

# huisarts en wetenschap



maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap

## Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord; opzet en start van een samenwerkingsproject

DOOR DR. W. P. VAN DEN HOUT, HUISARTS TE HOENSBROEK\*

A. *Inleiding.* Van de redactie van huisarts en wetenschap heeft ons het verzoek bereikt in een artikel een en ander over ons gezondheidscentrum te willen verwerken. Wij geven aan dit verzoek gaarne gevolg. Immers onze overtuiging is, dat met onze evolutie om tot dit project te komen vele anderen hun voordeel kunnen doen, mede door het signaleren van moeilijkheden en fouten, welke wij bij de voorbereidingen zijn tegengekomen.

Vooropgesteld wordt, dat dit voornamelijk een verslag zal zijn van de jaren van voorbereiding om tot het project te komen. Wij zijn namelijk slechts enkele maanden geleden daadwerkelijk van start gegaan. Van de evolutie van een gezondheidscentrum in functie zal dus in dit artikel nog weinig sprake kunnen zijn. Het lijkt ons zinvol de ontwikkelingslijn stap voor stap te volgen.

Vermeld zal worden, hoedanig onze verwachtingen aan het begin van het project zijn geweest. Daarbij stellen wij ons voor om na een of twee jaar in een artikel een „follow-up” te geven. Hierin zal tot uiting moeten komen in hoeverre onze basisgedachten uitvoerbaar zijn gebleken en in hoeverre nieuwe facetten naar voren zijn gekomen. Dit lijkt ons de meest eerlijke wijze om vast te leggen in hoeverre idealen en verwachtingen zijn uitgekomen of gewijzigd.

Tot slot zij nog meegedeeld, dat dit project

één van de vijf door het ministerie van sociale zaken en volksgezondheid en door het Preventiefonds gesubsidieerde samenwerkingsprojecten is. Echter met dit verschil, dat in ons geval sprake is van een combinatie van particulier initiatief en overheidssubsidie, terwijl bij de overige vier een combinatie bestaat van overheidsinitiatief (namelijk gemeente) en overheidssubsidie (ministerie van sociale zaken en volksgezondheid en Preventiefonds). Op de financiële consequenties hiervan voor ons project wordt later nog ingegaan.

B. *Historie.* Een kleine schets van de situatie waaruit dit project is ontstaan, lijkt wenselijk. De vier deelnemende huisartsen J. Th. A. M. Berkhout, V. E. Dubois, H. J. van Aalderen en W. P. van den Hout, werkten in Zuid-Limburg in het bevolkingsagglomeraat Hoensbroek, Brunssum en Heerlen. Binnen hun praktijkgebied (dat voor de vier artsen ongeveer 15 000 patiënten omvat) liggen nog enkele dorpen die inderdaad hun dorpskarakter voor een groot deel hebben behouden (Oirsbeek, Amstenrade, Merkelbeek en Vaesrade). Het gevolg hiervan is, dat alhoewel wij voor een groot deel in een woonagglomeraat werken, onze praktijk toch niet op één lijn is te stellen met een grote stadspraktijk. Zij heeft een duidelijk „dorps” en „Limburgs” karakter behouden. Twee artsen zijn rooms-katholiek, twee artsen zijn protestant. De religie speelt echter in deze streek in de praktijkvoering nauwelijks enige rol. De leeftijden van de artsen varieerden bij de aanvang van het project tussen de 50 en 29 jaar.

Voordat in 1967 de vier artsen besloten te gaan

\*Mede namens J. Th. A. M. Berkhout, V. E. Dubois, M. Vos, huisartsen; Dr. H. J. van Aalderen, lector huisartsgeneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam; mevrouw Suilen-Kuiper, maatschappelijk werkster; mejuffrouw M. J. J. Bieken, C. M. de Bruyn, W. Leistra, mevrouw Y. Schouteten, wijkverpleegsters en F. Haverman, psychiater.

samenwerken, werkten twee artsen in een werk-associatie, de twee anderen waren werkzaam in een tweemans groepspraktijk. Alle vier artsen hebben zitting in dezelfde huisartsen-gespreksgroep, drie van de vier zelfs meer dan vier jaar. Drie van de vier praktijkadressen liggen op 100 meter afstand van elkaar (Berkhout, Van Aalderen en Van den Hout) aan dezelfde straat.

Binnen het boven omschreven woonagglomerat werken in het totaal negen huisartsen. Er bestaat een weekenddienstregeling voor deze gehele groep. De onderlinge relaties zijn goed en over vele zaken bestaat binnen de groep een goede communicatie. De andere vijf artsen hebben onze plannen uitermate sportief ontvangen en er zijn hieruit geen spanningsvelden ontstaan die de verdere ontwikkeling in de weg hebben gestaan.

Het werkzaam zijn in zoveel gemeenten heeft tot noodzakelijk gevolg, dat huisartsen in ons rayon worden geconfronteerd met vier tot vijf verschillende plaatselijke verenigingen van het Groene Kruis en een plaatselijke vereniging van het Oranje-Groene Kruis. Voor het maatschappelijk werk ligt deze situatie al even gecompliceerd. Tot een redelijke samenwerking tussen deze drie instanties kwam het zelden, niet omdat de wil tot samenwerken ontbrak, maar om de eenvoudige reden, dat huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werkster voor elkander „onvindbaar” waren.

In lijnrechte tegenstelling tot deze feiten is de vaststelling dat de huisarts een aanbod krijgt van ziektebeelden die om een integrale benaderingswijze vragen. Deze waarneming is uiteraard niet alleen in onze praktijk gedaan, maar wordt ook duidelijk landelijk gesignaleerd. Tegen de achtergrond van deze waarneming begon het in de jaren '65/'66 ons te hinderen dat het in de dagelijkse routine van de praktijk niet goed mogelijk bleek samen met de maatschappelijk werkster en de wijkverpleegster een gecoördineerde behandeling en begeleiding van de patiënt uit te voeren. Hieruit zou niet alleen een gecoördineerde begeleiding van de patiënt kunnen ontstaan binnen het kader van de extramurale geneeskunde, mogelijk zou ook de integrale benadering wat minder onvolledig zijn. De dreigende mijnsluiting die in de jaren '65 en '66 actueel begon te worden, heeft ons gedwongen ons denkproces over deze ontwikkeling te versnellen.

Men zou kunnen stellen, dat de Zuid-Limburgse maatschappij waarin de desbetreffende huisartsen werkzaam zijn, wordt of liever werd gekenmerkt door een mono-industrie (de kolenmijnen), een mono-religie (rooms-katholiek) en een uit deze twee voortkomende mono-cultuur. Het sluiten van de kolenmijnen en daarbij het relatief stellen van vele vaste normen en waarden binnen de rooms-katholieke kerk door de recente ontwikkelingen binnen die kerk, brachten zonder meer de monocultuur in gedrang. Een duidelijk herkenbare maat-

schappij werd min of meer een chaos voor het daarin levende individu. Dit heeft een enorme sociale onrust teweeggebracht.

Gezegd moet worden, dat de overheid voor de mijnstreek veel meer aan sociale en vooral financiële begeleiding heeft gedaan dan voor streken als Noordoost Groningen en Twente. De sluiting van de mijn met al haar consequenties (omscholing, ander werk, verhuizing, financiën, vervroegde pensionering, invalidisering) hangt de individuele mens echter als een zwaard van Damocles boven het hoofd.

De sociale onrust (voortkomende uit het wegvallen van de drie peilers mono-industrie, mono-religie en mono-cultuur) is op ons spreekuur zeer duidelijk naar voren gekomen. Het betekende een enorme vermeerdering van problematiek, waarop wij geen adequaat antwoord hadden en hebben. Deze ontwikkeling heeft echter wel als stroomversnelling gewerkt voor onze gedachtenvorming. Het werd ons steeds duidelijker, dat wij als eenlingen totaal onvoldoende in staat waren aan de mens in deze situatie hulp te bieden; het was noodzakelijk onze krachten als huisartsen te bundelen. Niet alleen leek het ons belangrijk als huisarts niet meer als solist werkzaam te zijn, doch tevens te trachten de krachten te verzamelen van de andere instanties, die naast de huisarts in de „eerste echelons geneeskunde” werkzaam zijn (maatschappelijke werkers en wijkverpleegsters).

Eind '66, begin '67 werden onze ideeën steeds duidelijker afgetekend. Het aanvankelijke plan een grote groepspraktijk te stichten was reeds achterhaald. Er werd gedacht aan een samenwerkingsproject van huisartsen, maatschappelijk werk en wijkverpleging. Zo ontstond in maart '67 het eerste concrete ontwerpplan voor de oprichting van een wijkgezondheidscentrum.

*C. Oorspronkelijk idee.* Het oorspronkelijke idee is nog goed reproduceerbaar, omdat dit indertijd werd vastgelegd in een brief aan de minister van sociale zaken en volksgezondheid ter verkrijging van een subsidie voor ons project. De tekst hiervan is letterlijk als volgt:

„Vier huisartsen te Hoensbroek en Heerlen hebben het plan opgevat tot oprichting van een wijkgezondheidscentrum met steun van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Deze vier artsen kennen elkaar reeds jaren als leden van een huisartsen-studiegroep voor medische psychologie. De behoefte aan een wijkgezondheidscentrum is ontstaan, omdat genoemde vier huisartsen in de loop der jaren steeds meer het gevoel hebben gekregen, dat zij in de huidige vorm van werken niet tot een optimale praktijkvoering kunnen komen. Daarbij hebben zij het gevoel, dat de hierna te noemen deelgenoten in het gezondheidscentrum ook in de huidige manier van werken niet tot een optimale praktijkvoering kunnen komen en dat ieder van de deelnemers door hechte onderlinge samenwerking van elkaar gebruik zal kunnen ma-

ken en elkaar op zinvolle wijze zal kunnen aanvullen.

Als tweede voordeel van het oprichten van een gezondheidscentrum zien zij, dat op deze wijze met elkaar een zinvollere communicatie tot stand kan worden gebracht met de grote hoeveelheid sociale, maatschappelijke en sociaal-medische instanties, waar in de huidige maatschappij de deelnemers aan een dergelijk centrum mee te maken hebben.

De vier huisartsen stellen zich voor om in de eerste plaats hun praktijken, die tezamen ongeveer 15 000 patiënten omvatten, volledig te associëren. Waar de nieuwe opzet meer werk, vooral meer team-werk met zich zal brengen, stellen zij zich voor om van de aanvang af een vijfde arts aan te trekken om op deze wijze te komen tot een praktijkverkleining. Wanneer de teamverhoudingen en de financiële mogelijkheden dit toelaten hopen zij binnen enkele jaren een zesde arts te kunnen toevoegen, teneinde dan een optimale praktijkgrootte te benaderen.

Het ligt in de bedoeling aan de plaatselijke Kruisorganisaties te verzoeken aan het centrum deel te nemen. Dit kan geschieden in die zin, dat de Kruizen in het centrum een gemeenschappelijk Kruis-centrum stationeren, waar drie wijkzusters werkzaam zullen zijn. Deze wijkzusters, in dienst van de Kruizen, zullen in de eerste plaats en voornamelijk werkzaam zijn in de praktijken van genoemde huisartsen en zij zullen bij contract deelgenoot worden in het team, dat in het centrum zal worden gevormd.

Aan de gemeentelijke overheid zal worden gevraagd of zij deelgenoot wil worden en als zodanig een maatschappelijk werkster wil stationeren in het centrum. Deze zal in de eerste plaats en hoofdzakelijk werkzaam zijn in de praktijken van bovengenoemde huisartsen, zij zal in dienst staan van de gemeentelijke overheid en van daar uit bij contract deelgenoot zijn in het team van het centrum.

Een sociaal psychiater zal worden gevraagd „part-time” te willen deelnemen aan het team, teneinde van advies te kunnen dienen bij de vele vragen op sociaal-psychiatrisch terrein.

De bestuurlijke zaken van het centrum op het gebied van de financiën, administratie en personeelszaken zullen nauwkeurig dienen te worden omschreven en onderling dienen te worden verdeeld. Daarnaast zal aan een buiten het centrum staand persoon worden gevraagd om op te treden als coach van het in het centrum werkende team. Hierbij wordt gedacht aan een sociaal psychiater, sociaal psycholoog of een ander voor deze taak bij uitstek geschikte persoon.

De initiatiefnemers zijn van mening het centrum in eerste instantie te beperken tot de in de vorige punten genoemde taken en personen. In een later stadium achten zij het van groot belang om aan het centrum nog een vroedvrouw toe te voegen. Voorts zijn zij van mening dat, wanneer het

centrum eenmaal functioneert, er al spoedig behoefte aan uitbreiding zal ontstaan. Daarbij wordt niet alleen gedacht aan uitbreiding van het aantal leden der hierbovengenoemde deelgenoten, maar ook aan een grotere diversiteit van deelgenoten.”

*D. Evolutie van het oorspronkelijke idee.* Na maart '67 gingen de plannen tot voorbereiding van het wijkgezondheidscentrum verder. Tot de opening in maart '70 zijn in het oorspronkelijke concept nogal wat, zij het geen wezenlijke, veranderingen aangebracht.

Al vrij snel werd het duidelijk, dat de financiële consequenties voor onze plannen zo verstrekkend waren, dat moest worden afgezien van het aantrekken van een vijfde, laat staan zesde arts. Dit was een grote tegenvaller, daar wij ons realiseerden dat het werken in een dergelijk project veel meer tijd zou vergen van de deelnemers, dan wanneer zij ieder als solist werkzaam zouden zijn. De zo gewenste praktijkverkleining van de individuele artsen bleek dus om financiële redenen onmogelijk.

Een tweede tegenvaller die vrij snel daarop volgde, was het op korte termijn mislukken van onze huisvesting. Wij hadden als gebouw op het oog het oude longinstituut van de gezamenlijke steenkolenmijnen. De huur van driekwart van dit gebouw (genoeg voor ons project) bedroeg f 80 000.— per jaar. Wij moesten nu een niet-ideale huisvesting accepteren zonder uitbreidingsmogelijkheden, een onmogelijkheid dus, waardoor wij werden gedwongen ons te richten op een zelf te bouwen huisvesting.

Ten aanzien van de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker werd de formulering veel stringenter. Wij waren van mening dat de samenwerking moest geschieden in de vorm van een volledige detachering ( in taak en domicilie), waarbij deze medewerkers uitsluitend en alleen voor onze groep patiënten werkzaam zouden zijn. Anderzijds werd het ons duidelijk dat zij als gelijkwaardigen van de huisartsen in het team moesten worden opgenomen.

Ook ten aanzien van het team werden bij de start van het project de doelstellingen enger. Het bleek in het geheel niet zo eenvoudig een team van huisartsen, wijkverpleegsters en maatschappelijk werker bijeen te krijgen. Ook de gelijkwaardige positie der drie verschillende disciplines in het team zou zonder twijfel nogal wat aanpassingsmoeilijkheden en spanningen geven. Een en ander leek ons voorlopig als opgave voldoende. Wij hebben dan ook in '68 al spoedig de gedachte aan een spoedige uitbreiding, zoals bedoeld in het oorspronkelijke idee, laten varen. Wel werd (en wordt) een uitbreiding op korte termijn overwogen met een vroedvrouw en een fysiotherapeut. Veel duidelijker kwam het accent thans te liggen op een start met een klein goed georganiseerd team van de drie instanties die in de „eerste echelons geneeskunde” werkzaam zijn. Het accent van de teamcoach kwam voornamelijk te liggen op zijn

functie als vormer en begeleider van het team. Dit werd en wordt nog steeds als zijn primaire taak gezien.

Doordat wij de mogelijkheid kregen een volledig wijkgebouw te realiseren in plaats van de oorspronkelijk geplande één tot twee kamers, werd het mogelijk veel aandacht aan de preventie te gaan besteden. Het was onze overtuiging dat de samenwerking met de wijkverpleegster van het grootste belang was, niet alleen voor de curatieve, maar ook voor de preventieve geneeskunde. De visie van de huisarts op de preventieve taken is momenteel te gering, omdat in bijna alle gevallen andere instanties dan de huisarts deze behartigen. Bovendien is er te weinig contact tussen huisarts en deze instanties. Wij zagen met de realisering van een wijkgebouw, dat vele van deze taken met name de kleuter- en zuigelingenverzorging, zouden terug komen bij de huisarts in samenwerking met de wijkverpleegster.

De subsidie-aanvraag bij het ministerie van sociale zaken en volksgezondheid en het Preventiefonds brachten een geheel nieuw facet met zich: de research. Als tegenprestatie voor de subsidie werd van ons verwacht, dat wij in ons project bepaalde onderzoeken voor beide instanties zouden doen. Reeds hierbij zij aangetekend, dat de gesprekken over deze onderzoeken altijd bijzonder aangenaam zijn verlopen, waarbij met wensen en verlangens zeer veel rekening werd gehouden. Het boeiende was echter, dat wij reeds in een betrekkelijk vroeg stadium werden geconfronteerd met de vraag wat wij precies wilden bereiken met ons project en wat wij hiervan zouden kunnen vastleggen.

Eind '68, begin '69 kwamen wij ten aanzien van ons project tot de volgende motivering: „Het belangrijkste motief voor de oprichting van het gezondheidscentrum is om hierdoor te komen tot beoefening van werkelijk integrale geneeskunde. De initiatiefnemers gaan ervan uit dat dit doel alleen te bereiken is door een samenwerking in teamverband van een aantal huisartsen, wijkverpleegsters en een (of meerdere) sociaal werker(s). Daarbij valt niet te verwachten dat er een wezenlijke verandering zal optreden in de aard van het huisartsenwerk. Ook vóór de oprichting van het gezondheidscentrum streefden de deelnemende huisartsen er naar, in de werksituatie die er toen bestond, om de psychologische en sociale facetten van de huisartsengeneeskunde zoveel mogelijk tot hun recht te laten komen. Wel valt te verwachten dat er een kwalitatieve verbetering van het integraal benaderen zal optreden en toeneming van de „intensive care“. Het zal echter niet eenvoudig zijn, om een eventuele kwalitatieve verbetering in objectieve gegevens vast te leggen“.

In dit samenwerkingsproject werd de taak van de maatschappelijk werker als volgt geformuleerd.

Zijn taak zal vierledig zijn:

1 Hij zal advies uitbrengen aan de deelnemende huisartsen en wijkverpleegsters.

2 Hij zal op verzoek van het team ook maatschappelijk werk in gezinnen verrichten.

3 Hij zal — al of niet na onderzoek in het gezin — behulpzaam zijn bij het verwijzen van cliënten op het gebied van het maatschappelijk werk.

4 Hij zal in gevallen waar verschillende instanties zich met de belangen van een gezin bemoeien, trachten hierbij coördinerend op te treden.

Bovendien zal hij van zijn werkzaamheden een registratie aanleggen, waarbij in onderling overleg met het team een methode zal worden ontworpen, waardoor in de medische registratie van een gezin zijn bemoeienis met het gezin zal worden gesignaleerd.

De verwachting van de samenwerking van de huisarts met de wijkverpleegster luidde als volgt:

1 Een verbetering van de onderlinge communicatie.

2 Een duidelijke intensivering van het werk van de wijkverpleegster.

3 Als groep een betere bereikbaarheid voor andere instanties en gecoördineerd optreden naar buiten.

4 De huisartsen zullen meer en intensiever worden betrokken bij het preventieve werk.

Tegen deze achtergrond kwam in juni '68 de eerste bespreking met de architect tot stand, ter realisering van het gebouw.

E. *Gebouw.* Uit het voorafgaande blijkt, dat door de vele besprekingen het programma van eisen voor het gebouw nagenoeg klaar lag. Het was in elk geval zo, dat de artsen zeer concrete ideeën hadden over de indeling van het gebouw, hoewel de uitwerking ervan onderling echter nogal wat verschilde.

Toen wij half '68 onze gesprekken met de architect begonnen, werden wij verrast door een geheel andere aanpak dan wij hadden verwacht. De architect — de heer A. H. J. Swinkels van bureau Partners uit Maastricht — bleek nauwelijks geïnteresseerd in „onze“ uitwerkingen van het toekomstige gebouw. Des te meer had hij belangstelling voor de volgende punten: 1 Wat was de motivering van ons om dit project te starten? 2 Wie moesten participeren? 3 Welke functies had het toekomstige gebouw? 4 Welke eisen stelden wij aan het gebouw? 5 Hoe zou onze werkwijze zijn? 6 Hoe was onze oude werkwijze? 7 Hoe waren onze diverse oude praktijkruimtes?

Nadat al deze punten door de architect in een studie waren verwerkt, werd een eerste conceptplan ontworpen. Nadat dit conceptplan was gerealiseerd, mochten de artsen met hun schetsen op tafel komen, waarna al discussiërend na zes tot

zeven concept-tekeningen het definitieve plan is ontstaan.

Wij zijn na deze ervaring en vooral na de confrontatie met de resultaten van deze werkwijze persoonlijk de overtuiging toegedaan, dat een gebouw voor een dergelijk project alleen maar kan ontstaan uit langdurige studie en gesprekken door artsen cum suis en architecten tezamen. Men kan in dit geval een architectenbureau niet zo maar de opdracht geven een gezondheidscentrum te bouwen. Op bovengenoemde wijze ontstaat een zo functioneel mogelijk gebouw, afgestemd op de huisartsgeneeskunde. Het is bijvoorbeeld vele architecten niet duidelijk dat wij geen behoefte hebben aan een mooie grote polikliniekruimte, maar veel meer aan verschillende kleine ruimten, korte looplijnen, functioneel duidelijk in elkaar vallende ruimten, waardoor personeel in verschillende functies snel kan wisselen vanuit laboratorium, administratie, telefoon, balie, directe assistentie enzovoort.

De grondgedachte van ons project is zonder meer in het gebouw terug te vinden. De drie deelnemende instanties namelijk artsen, maatschappelijk werk en wijkafdeling, zijn duidelijk gegroepeerd, elk in eigen onderkomen, echter onder een gemeenschappelijk dak. Zoveel mogelijk centraal ligt het dagelijkse trefpunt voor alle in het gebouw

werkzaam zijnde personen, de conferentiekamer (zie schets).

Het zou te ver voeren een volledige motivering van de ontstaanswijze van alle details van dit gebouw te geven. Wij hebben in grote lijnen willen vastleggen, hoe deze vorm is ontstaan. Het belangrijkste echter uit onze ervaring is het feit, dat de indeling en wat dies meer zij van een dergelijk gebouw moet voortkomen uit een compromis tussen de eisen van de toekomstige bewoners en de ideeën van de architect. Beide vormen van inbreng zijn noodzakelijk. Voor wat betreft ons project kunnen wij stellen, dat het gebouw in vorm en functionele opzet onze grondgedachte vertegenwoordigt en in uitwerking nagenoeg volledig aan onze verlangens voldoet.

Het artsengedeelte bestaat uit perifeer gerangschikte artsenkamers met elk twee onderzoekboxen en een eigen wachtnis. Centraal te midden van deze artsenkamers liggen behandelkamer met vier boxen en administratieruimte. Schuin tegenover dit blok bevinden zich het laboratorium met de patiëntentoiletten en drie aparte boxen voor bloed afnemen. Ook het laboratorium heeft een aparte wachtnis.

De vleugel maatschappelijk werk bevat vier kamers, twee voor de maatschappelijke werkers, een voor de teamcoach, een dient als zitkamer voor de wijkverpleegsters.



Het wijkgebouw is compleet en bevat een artsenkamer met onderzoekbox, een meet- en weegkamer voor de verpleegsters, een grote hal voor wagenstalling en de babyboxen (het geheel tevens te gebruiken als vergaderzaal en als ruimte voor bejaardengymnastiek), toiletten en een aparte ruimte voor magazijn en desinfectie.

De ligging en de vorm van het gebouw zijn bovendien zodanig ontworpen dat uitbreiding der verschillende secties mogelijk is.

F. *Het begin (1 maart '70)*. Op deze datum hebben wij ons nieuwe domicilie betrokken. In hoeverre waren wij toen gereed voor een reële concretisering van de plannen?

*De artsen*. Deze waren door de jarenlange voorbereiding het beste op hun taak berekend. Sinds 1 januari '70 waren zij een volledige maatschap aangegaan. Deze was als groep compleet. In de vacature ontstaan door het vertrek van Van Aalderen was reeds voorzien door de komst van Vos; deze kon ruimschoots worden ingewerkt. Het begin gaf minder problemen dan was voorzien. Het aanvaarden van elkanders wijze van praktijkvoering bleek veel minder wrijving te veroorzaken dan was verwacht. Geheel onverwacht gaf de overschakeling op één uniforme wijze van afspraakspreekuur echter vrij veel moeilijkheden en het duurde enkele weken voordat wij dit in wezen ondergeschikte punt tot ieders voldoening hadden opgelost.

*De maatschappelijk werkster*. Ook mevrouw M. Suilen-Kuyper trad goed voorbereid het nieuwe gebouw binnen. Reeds in november '69 was zij een „werkassociatie” met de vier artsen aangegaan. Vanaf die datum behandelde zij zoveel mogelijk de patiënten van de vier artsen en werden cliënten van andere artsen zoveel mogelijk terugverwezen naar het centrum van maatschappelijk werk, van waaruit zij bij ons project was gestationeerd.

*De wijkverpleegsters*. Deze groep was bij het begin onvolledig. Van de vier toegezegde wijkverpleegsters waren door de vele vacatures slechts twee beschikbaar. Voor hen was deze stap het meest duister, omdat de onderhandelingen met de diverse besturen der plaatselijke Kruisverenigingen nogal traag verliepen in het laatste stadium, door een zeker onbegrip over de toekomstige functie van de wijkverpleegsters. Angst, dat de artsen de verpleegster zouden exploiteren, speelde daarin zeker een rol. Dit maakte het voor de verpleegsters ook niet gemakkelijker hun plaats te bepalen. Het gaf tevens vele praktische problemen, wijkherindeling was nog niet mogelijk, consultatiebureaus niet realiseerbaar, weekenddienst niet uitvoerbaar enzovoort.

*De praktijkassistentes*. De groep was volledig op 1 maart. Dat wil zeggen ieder der artsen had één praktijkassistente in de oude setting. Deze gingen over naar het nieuwe project. Daarnaast hadden wij voorzien dat een vijfde assistente noodzakelijk

zou zijn (onder andere door de wat excentrische ligging van het laboratorium). Ook de vijfde assistente was aanwezig. Enkele voorbereidende besprekingen met onze assistentes hadden plaatsgevonden; zij kenden het gebouw en de taakverdeling. Er was gekozen voor een roulerend systeem, dat wil zeggen iedere assistente had drie maanden een bepaalde functie (telefoon, balie, behandelkamer, laboratorium), hierna schuift men op naar de volgende taak. Hierdoor wordt toch de mogelijkheid geschapen alle aspecten te leren kennen.

Wanneer wij thans de eerste maanden van ons werken in dit samenwerkingsproject overzien, komt een aspect als eerste duidelijk naar voren. Wij werden totaal verrast door een niet goed functioneren van ons assistentenbestand, met name daar waar het het „baliewerk” betrof.

Het blijkt, dat onze assistentes ieder voor hun taak volledig capabel zijn; het gezamenlijk opereren in een team verloopt echter allesbehalve vlekkeloos. Ook de representatieve kant van hun functie die aan onze grote balie veel duidelijker naar voren komt dan in de oude solopraktijk beheersen zij onvoldoende. Gesteld kan worden, dat wij bij de organisatie van ons centrum ons niet hebben gerealiseerd, dat de assistente in de solopraktijk een duidelijke en betrekkelijk geprononceerde functie heeft, die voor een groot deel teloor gaat door het feit dat zij nu vier bazen in plaats van één baas heeft, dat zij wordt geconfronteerd met een grote groep onbekende patiënten en dat zij steeds gedurende drie maanden een deelfunctie van haar oude werk als duizendpoot uitvoert.

Naast deze twee negatieve aspecten (spreekuuro-moeilijkheden, assistententeam) staan vele positieve momenten. Het bleek, dat het team van wijkverpleegsters, maatschappelijkwerkster en artsen spoediger begon te functioneren dan wij hadden durven hopen. Met name het dagelijks ontmoeten onder de ochtendkoffie was de eerste weken steeds weer een verrassing. Zeer snel traden de eerste onderlinge consultaties op tussen de drie participanten. Met de wekelijkse teambesprekingen werd na twee weken gestart. De eerste besprekingen waren uiteraard voornamelijk organisatorisch-technisch; na acht weken echter deed de teamcoach, Haverman uit Heerlen, zijn intrede en vanaf dat moment kon snel worden gebouwd aan het „smeden” van het echte team.

De theoretische bespiegelingen, waarin voornamelijk artsen en maatschappelijk werkster de boventoon voerden, werden afgewisseld met casuïstiekdemonstraties waardoor de praktisch ingestelde wijkverpleegsters veel sneller konden meefunctioneren.

Opmerkelijk was het feit, dat de drie disciplines toch betrekkelijk weinig van elkanders werkwijzen kenden. Vooral een blik van de verpleegsters achter de schermen en het „image” van de huisarts werkten zeer verhelderend. De eerste tijd bestond dus voornamelijk uit een verkenning van elkanders

werk, een verder uitkristalliseren tot een gemeenschappelijke rolverwachting van ons centrum, een consolidering van die rolverwachting en een aarzelende blik in de verre toekomst. Dit laatste werd echter voorlopig doelbewust terzijde geschoven, omdat een versteviging van deze groep als team in de huidige constellatie onze eerste doelstelling is. Is deze positie bereikt (waarvoor wij ongeveer twaalf maanden rekenen), dan worden eventuele nieuwe aspecten in onze groep ingebracht.

Het ontbreken van twee wijkverpleegsters baarde ons nogal wat zorgen, omdat dit de praktische realisering van vele detailpunten duidelijk in de weg stond. Bovendien ging de ontwikkeling binnen het team zo snel, dat wij vreesden dat de nieuwkomers een grote achterstand zouden hebben in het gehele denkproces. Een bespreking met de provinciale vereniging van het Groene Kruis in Limburg gaf veel klaarheid. Een vacature werd per 1 juni '70 vervuld en de andere per 1 september. Bovendien kwam de organisatie van het eigen zuigelingen- en kleuterconsultatiebureau definitief tot stand, zodat na ongeveer acht tot tien weken deze bureaus goed op gang kwamen. Ook deze verlopen via een afspraaksysteem; iedere huisarts ziet zoveel mogelijk zijn eigen kinderen. De vrees dat hierdoor deze bureaus voornamelijk curatief in plaats van preventief zouden worden „gerund”, lijkt ons vooralsnog totaal ongegrond.

Het was voor de huisartsen een zeer welkome ervaring hun incidenteel curatieve werk te kunnen completeren met een continue preventieve begeleiding. Ook de samenspraak wijkverpleegster-arts was voor beiden een zeer positieve ervaring.

De aanwezigheid van een maatschappelijk werkster in ons project betekende voor wijkverpleegsters en artsen een extra dimensie in hun werk. Omgekeerd ervoer de maatschappelijk werkster dagelijks de nauwe verwevenheid van sociale en medische problemen op een zeer tastbare wijze. De behoefte waarin zij voorzorg was zo groot, dat reeds na zes tot acht weken duidelijk werd, dat voor het project een tweede maatschappelijk werkster noodzakelijk zou zijn. Tevens was zij na drie maanden verplicht tijdelijk „bestedingsbeperking” af te kondigen om de balans in haar werk te kunnen herstellen.

Wat betekende het werken in dit project in concreto voor ieder der deelnemende leden? Het betekende voor ieder een duidelijke verdieping van het werk. Niet alleen toetste men zijn mening aan die van collegae, tevens werd men geconfronteerd met andere denkwijzen van andere disciplines. Men werd genoodzaakt een verwijzing van een motivatie te voorzien, men werd daardoor gedwongen eerst voor zichzelf de casus goed te analyseren. Een bewustere werkwijze was zonder enige twijfel het directe gevolg. Tevens was men in staat voor een aantal patiënten een beleidslijn, een integrale diagnose en een behandelingswijze te ontwerpen, hetgeen een geheel nieuw as-

pect was voor alle teamleden. Hierdoor kwamen duidelijke mogelijkheden en onmogelijkheden in diagnostiek en behandeling naar voren.

Voor de nieuwe mogelijkheden hebben een stimulerend effect, zelfs zo, dat wij moeten waken voor een zeker ongeduld om te veel ineens te willen verwezenlijken. Wij signaleren meer dan op korte termijn in concreto kan worden uitgevoerd. Om enkele willekeurige voorbeelden te noemen: heroriëntatie op de functie van de wijkverpleegster — die naar onze mening als hoog geclassificeerde kracht nog veel te veel ouderwetse routinezaken moet uitvoeren — ruimere inschakeling van de maatschappelijk werkster in meer echt „casework”, meer casuïstiek in de teambesprekingen, referereeravonden, oprichten van een goede actuele en hanteerbare documentatie, een zekere standaardisering in diagnostiek en therapie enzovoort.

Eén opvallend aspect moet nog worden genoemd. Het blijkt namelijk dat het zuivere somatische werk van de artsen — en waarschijnlijk ook van de wijkverpleegsters — een duidelijk kwalitatieve verbetering ondergaat, hetgeen niet alleen is te danken aan de betere outillage (meer onderzoekruimtes, beter laboratorium, electrocardiogram-apparaat, mogelijkheid tot maken van portio-uitstrijken). Het is vooral het werken in een groep en de regelmatige onderlinge consultatie waaruit blijkt, dat een verdere verbetering in het somatische werk duidelijker naar voren komt, zelfs stringenter dan was verwacht. Bovendien lijkt een verschuiving van visites naar consulten op te treden, hetgeen eveneens een betere werkwijze bevordert. Ook het waarnemingsaspect van de waarnemende arts tijdens een vakantie van één van de artsen verdwijnt. Men behandelt de patiënten van „de groep” als ware het zijn eigen patiënten. Het gemeenschappelijke geüniformeerde kaartsysteem heeft zeker hiertoe bijgedragen.

Samenvattend kan worden gesteld, dat onze start zeer voorspoedig is geweest. Het enige negatieve aspect in deze beginperiode is de organisatie van de balie. De positieve aspecten zijn: de snelle totstandkoming van ons team, een goede algehele praktijkorganisatie, een snelle, toenemende onderlinge consultatie van de teamleden, een verdere verbetering van het somatische werk, een daling van het aantal visites van de huisartsen, een kwalitatieve verdieping van het werk van de wijkverpleegsters en een zeer hoge consumptie van de mogelijkheden, welke de maatschappelijk werkster biedt, zijn slechts enkele voorbeelden.

Voor het eerste jaar van ons project stellen wij ons tot doel een verdere uitkristallisatie van de grondgedachte en een verdere perfectionering van de organisatievorm. Daarnaast willen wij ons beraden op eventuele toekomstige uitbreiding (vroedvrouw casu quo fysiotherapeut) en een nadere uitwerking van een aantal details (stan-

daardisering van de therapie, refereeravonden enzovoort). Tot slot rest ons tot taak ons te bezinnen over de research die wordt verricht voor het ministerie van sociale zaken en het Preventiefonds.

G. *De patiënten.* Hoe ervaren de patiënten dit project? Dit is voor ons team moeilijk te beoordelen. Er is uit de kring van de patiënten noch een duidelijk positieve, noch een duidelijk negatieve reactie gekomen. Wel werd het nog onvoldoende functioneren van de balie als onaangenaam ervaren, zonder dat dit voor hen een wezenlijk struikelblok was. Door middel van een kleine proefenquête, ontworpen door vier medische studenten van de universiteit van Nijmegen wordt onderzocht hoe de patiënten ons centrum in zijn eerste functioneren hebben ervaren. Een uitkomst hiervan is nog niet bekend.

H. *Organisatievorm.* Zoals in de inleiding reeds werd gesteld is dit project één van de vijf door de overheid gesubsidieerde projecten. Dit hield in dat wij daarom verplicht waren een bepaalde rechtsvorm aan te nemen. Wij hebben hiervoor gekozen de stichtingsvorm om conflicten met de K.N.M.t.b.v.G. te voorkomen. De Stichting die bestaat uit vertegenwoordigers van het maatschappelijk werk, Kruisverenigingen en artsen stelt zich ten doel:

„Het bevorderen van de integrale gezondheidszorg op lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk gebied van de inwoners der diverse gemeenten. Zij tracht haar doel te verwezenlijken door de bouw van een gezondheidscentrum. Verder tracht de Stichting zo nodig haar doel te bereiken door het verrichten van al wat in de ruwste zin daarmee verband houdt”.

In de praktijk komt het erop neer, dat voor de dagelijkse gang van zaken de artsen verantwoordelijk zijn (personeelsbeleid, inkoop, beheer gebouw enzovoort). De Stichting vormt voor het team geen enkel beletsel zich in welke richting dan ook te ontwikkelen.

I. *Research.* Dit aspect werd reeds enige malen gememoreerd. Sinds november '69 (dus voor de start van ons project) zijn de artsen bezig met de continue registratie van een aselechte steekgroep uit onze praktijk. Hierin worden gemeten punten als: onderlinge consultatie, consultatie maatschappelijk werk, consultatie wijkverpleging, verwijzingen naar specialisten casu quo opnemingen, consult-visit-verhouding, mate van waarneming voor elkander enzovoort. Deze metingen zullen wij doen over een tijd van vijf jaar.

Daarnaast zullen wij in de nabije toekomst worden betrokken in een evaluatie-onderzoek van de vijf proefprojecten. Dit onderzoek zal worden uitgevoerd door het bureau „Intagon” in Amsterdam in opdracht van het Preventiefonds. De definitieve vorm daarvan is nog in studie.

J. *Financiën.* Over de financiën kan voorop worden gesteld: zonder subsidie was ons project onmogelijk geweest! De totale kosten bedragen all-in f 840 000,—. Door omstandigheden was het Oranje/Groene Kruis genoodzaakt en in staat een nieuw wijkgebouw op te richten. Dit wijkgebouw is geïntegreerd in ons centrum. De kosten daarvan f 210 000,— komen voor rekening van deze Kruisvereniging, evenals de exploitatie.

Van de overige f 630 000,— kunnen f 330 000,— worden gedorven uit de eerder genoemde subsidies. De overige f 300 000,— moeten wij zelf financieren, hetgeen voor artsen met opgroeiende studerende kinderen of voor artsen in de top van hun aflossingsjaren geen eenvoudige zaak is.

Wij hebben berekend, dat de huur ons per jaar f 36 000,— zal kosten (dat wil zeggen f 9 000,— per man per jaar). De totale huur en exploitatiekosten zullen voor ons vieren ongeveer f 100 000,— per jaar bedragen. Een en ander wordt gememoreerd om in grote lijnen enig idee te geven van de financiële consequenties van ons gebouw.

K. *Slotbeschouwingen.* Wij zouden tot slot enkele conclusies willen formuleren.

1 Het oprichten van een gezondheidscentrum vanuit bestaande praktijken is een moeizaam en langzaam verlopend proces. Het is oneindig veel gecompliceerder dan het oprichten van een dergelijk centrum in een nieuwbouwwijk.

2 Zonder overheidssubsidie is een dergelijk project, zeker voor reeds enkele jaren gevestigde artsen, onmogelijk.

3 Het werkzaam zijn gedurende enkele maanden betekent voor alle teamleden een grote voldoening.

4 Voor de artsen treedt spoedig een regulering van het werk op, er ontstaat een grote bereikbaarheid en er treden duidelijk kwaliteitsverbeteringen op in het werk (nogal onverwacht). De persoonlijke relatie arts-patiënt behoeft geenszins in het gedrang te komen!

5 Een samenwerkingsproject ontstaat niet doordat een aantal mensen toevallig goed bij elkander passen, maar vooral door de wil te gaan samenwerken. Men late zo weinig mogelijk aan het toeval over, hoe goed men elkander ook kent.

6 Een samenwerkingsproject kost aanzienlijk meer geld en aanzienlijk meer tijd dan het werk in de solopraktijk. De voldoening van de nieuwe wijze van werken weegt hiertegen echter ruimschoots op.

Uiteraard werd in dit artikel alleen maar op de grote lijnen ingegaan. Vele details, zoals werkverdeling, afspraakspreekuren, visite-consult-verhouding, interne organisatie werden hier niet behandeld, omdat deze uiteraard voor iedere groep individueel zullen verschillen.