

huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen

DOOR C. P. BRUINS, K. H. NOORDHOFF EN W. VERDENIUS*

Inleiding. In 1959 werd Van Deen, hoogleraar in de Sociale Geneeskunde, door de universiteit van Groningen in de gelegenheid gesteld een nieuw laboratorium op te richten. Gezien zijn bijzondere belangstelling voor de huisartsgeneeskunde — hij was zelf huisarts geweest in Kollum — liet hij direct voorzieningen inbouwen om te kunnen komen tot een universitaire huisartspraktijk, in de geest van de „teaching and research unit” van Scott in Edinburg. Door diverse omstandigheden konden zijn plannen in deze richting eerst veel later doorgang vinden. In 1966 heeft de universiteit een praktijk van 800 patiënten, zowel ziekenfonds als particulier, op Maatschappij-voorwaarden overgenomen van een oudere collega uit de stad. Bruins werd een maand lang intensief door de voorganger geïntroduceerd, waarna hij op 1 juli 1966 de huisartspraktijk in zijn volle omvang (inclusief bevalingen) op zich nam. De patiënten werden op naam van Bruins persoonlijk ingeschreven. Aangezien deze de status had van wetenschappelijk medewerker aan de universiteit, vielen de emolumenten aan de universiteit toe.

De ziekenfondsen maakten geen bezwaar tegen deze procedure, mits de plaatselijke huisartsenvereniging (P.H.V.) akkoord ging met de vestiging. Deze verleende zijn medewerking, al is wel enige discussie eraan voorafgegaan. Sommige huisartsen vonden het ambtenaar-zijn onverenigbaar met het vrije beroep van huisarts, anderen vonden het een oneerlijke concurrentie ten opzichte van de gevestigde huisartsen en weer anderen zagen het nut

Samenvatting. Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen. De schrijvers, deelnemers aan de universitaire groepspraktijk te Groningen, doen verslag van hun ervaringen. Er wordt enige feitelijke informatie over de praktijk gegeven; daarnaast wordt aandacht besteed aan de gevoelens welke het werken in een dergelijke groepspraktijk teweeg brengt.

niet in van een dergelijke praktijk, die toch geen „normale” praktijk kon worden.

Vanaf het begin is gestreefd naar een zo goed mogelijke samenwerking met het N.H.G. en de P.H.V.; aan alle groepsactiviteiten werd zo volledig mogelijk meegewerkt, bijvoorbeeld wat betreft de dokterstelefoon, gezamenlijke inentingen en dergelijke.

Het was voor de patiënten aanvankelijk enigszins moeilijk om het praktijkgebouw te vinden, omdat zij een woonhuis verwachtten. Daarbij ligt het gebouw nogal achteraf, tussen enige grote laboratoria, aan het einde van een parkeerterrein. De scheiding woonhuis/praktijkhuis en het universitaire karakter bleken geen bezwaar te zijn voor de overgrote meerderheid der patiënten. Ongeveer vijf patiënten verlieten bij de overneming de praktijk. Eén van hen gaf als reden op dat hij geen ambtenaar als huisarts wenste.

Overdag was steeds een doktersassistente op het praktijkadres aanwezig, 's avonds en 's nachts was de huisarts thuis bereikbaar. Er werd een weekenddienstregeling met een reeds bestaande groep huis-

* Wetenschappelijke hoofdmedewerkers aan het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Groningen.

artsen aangegaan. Het is vanaf het begin de bedoeling geweest de helft van de dagtaak aan patiëntenzorg te besteden.

De praktijk groeide langzaam tot ongeveer 1.000 patiënten in 1968. Er trad een duidelijke verjonging van de praktijk op, met een ruime vertegenwoordiging van studenten en verpleegsters. Nauwlettend is nagegaan op welke wijze en om welke redenen de nieuwe patiënten zich aanmeldden. Het bleek te gaan zoals het in elke praktijk gaat, namelijk via familie, kennissen en dergelijke, dus duidelijk persoonsgebonden en niet vanwege het universitaire karakter. Nauwkeurig werden de ter plaatse bestaande gewoonten bij het overnemen van patiënten van andere huisartsen, gevolgd.

Deze situatie bleef gehandhaafd tot september 1968, toen de universiteit voor Noordhoff en Verdenius eveneens een praktijk van circa 1.000 zielen aantrok, wederom van een oudere collega. Beiden waren voordien zelfstandig als huisarts werkzaam geweest respectievelijk gedurende twaalf en zeven jaar. De nieuwe praktijk werd in tweeën gedeeld in een noordelijk en zuidelijk stadsdeel; de gedachte aan regionalisatie was hierbij de leidraad. Vrij veel patiënten vertrokken bij deze overneming, deels omdat de praktijk lange tijd wegens ziekte door anderen was waargenomen en er geen introductie door de voorganger kon plaatsvinden, deels omdat velen de afstand tot het praktijkgebouw een bezwaar vonden. Uiteindelijk startten Noordhoff en Verdenius met respectievelijk 400 en 350 patiënten. Er is thans een duidelijke groei waarneembaar, mede omdat de praktijk van Bruins is gesloten. 800 zielen per arts wordt als optimaal beschouwd voor drie uur werken 's morgens.

Doelstelling. De vraag: „Waarom een universitaire huisartspraktijk?” kan als volgt worden beantwoord.

1 *Eigen training en het betrokken zijn.* De werksituatie van de huisarts wordt ten dele gekenmerkt door eigenschappen die moeilijk in theorie zijn te reproduceren. Men neemt beslissingen en men draagt verantwoordelijkheid op deels geobjectiverde, deels geïndividualiseerde of intuïtieve gronden; men werkt onder omstandigheden die, vanuit klinisch-specialistisch standpunt gezien, niet optimaal zijn; er zijn in de beoordeling van patiënten en situaties talrijke buiten-medische criteria relevant, enzovoort.

Het risico is hierbij groot dat een wetenschappelijke medewerker die niet dagelijks contact heeft met deze kenmerken, verschaalt tot iemand met een formeel inzicht in de problemen die uit deze werksituatie voortvloeien. Deze kans wordt groter wanneer bovendien, zoals in onze situatie, de wetenschappelijke medewerker vele impulsen ontvangt uit kringen waar men een meer academische zienswijze aantreft. Het toetsen van dergelijke impulsen aan en vooral het integreren ervan in het werk van de huisarts, roept een spanningsveld op.

In feite wordt dit spanningsveld veroorzaakt door dezelfde krachten die op iedere arts inwerken wanneer deze na een wetenschappelijke opleiding, in de huisartspraktijk belandt. Iedere huisarts vindt op den duur in dit spanningsveld wel een *modus vivendi*, maar wij geloven stellig dat door de situatie waarin wij ons in deze universitaire groepspraktijk bevinden, waar ons steeds nieuwe prikkels bereiken terwijl de reactie op deze prikkels weloverwogen tot stand kan komen, de kans op het vinden van een optimale *modus vivendi* wordt vergroot.

2 *Casuïstiek ten behoeve van het onderwijs.* In hetzelfde kader past, dat bij het onderwijs in de huisartsgeneeskunde zoveel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van „levende” situaties. Wij twifelen eraan of het begrip „persoonlijk” als element van de huisarts-patiënt-relatie het mogelijk maakt om, naar analogie van het klinische onderwijs, eigen patiënten te demonstreren. In casuïstiekbesprekingen kan het levensechte aspect echter beter worden belicht door de eigen huisarts dan vanuit de tweede of derde hand, waarbij met name beleidsbepaling, prognose en follow-up van meer waarde kunnen zijn voor het onderwijs aan studenten, die immers zijn opgeleid in een wereld met meer zekerheden dan die waarin de huisarts functioneert.

3 *Research.* Een praktijk van beperkte omvang zoals de onze, leent zich niet voor alle vormen van research. Wel mogelijk zijn oriënterende „pilot”-studies, het testen van bijvoorbeeld technische outillage en, mits men rekening houdt met de typische kenmerken van de praktijk, beperkt morbiditeitsonderzoek; verder worden af en toe experimenten met betrekking tot de praktijkvoering opgezet. Daarnaast biedt het zelf praktijk doen volop gelegenheid tot het signaleren van research-mogelijkheden.

De groepspraktijk werd als vorm gekozen omdat de huidige ontwikkeling, die immers tendeert in de richting van teamwork en multidisciplinaire benadering, het wenselijk maakt om ervaring op te doen met groepssamenwerking. Daarbij komt, dat de doelstelling om de medewerkers buiten de normale praktijkuren een maximale bewegingsvrijheid te geven met behoud van een goede verzorging van de patiënten, in een groepspraktijk het beste is te realiseren.

Dagindeling. Het dagrooster van de drie artsen is als volgt.

8.30-9.45: afspraakspreekuur.

9.45-10.15: administratie, organisatie, koffiedrinken (afhankelijk van het aantal visites kan deze periode naar een ander tijdstip worden verschoven).

10.15-11.30: visite rijden.

11.30-12.30: stafbespreking.

14.00-18.00: tijd voor werkzaamheden buiten de praktijk (dit zijn voornamelijk werkzaamheden in

verband met nascholing, research, opleiding en organisatie).

Van 9.30 tot de volgende ochtend 8.00 uur is voor spoedgevallen een der drie artsen bij toerbeurt beschikbaar; hij is altijd om 14.00 en om 17.00 uur in het praktijkgebouw aanwezig voor het opvangen van spoedconsulten, telefonische adviezen, receptaanvragen en dergelijke; voor de rest van de tijd is hij tenminste per semafoon bereikbaar.

Buiten de gebruikelijke werktijden is het praktijkgebouw onbemand, men wordt met behulp van een bordje aan de deur en een antwoordapparaat naar het privé-adres van de dienstdoende arts verwezen. Afspraken voor langerdurende consulten, prenatale controle en dergelijke worden vaak tussen 17.00 en 18.00 uur gemaakt, onafhankelijk van de dienst.

De weekenddienst wordt vervuld in twee verschillende groepen: terwijl Bruins in een groep participeert, hebben Noordhoff en Verdenius de plaats van hun voorganger in diens waarnemingsgroep ingenomen. Deze regeling, hoewel wat omslachtig en wat meer arbeidsintensief, voldoet goed, omdat het een gewaardeerde mogelijkheid biedt tot contact met andere huisartsen ter plaatse. De waarneming bij vakanties vindt uitsluitend binnen de eigen groepspraktijk plaats.

Praktijkgegevens. Leeftijd en geslacht. Beide praktijken waren bij de overneming gekenmerkt door een oververtegenwoordiging van de oudere leeftijdsgroepen. Omdat de gegevens van de ziekenfondsen het meest volledig beschikbaar waren, werden deze vergeleken met landelijke zieken-

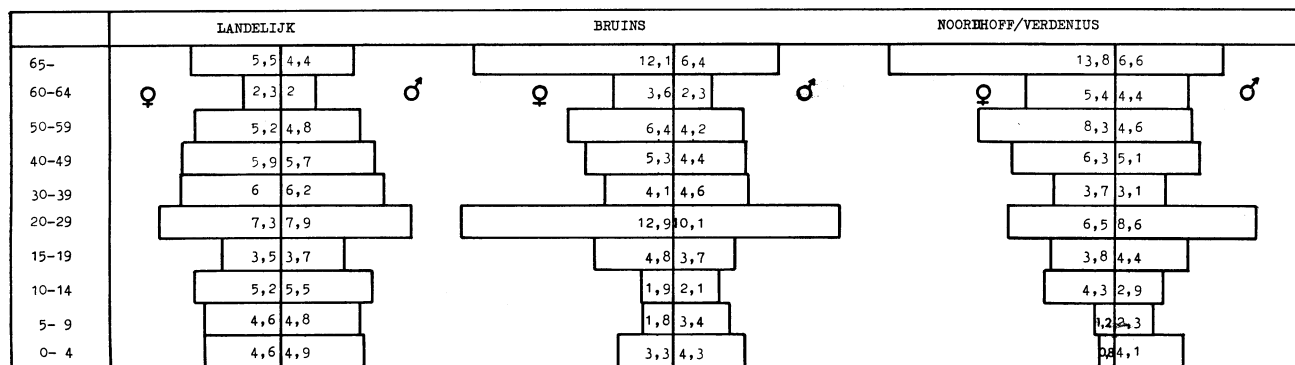
fondsgegevens van 31-12-'67. In de geslacht/leeftijd tabellen van beide praktijken is het verschil met de landelijke opbouw duidelijk zichtbaar. Daarnaast is de ingetreden „verjonging” in de praktijk van Bruins duidelijk aanwijsbaar (figuur 1). Dit alles lijkt een normale ontwikkelingsgang in praktijken die zeer lang door de voorgangers zijn gevoerd en dan door jonge collegae worden overgenomen en voortgezet. Qua verhouding ziekenfonds - particulier wijkt de praktijk niet belangrijk af van het landelijke en het provinciale gemiddelde. De percentages ziekenfondspatiënten zijn namelijk de volgende: landelijk 70,0; Groningen 72,2; Bruins 69,8; Noordhoff Verdenius 80,9.

Verrichtingen. De gemiddelde aantallen verrichtingen per 1.000 patiënten per praktijk, alsmede de consult/visite verhoudingen zijn aangegeven in tabel 1.

In de laatste kolom is de „consultation rate” gegeven, dit is het aantal verrichtingen per 1 000 patiënten per jaar. Het door *Oliemans* gevonden aantal is 4 176, *Kramer* vindt voor een huispraktijk in de stad Groningen een verrichtingscijfer van 4,5, hetgeen zou overeenkomen met een „consultation rate” van 4 500.

Wanneer men hierbij in aanmerking neemt dat, vergeleken bij de landelijke cijfers in beide praktijken een lichte oververtegenwoordiging is van vrouwen en in beide praktijken het aantal patiënten van 65 jaar en ouder ongeveer het dubbele is van het landelijke gemiddelde, dan betekent dit dat het hier om relatief arbeidsintensieve praktijken gaat. In dit licht gezien is de verrichtingsfrequentie in beide

Figuur 1. Geslacht-leeftijd tabellen, landelijk en van de onderhavige praktijken. De getallen in de kolommen geven het percentage van het totaal aan.



Tabel 1. Gemiddeld aantal consulten en visites per dag per praktijk absoluut en per 1 000 patiënten, consult/visite verhouding en consultation rate, in de periode van 1-1-'69 tot 1-7-'69.

Artsen	Praktijk			Per 1 000 patiënten		
	Gemiddeld aantal consulten per dag	Gemiddeld aantal visites per dag	Consulten / Visites	Gemiddeld aantal consulten per dag	Gemiddeld aantal visites per dag	Consultation rate
Bruins	9,2	4,5	2,01	8,9	4,3	3431
Noordhoff/Verdenius	8,6	5,6	1,54	10,5	6,8	4497

praktijken lager, in de praktijk van Bruins zelfs belangrijk lager dan uit de praktijkopbouw kon worden verwacht.

De duur der verrichtingen is minder exact te bepalen; voor het afspraaksprekuren wordt, afgezien van bijzondere verrichtingen, 7,5 tot 15 minuten per consult gereserveerd; het aantal visites per uur varieert van twee tot vijf, waarbij de invloed van de verkeersdrukte indrukwekkend is.

Wij hebben de indruk dat het relatief lage aantal verrichtingen in onze praktijken zou kunnen samenhangen met het feit dat per verrichting meer tijd wordt besteed dan gemiddeld het geval is. De hier vermelde gegevens zijn met deze indruk niet in tegenspraak; om de juistheid ervan te toetsen zou men echter over veel meer materiaal moeten beschikken.

Het praktijkgebouw. Het praktijkgebouw strekt zich uit over de benedenverdieping van het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde, gelegen in een complex van universiteitsgebouwen aan de Ant. Deusinglaan, vlakbij het Academisch Ziekenhuis, maar niet op het terrein daarvan. Het omvat een ruime wachtkamer, een kamer voor de assistente waarin kaartstelsel en laboratorium, een kamer met variabele bestemming, de drie verschillende praktijkruimten en een toiletruimte.

Van de praktijkruimten bestaan twee uit een afzonderlijke spreekkamer met bijbehorende onderzoekkamer, de derde is een gecombineerde spreek- en onderzoekruimte met annex een kleedkamer en een donkere kamer met opklapbare onderzoekbank. De indeling is nogal door de omstandigheden (ruimtegebrek) ingegeven, een en ander wordt door ons niet aangeprezen als een voorbeeld tot navolging, maar slechts als een voorlopige oplossing, waarin desalniettemin op nuttige wijze, diverse soorten arrangementen, praktijkmeubilair en dergelijke kunnen worden beproefd. De voorziening van de verschillende ruimtes met outillage is ruim; de reden hiervoor is, dat nogal eens nieuwe apparatuur werd aangeschaft teneinde deze te beproeven.

De gang van zaken in de praktijk. Deze wijkt niet essentieel af van de gebruikelijke, of het moest zijn dat de dwang van het aantal patiënten en de haast zich minder doen gelden. De co-assistenten en de huisartsen in opleiding werken niet mede in de praktijk. Verwijzingen kunnen plaatsvinden naar iedere specialist, zowel in het Academisch Ziekenhuis als daarbuiten. De neiging welke iedere huisarts heeft om zich een aantal vaste specialisten „aan te meten”, is in ons geval enigszins versterkt omdat wij behoefte eraan hebben de problematiek die opduikt in het grensgebied tussen huisarts en specialist met een of meer specialisten te bespreken. De opleidings- en nascholingstaak dwingt ook hiertoe.

Daarnaast bestaat georganiseerd overleg met andere disciplines, te weten:

Het maatschappelijk werk. Maandelijks vindt een bespreking plaats met een aan de Gemeentelijke Sociale Dienst verbonden maatschappelijk werker die als consulent fungeert. Hij ziet dus geen patiënten uit onze praktijk, maar hij geeft zijn mening en eventueel zijn advies naar aanleiding van door ons ingebrachte problemen uit de praktijk. De gang van zaken doet enigszins denken aan de „mental health consultation” die door Caplan wordt gepropageerd bij psychiatrische en psychosociale problematiek. Het systeem lijkt voordelen te bieden*.

Farmacotherapie. Sinds kort vindt tweemaal per maand een bespreking plaats met een praktiserende apotheker, tevens wetenschappelijk medewerker aan de universiteit. Vragen over nieuwe geneesmiddelen, bijwerkingen en receptuur worden hier aan de orde gebracht. De apotheker oriënteert zich zo nodig via literatuur of persoonlijke contacten uitgebreid; hij kan ons veel relevante informatie verschaffen die op andere wijze moeilijk of in het geheel niet is te verzamelen.

Ad hoc vindt overleg plaats met deskundigen op medisch en paramedisch gebied naar aanleiding van probleemgevallen uit de praktijk.

Teambesprekingen van medisch opvoedkundige bureaus of bureaus voor levens- en gezinsmoeilikheden over verwezen patiënten worden in het algemeen bijgewoond.

Systematisch persoonlijk overleg met de wijkverpleegsters is niet uitvoerbaar bij een over de gehele stad verspreide praktijk.

Naast contacten, waarin specialisten en beoefenaars van paramedische beroepen ons van dienst zijn, wordt ook herhaaldelijk een beroep gedaan op onze medewerking door organisaties of individuele specialisten en huisartsen. Waar mogelijk wordt deze medewerking in de vorm van technische of denk-hulp gaarne gegeven.

Een aantal faciliteiten die waarschijnlijk bij voldoende aandringen voor diverse huisartsen ook wel bereikbaar zouden zijn, maar die in onze situatie gemakkelijker konden worden gerealiseerd, zijn de volgende.

- 1 De mogelijkheid om vaginaal-uitstrijken te laten beoordelen.
- 2 De mogelijkheid om snel een schermbeeldfoto van het consultatiebureau te verkrijgen. Dit is een experiment; wij vragen zonder enige vermelding van indicatie een schermbeeldfoto; binnen 24 uur zijn wij in het bezit van de beoordeling van de arts van het consultatiebureau. Evaluatie van deze procedure zal ons hopelijk leren of iets dergelijks zinvol is.
- 3 Er staat een electrocardiograaf ter beschikking. Eén onzer, Bruins, heeft zich doelbewust de voor het beoordelen nodige kennis en ervaring eigen gemaakt. In principe wordt echter elk electrocardiogram mede door een cardioloog of internist gezien.

* Een evaluerend artikel hierover is in voorbereiding.

Er is één doktersassistente in volledige dienst beschikbaar. Het kaartstelsel is het stelsel „Saan”, waarbij alle specialistenbrieven, in- en uitgaande post en copierecepten in de dubbele kaart voorhanden zijn, terwijl op de kaart van alle patiënt-arts-contacten min of meer uitvoerig vermelding wordt gemaakt. In een groepspraktijk waar men nogal eens elkaars patiënten ziet, heeft dit duidelijk voordelen.

Alle gestelde diagnoses worden gecodeerd volgens de „Classification of diseases”-lijst van het „College of General Practitioners”. Van de registratie wordt soms gebruik gemaakt om casuïstiek te verzamelen voor bespreking met co-assistenten.

Contract. Door middel van een contract met de universiteit zijn bepaalde regels opgesteld, enerzijds de persoonlijke verantwoordelijkheid behelzende welke de medewerker als arts heeft ten opzichte van de op zijn naam ingeschreven patiënten en anderzijds het recht van de hoogleraar-directeur van het instituut om een beslissende stem te doen gelden ten aanzien van de omvang van de praktijk, de grootte van het praktijkgebied en de selectie van de patiënten. Bovendien is vastgelegd dat de hoogleraar-directeur richtlijnen kan geven met betrekking tot diagnostiek en behandeling van patiënten, eveneens „onverminderd de eigen verantwoordelijkheid als arts van de wetenschappelijk medewerker”.

De bedoeling van deze clausule is duidelijk deze, dat de universiteit het voor de hoogleraar-directeur mogelijk wil maken aan bepaalde verlangens ten aanzien van het werk van de huisartsen uniform te voldoen wanneer dit bijvoorbeeld in verband met een onderzoek gewenst lijkt, of bepaalde garanties ten aanzien van de kwaliteit door te voeren.

Het risico voor de deelnemende huisartsen/wetenschappelijke medewerkers is, dat een hoogleraar handelingen zou kunnen eisen die niet stroken met hun eigen inzichten ten aanzien van de patiëntenbehandeling. Tot dusverre werden richtlijnen, in welke zin ook, nooit gegeven dan na overleg met en na volledige akkoordverklaring door alle betrokkenen; ook bij bespreking van problemen in de groep wordt steeds de eigen verantwoordelijkheid van de arts tegenover zijn patiënt primair gesteld.

Strikt volgens de letter blijft het echter een risikante clausule, die voor ons slechts acceptabel is omdat de persoon van de huidige hoogleraar-directeur een ontsparing op dit punt onwaarschijnlijk maakt. Het zou waarschijnlijk nuttig zijn bij een herziening van het contract de mogelijkheid van arbitrage te regelen.

Voorts behelst het contract bepalingen volgens welke de financiën worden geregeld. Alle onkosten komen ten laste van de universiteit; alle praktijkinkomsten gaan naar de universiteit; de goodwill is eigendom van de universiteit; de medewerker moet in de gemeente wonen; hij mag zich, na afloop van

zijn dienstverband niet als huisarts vestigen binnen een afstand van 15 km van het praktijkgebouw.

* * *

Hoe wordt de situatie door onszelf ervaren? Wanneer wij pogen te beschrijven welke positieve en negatieve gevoelens de thans bestaande situatie bij ons heeft opgewekt, moet men bedenken dat wij alle drie duidelijk vóór de groepspraktijk zijn en dat juist de behoefte om niet uitsluitend als „solist” werkzaam te zijn, mede ertoe heeft geleid dat wij deze functie hebben verkozen. Onder dit voorbehoud lijkt het zinvol over de volgende aspecten onze indrukken weer te geven.

1. *Invloed van het ambtenaar-zijn op de relatie huisarts-patiënt.* De auteurs zijn van mening dat economische motieven in de relatie arts-patiënt nooit een nuttige functie hebben; het wordt door hen als een bevrijding gevoeld dat bij het behandelen van patiënten elk financieel moment ontbreekt.

Een goede relatie met de patiënt is nodig ten behoeve van het effect van de behandeling; het niet tot stand komen of afbreken van een dergelijke relatie wordt ook in de huidige omstandigheden vrijwel steeds als iets negatiefs ervaren: men vraagt zich af of men wellicht heeft gefaald.

2. *De verzorging van patiënten als halve dagtaak, naast „theoretische” bezigheden.* Hoewel de kwestie van het continu beschikbaar moeten zijn voor patiëntenhulp in beginsel lijkt opgelost door het systeem van één dienstdoende arts, levert in feite de „dubbelrol” van actief huisarts en wetenschappelijk medewerker op het terrein van de huisartsgeneeskunde, enige aanpassingsproblemen.

Enerzijds interfereren hangende problemen uit de praktijk 's ochtends met het geconcentreerd bezig zijn aan de middagtaak, wat tot versnippering kan leiden; anderzijds kan het enige inspanning kosten tijdens de contacten met de patiënten de „theoretische” gerichtheid te laten varen.

3. *Het werken in een groep.* De drie deelnemers aan de groepspraktijk kenden elkander van tevoren nauwelijks. Er bestaan vrij aanzienlijke verschillen in inzicht, werkwijze en persoonlijkheid van de drie artsen; deze zijn in het eerste jaar geleidelijk uitgekristalliseerd tot patronen, die ieders gedrag in discussies en groepsbesprekingen en bij de behandeling van patiënten in hoge mate voorspelbaar — dat is begrijpelijk — maken, zodat zelfs daarop kan worden geanticipeerd. In feite betekent dit een verrijking van eigen denken en handelen; het relativeren van eigen impulsen wordt een gewoonte, zonder dat dit al te veel gevoelens van onzekerheid oproept. Daarnaast is het zonder meer een voordeel dat de eigen patiënten af en toe worden gezien door een collega met andere „blinde vlekken”.

De communicatie verloopt, voor zover het de praktijk betreft, moeiteloos: gezamenlijk koffiedrinken, een vast vergaderuur, het gelijktijdig in naast elkander gelegen ruimtes spreekuur houden

(waarbij men elkander regelmatig consulteert), werken dit in de hand.

4. *De acceptatie van een groepspraktijk door patiënten.* Door het kennen van elkaanders patronen en gewoontes is het mogelijk tijdens de frequente waarneming voor elkander een beleid voort te zetten. Daarbij komt, dat de waarnemer voor de patiënt geen „vreemde” dokter is. Hij is van gezicht bekend, beschikt over de patiëntenkaart, wordt bereikt via dezelfde assistente, kortom hij wordt ervaren als een „verlengstuk” van de eigen arts. Dit zou kunnen verklaren waarom de dienstdoende arts door de patiënten op een meer positieve wijze wordt benaderd dan in een „normale” waarnemings situatie het geval zou zijn. Klachten van patiënten over frequente afwezigheid van hun arts zijn — hierop werd door ons vrij systematisch gelet — een grote zeldzaamheid.

5. *Organisatie.* Ieder van de drie deelnemers aan de groepspraktijk heeft zijn eigen praktijkgewoonten meegebracht, welke hij gewend was in samenwerking met zijn assistente te realiseren.

In de nieuwe opzet, met één praktijkassistente die drie heren dient, was het noodzakelijk deze impulsen te uniformeren en een pakket van instructies en afspraken samen te stellen, dat zoveel mogelijk aan ieders verlangen tegemoet kwam en bovendien een vlotte en efficiënte praktijkvoering mogelijk maakte. Het is in deze omstandigheden frappant te ervaren hoeveel tijd diverse futiele zaken, welke men in het eenmansbedrijf en passant en nauwelijks bewust van alternatieven oplost, gaan kosten wanneer men probeert een verantwoordelijke en optimale groepsbeslissing ervan te maken. Dit is een probleem dat in elke groepspraktijk, zodra er sprake is van enige integratie, zal optreden; men moet de hoeveelheid tijd en mankracht die hiermede zijn gemoeid, niet onderschatten.

Een moeilijkheid waarmede men in een vrije groepspraktijk minder zal hebben te maken, maar

die in ons geval nogal eens tot frustratie aanleiding geeft, is de volgende.

Het realiseren van beslissingen waarbij het om aanschaf van materialen gaat — instrumenten, drukwerk, geneesmiddelen, verbruiksgoederen — loopt wat moeizaam op de rijksrails. Het tempo waarmede de gevraagde artikelen tenslotte binnenkomen, wordt niet beïnvloed door invoelbare factoren als kostprijs en mate van onmisbaarheid, maar is voor iemand die nog niet aan het ambtelijke bestaan gewend is, volslagen onvoorspelbaar.

Waarschijnlijk zou hierin verbetering kunnen worden gebracht en een soepeler en slagvaardiger beleid zou in dit opzicht worden bevorderd, wanneer men voor een universitaire huisartspraktijk een andere status zou kiezen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de vorm van een stichting. Het is voor ons een open vraag of men hiermede veel zou winnen, want financiële afhankelijkheid brengt natuurlijk altijd wel een zekere afhankelijkheid in de beleidsbepaling mede, terwijl tegenover het kwaad van de ambtelijke molens de vele voordelen staan welke een groot overheidsbedrijf met zijn vele gespecialiseerde takken van dienst, kan bieden.

Summary. A year of university group practice in Groningen. The authors, participants in a Groningen university group practice, report on their experiences. They present some factual information on the practice, and also discuss the personal feelings arising from this situation.

Geraadpleegde literatuur

- Bruins, C. P. (1966) Ned. T. Med. Studenten 12, 213.
Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. Tavistock Publications, New York-London, 1964.
Deen, K. J. van. (1961) huisarts en wetenschap 4, 78.
Kramer, D. A. (1967) huisarts en wetenschap 10, 455-458.
Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
Research and teaching unit huisartspraktijk aan de Rijksuniversiteit te Groningen. (1963) Medisch Contact 18, 597-600.
Wielen, Y. van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorkum en Comp., Assen, 1960.
Ziekenfondsraad. Jaarverslag 1967.