

toen over de groepspraktijk veelvuldig door huisartsen contact werd gezocht met het N.H.I., werd duidelijk dat ook vanuit de periferie behoefte bestond aan een nader onderzoek in de praktijk.

Op 29 januari van dit jaar belegde de werkgroep Groepspraktijken een studiedag, waaraan 66 huisartsen deelnamen van wie bekend was dat zij belangstelling hadden eventueel zelf van een groepspraktijk deel uit te maken. Motief voor deze studiedag was de behoefte van de werkgroep in contact te treden met huisartsen kandidaat-groepspraktijkleden. Verwacht mocht worden dat over en weer een intensieve informatie zou plaats vinden. Na een inleiding door Van Es — voor de tekst zij verwezen naar pagina 162 van dit nummer — werd in zes discussiegroepen, gevolgd door rapportage in pleno, aandacht besteed aan de financiële en technisch-organisatorische aspecten van de groepspraktijk, aan de motivatie tot het vormen van een groepspraktijk en het effect van de groepspraktijk op de zorgverlening aan de patiënt.

Volstaan zij hier met slechts een samenvatting van enkele punten betreffende de discussie over het aspect: het effect van de groepspraktijk op de zorgverlening aan de patiënt en het effect op de arts zelf. Wat het eerste punt betreft meent men — dankzij meer assistentie — gemakkelijker tot een meer rationele praktijkvoering te komen, hetgeen tot tijdsbesparing voor de patiënt kan leiden; door de mogelijkheid van consultatie is onderlinge correctie gemakkelijk mogelijk; de zorg voor de patiënt kan tevens verbeteren door de intensieve communicatie met de overige teamgenoten (wijk-

verpleegster, maatschappelijk werker, diëtiste, enzovoort); bij afwezigheid neemt altijd een de patiënt bekende huisarts waar; er zijn meer mogelijkheden voor het realiseren van preventieve en positieve gezondheidszorg.

Als effect van de groepspraktijk op de arts zelf zij vermeld dat de drempelvrees van de jonge arts voor de huisartspraktijk erdoor kan verminderen; de mogelijkheden voor nascholing nemen toe, evenals die voor het doen van wetenschappelijk onderzoek; overbelasting van de arts kan beter worden bestreden, waardoor voortijdig neerleggen van de praktijk mogelijk kan worden voorkomen; de relatie met het eigen gezin kan een positieve invloed ondervinden, doordat het gezin van de arts belangrijk wordt ontlast van de druk, welke de praktijk aan huis kan uitoefenen.

Het feit dat op de begroting Sociale Zaken en Volksgezondheid 1966 bij de bijdragen aan ontwikkelingswerk op het gebied van de volksgezondheid met name de groepspraktijken en de wijkgezondheidszorg worden genoemd, vormt ongetwijfeld een stimulans voor de werkgroep Groepspraktijken van het N.H.I. de studies met vaart voort te zetten.

Het bewaren van de noodzakelijke distantie is bij de bestudering van elk probleem te allen tijde geboden; derhalve lijkt het niet overbodig hier ten slotte duidelijk te stellen dat de groepspraktijk van huisartsen stellig niet de enige vorm is waarbij men tot een integrale beoefening van de huisartsgeneeskunde kan geraken.

H.

## Groepspraktijken\*

DOOR DR. J. C. VAN ES, HUISARTS TE APELDOORN

In 1962 werd door het Nederlands Huisartsen Genootschap een conferentie over groepspraktijken georganiseerd. Deze conferentie was belegd omdat men in andere landen had gezien dat de groepspraktijk, waarin een aantal artsen tot een permanente samenwerking is gekomen, aantrekkelijke kanten heeft. De eerste groepspraktijken werden in de vorige eeuw in de U.S.A. gevormd, waar dit vaak geschiedde na een of andere calamiteit, welke samenwerking voor de hand liggend maakte, bijvoorbeeld na een stadsbrand, waarbij de huizen van verschillende artsen afbrandden. Een grote vlucht nam de groepspraktijk na de tweede wereldoorlog, toen veel gedemobiliseerde artsen, die in militaire dienst waren gewend geraakt aan samenwerking met anderen, een plaats in de burgermaatschappij trachtten te verwerven. Gedurende de

oorlog hadden bovendien verschillende industrieën ten behoeve van het personeel en hun gezinnen de vorming van groepspraktijken bevorderd. Er bestaan naast door uitsluitend huisartsen gevormde groepspraktijken ook groepspraktijken waaraan zowel huisartsen als specialisten deelnemen.

Voorals in Engeland is de groepspraktijk populair geworden. Vóór 1940 kende men daar de samenwerking van verscheidene huisartsen reeds, terwijl na de oorlog de samenwerking van huisartsen door de overheid bovendien sterk is bevorderd. In de eerste plaats riep de overheid een „loan fund” in het leven, waarbij huisartsen ten behoeve van de bouw en inrichting van een groepspraktijkhuis een langlopende, renteloze lening konden afsluiten. In de tweede plaats werd de honorering van de artsen zodanig geregeld, dat het bij groei van een praktijk boven een bepaald aantal zielen ook financieel aantrekkelijk werd een groepspraktijk te vormen. Bovendien betaalt de overheid nu 70 procent

\* Naar een inleiding, gehouden op de Groepspraktijkdag te Utrecht, 29 januari 1966.

van de kosten van hun hulppersoneel. Op deze wijze hebben zich 75 procent van alle huisartsen in groepspraktijken verenigd; de helft van alle praktijken in Engeland bestaat uit groepspraktijken.

De overheid heeft in het begin van de inwerkingtreding van de „National Health Service” getracht „health centres” in het leven te roepen. Hierbij ligt het initiatief bij de overheid, die zelf de lokaliteiten laat bouwen en exploiteert en artsen in de gelegenheid stelt in deze centra hun praktijk uit te oefenen. Opvallend is dat deze gezondheidscentra nooit goed tot ontwikkeling zijn gekomen. Bij herhaling kan men als verklaring horen dat de gezondheidscentra van boven af waren georganiseerd, waardoor zij met grote argwaan werden bekeken; de groepspraktijken werden daarentegen als eigen initiatief en als eigen organisatie van de artsen beschouwd, waardoor deze wel succes hadden.

Thans wordt van de zijde van de Local Health Authorities nogal eens medewerking aan groepspraktijken gegeven door het ter beschikking stellen van „health visitors” (een tussenvorm van maatschappelijk werkster en wijkverpleegster) en district-nurses.

Ook in Frankrijk is er een toenemende belangstelling voor groepspraktijken waar te nemen. In de laatste jaren hebben zich meer dan 1200 artsen in groepspraktijken georganiseerd. Er is zelfs een speciale vereniging opgericht: „Association de la Médecine de groupe”.

Op de in 1962 gehouden N.H.G.-conferentie werden de volgende conclusies getrokken:

1 De deelnemers wijzen de groepspraktijk in principe niet af; in het algemeen staat men er positief tegenover.

2 Men dient de vóór- en de nádeln van de groepspraktijk goed te bestuderen.

3 Als vóórdelen werden genoemd: het opheffen van het isolement van de huisarts; de mogelijkheid tot wederzijdse informatie en georganiseerd overleg; de mogelijkheid gedifferentieerd hulppersoneel aan te stellen, goede apparaten aan te schaffen en tot een efficiënte praktijkbouw over te gaan; de mogelijkheid beter in de gelegenheid te zijn met andere medici, paramedici en maatschappelijk werkenden contact te onderhouden.

4 Als nadelen werden genoemd: kans op onderlinge spanningen; kans op lossen worden van de arts-patiënt-relatie; opoffering van een deel der individuele vrijheid; hogere kosten.

5 Het is aan te bevelen geleidelijk eventuele vorming van groepspraktijken voor te bereiden door gezamenlijke weekenddiensten te organiseren, voor elkaar waar te nemen bij vakantie, refereravonden te houden, enzovoort. Ook kunnen N.H.G.-centra of -studiegroepen de basis vormen, waarop een groepspraktijk kan worden gebouwd.

Sedertdien zijn enkele jaren verstreken en het is gebleken dat een sterk groeiende belangstelling bij

huisartsen bestaat om groepspraktijken te vormen. Het Nederlands Huisartsen-Instituut te Utrecht kwam het laatste half jaar met een dertig groepen in aanraking, die min of meer ernstig overwogen een groepspraktijk te vormen en zich daarom voor advies tot het N.H.I. wendden. Teneinde eventuele kandidaten zo goed mogelijk van advies te dienen heeft het N.H.I. op verzoek van het N.H.G.-bestuur een werkgroep groepspraktijken in het leven geroepen, waarin naast enkele huisartsen en stafleden van het N.H.I. enkele vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zitting hebben, alsook een socioloog, twee juristen, een econoom en een bouwkundige.

Uit een groot aantal gesprekken, discussies en uit een enkele studie, komen de volgende gedachten naar voren, waarin de motieven over de vorming van groepspraktijken tot uiting komen:

a De in een zeker isolement werkende huisarts heeft er in snel toenemende mate behoefte aan nauwer met andere huisartsen samen te werken. Hij wil graag problemen met collega's bespreken.

b De huisarts wil graag hulpkrachten in dienst nemen. Hij meent dat het voordeliger kan zijn dit in combinatie met andere artsen te doen. Bovendien kan men dan wellicht nog een differentiatie aanbrengeu tussen administratief en medisch hulppersoneel; afspraakspreekuren zijn dan bijvoorbeeld gemakkelijker te organiseren.

c De huisarts wil vaak zijn uitrusting verbeteren om daardoor tot een betere praktijkvoering te geraken. Een combinatie met anderen lijkt daarvoor ook te zijn aangewezen.

d Vaak — en dit geldt vooral voor nieuwbouwwijken — hebben huisartsen slechts de beschikking over een klein huis gekregen. Een verbouwde garage of enkele slaapvertrekken moeten dan als praktijkruimte worden ingericht. Bij uitbreiding van de praktijk voldoet dit niet meer en ziet men om naar een grotere en meer adequate ruimte.

e Andere huisartsen kunnen vaak niet of nauwelijks huishoudelijk personeel krijgen. Dit betekent dat hun echtgenotes vaak dagenlang aan huis zijn gebonden om boodschappen, enzovoort aan te nemen. Bovendien wordt het gezinsleven — vooral door het zeer sterk toenemende gebruik van de telefoon — vaak gestoord door de praktijk aan huis. Dit doet soms de wens ontstaan de praktijk niet meer in het woonhuis onder te brengen.

f Veel huisartsen — en dit geldt vooral voor de jongere artsen — willen niet meer 7 x 24 uur per week ter beschikking staan. Zij willen een goede waarneming regelen voor de weekends en zij willen ook eens een enkele avond vrij nemen. Nu bieden de weekenddiensten wel de mogelijkheid een vrij weekend te hebben, maar deze waarneming zou nog beter zijn geregeld als in teamverband werkende artsen een vaste waarnemingsgroep zouden vormen. Samenwerking in een groepspraktijk heeft immers het belangrijke voor-

deel dat men kan hebben in elkaars kaartsysteem enzovoort. Dit kan de zorg voor de patiënten slechts ten goede komen.

g De samenwerking in een groepspraktijk is er op gebaseerd dat iedere arts binnen de groep volledig zijn eigen patiënten blijft behandelen. De persoonlijke relatie kan dus blijven bestaan, maar het voordeel van de samenwerking kan wél zijn, dat gedurende een groot deel van de dag tenminste één van de artsen spreekuur zal houden, waardoor ongevallen en acute aandoeningen gemakkelijk en efficiënt kunnen worden opgevangen.

h Er is een toenemende belangstelling voor een nauwere samenwerking met wijkverpleegsters, maatschappelijk werkenden en anderen. Dit kan in groepspraktijkverband veel gemakkelijker geschieden dan in de individuele praktijk. De organisaties op het gebied van de gezondheids- en maatschappelijke zorg — bij de kruisorganisaties is dit al duidelijk — zijn ook veel eerder bereid tot samenwerking met groepen artsen dan met individueel werkenden.

i In het onder punt h gestelde worden veel mogelijkheden geboden om de huisartsen, meer dan tot nu toe het geval was, in te schakelen bij de primaire en secundaire preventieve activiteiten.

j Een ander voordeel is nog dat het beroep van huisarts voor aanstaande artsen weer aantrekkelijk kan worden gemaakt. Het is reeds gebleken dat onder studenten veel belangstelling bestaat voor deze vorm van praktijkvoering. Er schuilen ook opleidingsmogelijkheden in de groepspraktijk, terwijl het inwerken in de groepspraktijk eveneens beter zal gaan dan in de eenmanspraktijk.

Hoewel de groepspraktijk middelpunt van veel discussie is, is er nog geen ervaring mee opgedaan. Het is ook moeilijk er een exacte definitie van te geven. De groepspraktijk onderscheidt zich van de associatie, die een zakelijk grondmotief heeft en die ook als een tijdelijke verbintenis is bedoeld. De volgende criteria van groepspraktijken kunnen worden opgesteld:

1 Het is het samengaan van twee of meer huisartsen. In het algemeen acht men drie tot vijf huisartsen het meest ideale aantal. Vormt men groepspraktijken met meer artsen, dan wordt de communicatie binnen de groep, welke als een zeer belangrijk aspect van de groepspraktijk wordt gezien, ernstig in gevaar gebracht.

2 Het is een samenwerking van uitsluitend huisartsen; niet van huisartsen en specialisten.

3 Er is een zekere samenwerking in de beroepsuitoefening. Dit houdt in dat iedere arts zijn eigen patiënten behandelt, maar dat hij zich bij afwezigheid door ziekte, vakantie, weekends of vrije avonden kan laten vervangen door zijn groepsgenoten. Na verloop van jaren kan daardoor een situatie ontstaan, dat men elkaars patiënten min of meer leert kennen, dat men op de hoogte raakt van elkaars therapeutische methoden, zodat een grote

continuïteit, ook bij afwezigheid van de eigen huisarts, kan worden gewaarborgd.

4 Deze continuïteit kan ook nog extra worden gewaarborgd door de aanwezigheid van een gemeenschappelijke administratie, waardoor men bij waarneming inzage kan krijgen in de ziektegeschiedenis. Wel moet iedere arts in de gelegenheid zijn zeer persoonlijke gegevens over patiënten zodanig op te bergen, dat deze slechts voor hem toegankelijk zijn.

5 Een zeer essentieel punt is het gemeenschappelijk gebruik van een praktijkgebouw. De samenwerking als groep is alleen mogelijk als men de beschikking heeft over een daartoe ingericht gebouw met voldoende wachtruimten, afzonderlijke spreek-, onderzoek-, behandel-, laboratorium- en administratieruimten. Er gaan wel stemmen op dat een groepspraktijk kan worden gerealiseerd, terwijl de deelnemende huisartsen toch in hun eigen afzonderlijke praktijken blijven werken. Natuurlijk is dan een zekere samenwerking mogelijk, maar men noeme dit dan geen groepspraktijk.

6 De samenwerkende artsen zullen een zekere financiële band moeten aangaan. Het zal de stabiliteit van de groep ten goede komen als er een volledige integratie op dit gebied bestaat. Allerlei factoren zoals ervaring, leeftijd volgen van nascholing, enzovoort kunnen daartoe worden gerekend; het minst omslachtig is uiteraard het gelijk verdelen. Er zullen zeker artsen zijn die bezwaren voelen tegen een integratie; het is uiteraard ook mogelijk bijvoorbeeld alleen tot gezamenlijke exploitatie van het praktijkhuis te komen en tot gezamenlijk indienstnemen van het personeel.

7 Bij de vorming van groepspraktijken wordt gedacht aan maatschappen en soortgelijke vormen, niet aan het in dienstverband werkzaam zijn van artsen, zoals dit bijvoorbeeld het geval is bij de Philips Gezondheidsdienst.

Aan de vorming van groepspraktijken zijn uiteraard ook bezwaren verbonden. In de eerste plaats verliest men als deelnemer een bepaalde vrijheid, hoewel daarmee een ander soort vrijheid wordt verkregen. In de tweede plaats loopt men in een nauwe samenwerking met anderen het risico, dat er intermenselijke problemen en wrijvingen ontstaan. In de derde plaats zal het onderling overleg tijd kosten. In de vierde plaats kan de arts-patiëntrelatie lossier worden, doordat het gezin van de arts in veel mindere mate betrokken is bij de praktijkvoering. Dit bezwaar is echter goed te onderkennen als men er oog voor heeft dat het praktijkhuis geen onpersoonlijk karakter mag krijgen. Tenslotte, en dit is het grootste probleem, zullen de investering en de praktijkvoering aanmerkelijk meer kosten met zich brengen dan het werken in individuele praktijken. De investeringskosten zullen vooral hoog zijn bij reeds gevestigde artsen, die tot de vorming van een groepspraktijk willen over-

gaan. Zij hebben immers reeds een ingerichte praktijkruimte tot hun beschikking, die weliswaar grotendeels kan worden opgeheven, maar op welke wijze is deze ruimte dan economisch bruikbaar te maken?

Vorming van groepspraktijken is natuurlijk economisch gezien aantrekkelijk bij sanering van oude stadswijken en in nieuwbouwwijken. Het probleem doet zich dan echter voor, dat eventuele gegadigden elkaar vaak niet zullen kennen, wat voor de vorming van een groep toch wel een eerste voorwaarde is. Bovendien zullen de exploitatiekosten hoger worden dan in individuele praktijken. In de eerste plaats door het vervangen van de echtgenote als onbezoldigde hulpkracht. Maar bovendien is het waarschijnlijk te achten, dat men door de samenwerking meer initiatieven zal ontwikkelen tot praktijkverbetering, hetgeen vaak meer hulpkrach-

ten en aanschaf van materiaal met zich zal brengen. Dit kan dan echter een verbetering van de zorg voor de patiënten impliceren. Een probleem kan ook de verkoop van de goodwill aan een opvolger vormen.

Momenteel wordt het vormen van groepspraktijken ernstig belemmerd door de genoemde factoren. Het is te wensen, dat het binnen afzienbare tijd mogelijk zal zijn dat iedere huisarts een vrije keuze kan maken tussen het vormen van een groepspraktijk of het werken in een individuele praktijk, doordat de belemmeringen tot vorming van groepspraktijken uit de weg zijn geruimd. Zonder steun van de overheid zal dit echter niet mogelijk zijn. Het verrichten van experimenten op dit gebied is beslist noodzakelijk, omdat niet kan worden gebouwd op buitenlandse ervaringen, aangezien de situatie elders zeer sterk verschilt van die in Nederland.

## *De huisarts als informant in het sociologisch onderzoek*

DOOR DRS. A. T. J. NOOIJ, SOCIOLOOG TE WAGENINGEN

*Inleiding.* In een vorig artikel — (1966) huisarts en wetenschap 9, 133 — is gewezen op de moeilijkheden welke verbonden zijn aan de schriftelijke enquête, moeilijkheden zowel voor de onderzoeker als ook voor de ondervraagde, in dit geval de huisarts. Tevens is getracht een oplossing te formuleren voor deze problematiek. Waar tot op heden geen onderscheid werd gemaakt naar de aard van de onderzoekingen welke op de huisarts worden los gelaten, wil ik thans de aandacht richten op een bepaald soort onderzoek en wel het sociologische onderzoek. De reden voor een speciale belichting van aard en methodiek van een dergelijk onderzoek is gelegen in het feit dat naast de tot nu toe besproken problemen, het sociologische onderzoek te maken heeft met een aantal zeer specifieke moeilijkheden welke soms zelfs prohibitief zijn voor het gebruik van de schriftelijke enquête. Zoals reeds is uiteengezet, impliceert het voorgestelde systeem van de organisatie met zeef-functie niet, dat aan de huisarts alle verantwoordelijkheid en vrijheid in deze wordt ontnomen; in laatste instantie is het de huisarts zelf die beslist of hij al dan niet zijn medewerking zal verlenen. Nu lijkt, om redenen welke nog nader zullen worden genoemd en verklaard, de veronderstelling gewettigd, dat met name het sociologische onderzoek weerstanden zal ontmoeten, niet alleen bij de individuele huisarts die door de socioloog wordt benaderd, maar mogelijk ook bij de selecterende en eventueel aanbevelende instantie. Een nadere bespreking van het sociologische onderzoek, om mogelijke misverstanden uit de weg te ruimen, lijkt derhalve gewenst.

Op het eerste gezicht lijkt het probleem weinig urgent; het aantal onderzoekingen met een sociologische probleemstelling dat tot op heden onder huisartsen is verricht, is niet groot. Als de voortekenen niet bedriegen, zal echter spoedig een verandering optreden. De huisarts wordt geleidelijk door de socioloog ontdekt, hetgeen blijkt uit het groeiende aantal sociologische publikaties dat is gewijd aan problemen van de medische stand en de volksgezondheid. Aangezien in onze tijd aan het veiligstellen en opvoeren van de volksgezondheid een hoge waarde wordt toegekend, terwijl het heilige huisje van de medische stand wordt aangetast — het begrip medische stand is misschien al een anachronisme —, waar men de medische dienstverlening meer als een betaalde dienst in een systeem van rechten en plichten dan als een nobele opoffering gaat ervaren en ook binnen de medische wereld de differentiatie gaat toenemen met daaraan inherente fricties, liggen er op deze gebieden voor de socioloog interessante werkerterreinen braak. Hij zoekt hierbij naar verklarende achtergronden van wrijvingen tussen structuren en discrepanties tussen verwachtingen en werkelijkheid. Steeds is het onderzoek gericht op een verkenning van de concrete werkelijkheid met als direct of meer verwijderd doel een bijdrage te leveren tot het scheppen van een optimale situatie waarin de satisfactie van de huisarts samengaat met een gewenst niveau van gezondheidszorg. Hoe ziet deze optimale situatie er in concreto uit? Welke conflicten zijn te verwachten bij eventuele maatregelen welke gericht zijn op een verdergaande realisering van deze optimale situatie?