktijken bij huisartsen. Een beschrijvend onderzoek.' Leuven, (onuitgegeven licentiaatsverhandeling Katholieke Universiteit Leuven), 1973, p. 181.

HEYRMAN (J.), 'Het stimuleren van groepspraktijken.', In: Huisarts Nu, 1994, Nr. 1, pp. 35-36, 38.

HOGERZEIL (H.H.W.), 'De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen een veranderend morbiditeitspectrum.', In: AULBERS (B.J.M.) & BREMER (G.J.) (red.), 'De huisarts van toen: een historische benadering.', 1995, Rotterdam, Erasmus publishing, s.p.

HOGERZEIL (H.H.W.), 'Een optie voor een duidelijke toekomst.', In: 'Een perspectief van toen: dertig jaar Nederlands Huisarts Genootschap.', 1988, Lelystad, Mediatekst, s.p.

ILLICH (I.), 'Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf een bedreiging voor de gezondheid?', 1981, Bussum, Wereldvenster, p. 319.

LEROY (D.), 'De beroepsopleiding tot huisarts in Vlaanderen. Een stand van zaken.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 49-51.



MERCKX (K.), 'Dokter van het volk.', EPO vzw, Berchem, 2007, pp. 27-28, 69, 84, 99, 422.

NUYENS (Y.), 'Grenzen aan de medische macht.', 1976, Leuven, Uitgeverij Davidsfonds, pp. 69-70, 84.

NUYENS (Y.), 'De eerste lijn is krom. Gezondheidszorg tussen onderzoek en beleid.', 1980, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 270.

SCHOUP (H.), 'Tijdbom onder de Orde.' In: De Vlaamse Elsevier, 20 mei 1974, p. 23

SCHRIJVERS (K.), 'De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid.', In: BEG-CHTP, 2005, Nr. 16, pp. 57-70.

SMET (M.) & NUYENS (Y.), 'Eerstelijin in Vlaanderen. Vernieuwing en samenwerking na Alma-Ata.', Leuven, K.U. Leuven Sociologisch Onderzoeksinstituut, 1983, pp. 7, 68, 105, 238-244.

SMET (M.), 'Samenwerking tussen huisartsen onderling.', In: Huisarts Nu, 1984, Nr. 5, p. 183.

VAN BERGEN (L.), 'De drieledige geboorte van een tweeling: NHG en H&W.', In: Huisarts & Wetenschap, 2007, jubileumnummer. 50 jaar H&W, p. 514.

VANDEKERCKHOVE (P.), 'Meneer Dokter, verhalen over leven en dood, lijf en lust. 1937-1964.', 2006, Roeselare, Roularta Books, pp. 399, 403.

VAN DER WERF (G.) & ZAAT (J.), 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde.', In: Huisarts & Wetenschap, 2001, Nr. 10, p. 428.

VAN ES (J.C.), 'Een halve eeuw huisartsgeneeskunde, van ambacht naar professie.', 2006, Bohn Stafleu van Loghum, p. 83.

VAN ORSHOVEN (A.), 'Vijfentwintig jaar WVVH.', In: Huisarts Nu, 1988, Nr. 8, p. 351.

VAN ROYEN (P.), 'De beroepsopleiding tot huisarts in beweging.', In: BLONDEEL (L.) (red.), 'De eerste lijn op spoor gezocht. Omtrent René De Smet.', 1990, Gent, CHAO, pp. 99-100.

VELLE (K.), 'De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België.', 1991, Leuven, Uitgeverij Kritak, pp. 12-13, 25, 30.

VERBRUGGEN (P.), 'De volkskliniek: een socialistische polikliniek in Gent.', In: DE MAEYER (L.), DHAENE (L.), HERTECANT (G.) & VELLE (K.) (red.), 'Er is leven voor de dood, 200 jaar gezondheidszorg in Vlaanderen.', 1998, Kapellen, Uitgeverij Pelckmans, pp. 233, 236-23