

Een experiment van gecoördineerde gezondheidszorg in Rotterdam (Ommoord); een eerste beschouwing

DOOR F. R. BAKKER, HUISARTS TE ROTTERDAM

“Family medicine is a coordinated multidisciplinary approach to comprehensive health care of the family unit” (*Sergent*)

Inleiding. Reeds gedurende vele jaren is de plaats en de werkwijze van de huisarts in het stelsel van de gezondheidszorg in ons land, onderwerp van theoretische beschouwingen en daarmee samenhangende discussies geweest.* De laatste tijd lijkt eindelijk een zekere attitude verandering in de zin van een - weliswaar aarzelende - tolerantie ten aanzien van een andere aanpak van de huisartsgeneeskunde op te treden.

Hoewel verleidelijk, zal in het kader van dit artikel niet verder op de oorzaken van het „afhouden” (een „understatement”) en de nog steeds bestaande aarzeling betreffende deze nieuwe ontwikkelingen, worden ingegaan. Momenteel zijn een aantal „projecten van gecoördineerde gezondheidszorg” waaraan huisartsen in groepspraktijken deelnemen gestart, een aantal dat overigens letterlijk op de vingers van twee handen is af te tellen. Men vergelijk hiermede de toestand in Engeland (*Bakker*).

Hieronder volgt een samenvatting over de wijze waarop het „project Ommoord” tot stand kwam en komt, welke onze uitgangspunten zijn, welke verwachtingen wij hebben en welke ervaringen reeds zijn opgedaan met de organisatie en de verschillende samenwerkingsvormen. Een aantal meer toegespitste aspecten daarvan zijn reeds aan de orde gekomen (*Lamberts*).

Het uitgangspunt: een multidisciplinaire, ge-

* Wij noemen onder andere: J. H. Lamberts. Is proefneming met een medisch wijkcentrum gewettigd? (1956) Het Ziekenfonds, 207.

J. Buma (1960) huisarts en wetenschap 3, 298.

F. J. A. Huygen (1962) huisarts en wetenschap 5, 119.

Verslag conferentie groepspraktijken Eindhoven (1962) huisarts en wetenschap 5, 221.

J. C. van Es (1966) huisarts en wetenschap 9, 162.

W. B. van der Mijn (1966) Medisch Contact 21, 274.

P. Muntendam (1966) Het Ziekenfonds, 101.

Rapport Studiegroep Groepspraktijken N.H.I., 1967.

Voorlichtingsrapport Groepspraktijken Reeks N.H. Ideeën nummer 1.

Present state and future needs of general practice. The Royal College of General Practitioners. Report from General Practice XIII, 1970.

Samenvatting. De voorgeschiedenis, de totstandkoming en het functioneren gedurende twee jaar van een multidisciplinaire geïntegreerde en gecoördineerde benadering van de gezondheidszorg in de eerste lijn — gericht op het gezin in de wijk Ommoord — worden beschreven. Een groepspraktijk van — momenteel vier — huisartsen werkt hier samen met een apotheker, fysiotherapeuten, wijk- en consultatiebureauverpleegsters, een diëtiste, maatschappelijke werkers, verloskundigen en zielszorgers. De verschillende samenwerkingsvormen passeren de revue.

Een voortdurende bezinning op de relevantie en het rendement van deze samenwerkingsvormen, gezien in het licht van de grote vraag naar geneeskundige zorg in de eerste lijn wordt, evenals een morbiditeitsanalyse als uitgangspunt voor wetenschappelijk onderzoek, in dit project naar voren gebracht.

De totstandkoming van een wijkgezondheidscentrum, de financiële consequenties verbonden aan het project en een beschrijving van een ontwerp maatschaps contract, ronden deze eerste beschouwing van dit „experiment” van gecoördineerde gezondheidszorg in Ommoord af.

integreerde en gecoördineerde benadering van de gezondheidszorg in de „eerste lijn”, gericht op het gezin.

Achter bovenstaande volzin gaat een gedachtenwereld schuil. Een groot aantal theoretische idealistische en praktische uitgangspunten wordt hiermede geconcretiseerd in een model van actie.

Onzes inziens moet men bij het ontbreken van getoetste hypothesen en het bestaan van een goed uitgewerkt referentiekader in het algemeen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde overgaan tot het uitproberen van verschillende alternatieven; met andere woorden men moet overgaan tot actie om al experimenterend te proberen de „theoretische impasse” te boven te komen (*Panzetta*).

In een beschouwing over de verschillende benaderingswijzen van de huisartsgeneeskunde van Engelse en Nederlandse huisartsen (*Bakker*) werden reeds een aantal benaderingswijzen naar voren gebracht die ook aan de opzet van het „project Ommoord” ten grondslag liggen. Het aanvaarden van de verantwoording voor een continue en

integrale zorg voor individuen in relatie tot hun gezin en woon- leefmilieu; het onderkennen van een balans tussen somatische en psycho-sociale aspecten bij ziekte en gezondheid en de ingewikkelde multicondionele beïnvloeding van deze balansen, waarbij vooral ook psycho-sociale facetten een steeds grotere rol gaan spelen, zijn even zovele overwegingen om tot een multidisciplinaire en vooral ook gecoördineerde aanpak te komen (de zogenaamde „integrale benadering”).

Ook een aantal „logistieke” overwegingen die eveneens wijzen in de richting van samenwerken en coördinatie werden in laatstgenoemde beschouwing naar voren gebracht, zoals interne reorganisatie in de zin van het vormen van groepspraktijken met als verwachte voordelen onder meer: betere praktijkorganisatie (gemeenschappelijke administratie en gemeenschappelijk kaartstelsel, gemeenschappelijke hulpkrachten, afspraksprekuren, onderlinge waarneming, verdeling van kosten en dergelijke) en vermindering van isolement (onderling overleg, betere onderlinge communicatie en collegiale verhoudingen, stimuleren van elkander en wat dies meer zij).

Daarnaast werden genoemd de externe reorganisatie (verbetering van de communicatie met alle andere werkers op het terrein van de gezondheidszorg) en het verzorgende aspect van de logistiek. Deze „verzorging” houdt voor ons in: een adequaat inkomen, betere voorzieningen (onder andere „purpose build” praktijkgebouw), voldoende hulpkrachten voor niet zuiver professionele bezigheden en behoud van eigen gezinsleven. Naast dit alles speelt ook de mogelijkheid tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek een rol.

Hiermede zijn de uitgangspunten aangegeven die ten grondslag lagen (en liggen) van ons project: een project dat een streven inhoudt naar de gemeenschappelijke uitoefening van de huisartspraktijk door een groep van huisartsen (groepspraktijk „sec”) met behoud van ieders verantwoordelijkheid voor de eigen praktijk, met gebruikmaking van een gemeenschappelijk vooral doelmatig praktijkgebouw, gemeenschappelijke hulpkrachten en - last but not least - het streven van de groep en haar individuen naar het verlenen van optimale huisartsenhulp respectievelijk naar optimaal functioneren als huisarts.

Dit laatste betekent voor ons het streven naar een zoveel mogelijk geïntegreerde, gecoördineerde en daardoor multidisciplinaire aanpak van een groot aantal problemen waarmede men in de huisartspraktijk wordt geconfronteerd. Wat dit laatste betreft, werd in eerste instantie zoveel mogelijk van de ad hoc situatie hier te lande uitgegaan, zodat dit weer betekende een streven naar samenwerking met daarvoor in aanmerking komende personen, hulpkrachten en instanties zoals apothekers, fysiotherapeuten, geestelijken, Kruisverenigingen, diëtisten, de verschillende onderdelen van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.) maatschappelij-

ke werkers, opbouwinstanties, verloskundigen, specialisten en ziekenhuizen.

In het hiernavolgende zal worden uiteengezet op welke wijze onze uitgangspunten werden concreetiseerd, welke ervaringen zijn opgedaan met de organisatie van de groep, de verschillende samenwerkingsvormen en de totstandkoming van ons onderkomen, het gezondheidscentrum.

Voorgeschiedenis van de totstandkoming van het project. Toen eenmaal de uitgangspunten van waaruit men dacht de huisartsgeneeskunde te gaan beoefenen waren geformuleerd, kwamen uiteraard de belangrijke vragen naar voren waar en hoe een en ander te realiseren, met andere woorden in welke woon- en werkomgeving zou een dergelijk project het beste van de grond komen; hoe kreeg men een groep artsen bijeen die hun schouders onder het experiment wilden zetten; welke consequenties op financieel gebied waren voor de groep huisartsen en het project als geheel te verwachten en hoe zouden de verschillende samenwerkingsprojecten in ruimere zin kunnen worden gerealiseerd.

In zijn algemeenheid moet eerst worden opgemerkt dat toen de eerste concrete stappen tot de realisering van het project vijf jaar geleden werden gezet, voor een aanpak op „eigen kracht” werd gekozen. Zoals eerder gezegd, leefden de ideeën welke wij voorstonden nog onvoldoende in de eigen beroepsgroepering en bij de diverse instanties om hiervan veel hulp te kunnen verwachten. Het was zelfs zo, dat verzet vanuit deze structuren reeds eerder concrete plannen zoals de onze, onmogelijk had gemaakt.

Omdat het opzetten van een meer omvangrijk project dan het geplande toch wel belangrijke financiële en ruimtelijke (gezondheidscentrum) consequenties met zich bracht, alsmede belangrijke veranderingen in de benadering van de gezondheidszorg rond het gezin, betekende dit al bij voorbaat dat „op eigen kracht” ook inhield een beïnvloeding van het politieke krachtenspel rond en in de gezondheidszorg in een voor ons gunstige zin. Dit zou dan moeten resulteren in: financiële steun, de totstandkoming van een adequate ruimtelijke voorziening en de bereidheid tot samenwerking van en met verschillende instanties. Het zal bekend zijn dat de woon- en werksituatie in grote steden niet bepaald uitnodigen daar heden ten dage nog een huisartspraktijk te beginnen. Dit geldt eens te meer voor de verre van „rustieke” omgeving als plaats van vestiging welke de „steenwoestijnen” - als de nieuwbouwwijken helaas nog zijn - met minimale mogelijkheden in de woon- leef- en recreatiesfeer, vormen. Ook de nog altijd met enige „romantiek” omgeven werkwijze van de plattelandsarts is hier uiteraard ver te zoeken.

Omdat wij ons realiseerden dat de vestiging van een project als het onze in een bestaande wijk of regio, met bestaande structuren, tradities, leefgemeenschappen, huisartspraktijken, onderlinge ver-

houdingen en financiële investeringen, onoverkomelijke extra moeilijkheden met zich zou brengen, kozen wij voor de totstandkoming van ons project toch een nieuwbouwwijk. Hier lagen ons inziens de beste kansen voor het realiseren van ons project. Onze keus viel op de nieuwbouwwijk „Ommoord” in het noord-oosten van Rotterdam met duidelijke geografische grenzen - waaraan wij ons bij de uitoefening van de praktijk ook nauw houden - en een toekomstig bewonersaantal van ongeveer 35 000 mensen. De wijk is compact en uniform van bouw: niemand woont bijvoorbeeld meer dan circa 1 000 meter van het wijkcentrum, dus straks ook van het gezondheidscentrum.

Het viel te verwachten dat een belangrijk deel van het bewonersaantal door een groepspraktijk van vijf tot zes artsen van geneeskundige hulp zou kunnen worden voorzien; een ander deel van de bevolking zou zijn eigen huisarts houden of iemand buiten de groep moeten kiezen.

Een exacte omschrijving van de desiderata welke men in overweging zou moeten nemen bij het samenstellen van een groep huisartsen die bereid zijn om op de eerder geschetste wijze met elkaar en anderen samen te werken, is natuurlijk (nog) niet te geven. Waarschijnlijk is voor ons nu wel, dat de angst voor het nieuwe (andere) en alles wat daarmee samenhangt meer bezwaren naar voren heeft doen komen dan er in werkelijkheid zijn (vergelijk bijvoorbeeld ook de ontwikkeling in Engeland, *Bakker*). Wij zijn ervan uitgegaan dat een eerste vereiste voor de totstandkoming van een duurzame samenwerking een duidelijke — althans voor zover mogelijk — omschrijving van de doelstellingen zou moeten zijn, zodat ieder weet wat hem staat te wachten. Dezelfde duidelijkheid diende ook te bestaan ten opzichte van de onderlinge verhoudingen in zakelijke zin (zie financiële aspecten-maatschapscontract). Samenwerking eist naast het onderschrijven van de doelstellingen natuurlijk ook de bereidheid zich voor de verwezenlijking ervan in te zetten.

Daarnaast vaart natuurlijk elke samenwerking wel bij onder meer een sfeer van onderling vertrouwen, begrip, respect en een zekere mate van „souplesse”, kortom een aantal mogelijkheden om met anderen om te gaan.

Om althans - enigszins - vast te stellen of een aantal „mogelijkheden” tot samenwerken aanwezig waren, hebben wij van het begin af vastgesteld dat de partners in spé ruim de mogelijkheid (een aantal maanden) moesten hebben om met elkaar en elkanders „visie” kennis te maken. Wij hebben ook gemeend dat het, mede in verband met het bovenstaande, zeker in het begin, aanbeveling verdiende grote leeftjdsverschillen te vermijden. Ditzelfde gold voor het „inbouwen” van hiërarchische verhoudingen, zoals bijvoorbeeld een vaste projectleider of een directeur. Indien voor bepaalde zaken of situaties behoefte zou bestaan aan leiderschap, dan diende dit functioneel te zijn.

Dit houdt in dat bij ons al naar gelang de situatie of zaak die aan de orde is, leiderschapsfuncties door een van de partners op zich worden genomen. Belangstellende huisartsen werden vervolgens gezocht in de groep van afgestudeerde co-assistenten te Rotterdam met wie twee van ons goede contacten hadden als gewezen praeses van de co-assistentenvereniging. Daar het van te voren vaststond dat de nieuwe wijk in fasen zou worden bevolkt, werd gepland dat de artsen met tussenpozen van ongeveer driekwart jaar hun praktijk zouden kunnen beginnen (vrije vestiging). Wel werd zoveel mogelijk gepoogd partners in spé vroegtijdig bij het project te betrekken, zodat met de totstandkoming op optimale wijze kon worden meegeleefd en meegewerkt, dit vooral ook om een al te grote achterstand in de „know how” met de partners uit het „eerste uur” te vermijden, een achterstand, die op zich al groot was en - helaas nog - is, door het ontbreken van vrijwel alle elementen dienaangaande in de opleiding.

Momenteel werken in Ommoord in het verband van de groepspraktijk vier huisartsen. Een vijfde en zesde partner (2 dames) zullen resp. dit voorjaar en deze herfst gaan meedoen. De leeftijd van de artsen ligt rond de dertig jaar. De als eerste begonnen partner werkt nu ruim twee jaar in een wijk die momenteel ongeveer 15 000 inwoners telt. De drie „oudste” partners hebben thans een „volle” praktijk, die zich aan het stabiliseren is op een aantal van ongeveer 3 000 patiënten. De vrije vestiging van de partners geschiedde inderdaad met tussenpozen van circa driekwart jaar. Drie van de vier partners waren van het begin af bij de opzet van het project betrokken. Er wordt op het ogenblik gewerkt vanuit twee voorlopige praktijkvoorzieningen in de vorm van twee woningwetwoningen, los van de eigen woning. In deze woningen zijn ook de maatschappelijke werkers, de fysiotherapeut en de verloskundigen gehuisvest. Er werd van het begin af gewerkt volgens een volledig afspraak-sprekkuur zonder onderscheid des persoons. Door alle betrokkenen, maar vooral door de patiënten, wordt het afspraaksysteem zeer gewaardeerd; vooral de „overzichtelijkheid” van de dagtaak, het ontbreken van volle wachtkamers en de aanmerkelijk verkorte wachttijd spelen hierbij een rol.

Afgezien van de discipline met betrekking tot het maken van afspraken - zoveel mogelijk tussen 16.00 en 18.00 uur de dag van tevoren - op tijd aanwezig zijn, blijken de patiënten zich verder ook goed aan de bestaande situatie aan te passen. Mits goed ingelicht en voorgelicht - waarvoor dan ook de tijd moet worden genomen - is men bereid op tijd over de noodzaak van een visite overleg te plegen (tussen 8.00 en 10.00 uur) en zoveel mogelijk met zijn klachten op het spreekuur te komen. De consult-visite ratio is daarmee aanmerkelijk verschoven ten voordele van de consulten (ratio consult/visite: ongeveer 15 op 1).

Opmerkelijk is ook dat de patiënten de eenmaal gekozen arts „trouw” blijven; er zijn tot nu toe weinig patiënten geweest die van de ene partner naar de andere zijn overgegaan. Dit ondanks het feit dat de patiënten ons blijkens hun uitlatingen toch wel als groep zien en door het waarnemings-systeem ook met verschillende partners in contact komen (vergelijk de altijd genoemde vervlakking van de arts-patiënt-relatie in de groepspraktijk). Het gemeenschappelijke uniforme kaartsysteem heeft zijn nut bij de waarneming reeds zeer duidelijk bewezen.

Een enkel woord over de positie van de „huisartsvrouw” in onze werkopzet. Het was van het begin af duidelijk dat deze een geheel andere plaats bij een benaderingswijze als de onze zou gaan innemen dan men „klassiek” in ons land gewend is. Veel van wat eerder werd gezegd over de verhoudingen tussen de mannen lijkt, mutatis mutandis, ook voor de vrouwen op te gaan. In elk geval was het duidelijk dat zij zich zouden moeten kunnen verenigen met de globale opzet van het geheel en dat er voor hen geen plaats zou zijn als „goedkope werkkraft” in het uiteindelijk draaiende project (zij wilden dit overigens ook niet). Afgezien van de betekenis op zich van het laatste, vormde dit onzes inziens ook een belangrijke voorwaarde voor de door ons gewenste gezinsprivacy. Ook leek het aantal potentiële wrijfpunten, hetwelk mogelijk zou worden vergroot door het kennen van alle „ins” en „outs” van het werk door de echtgenotes, hierdoor te worden verkleind.

Momenteel hebben zij bij het ontbreken van het gezondheidscentrum en de hulpkrachten nog wel - noodgedwongen - een belangrijke taak bij onder andere het noteren van de telefonische afspraken, de verzorging van de administratie en dergelijke. Een aantal van voornoemde bezwaren wordt daarbij inderdaad aan den lijve ondervonden. Vooral het ontbreken van „bewegingsvrijheid” (vergelijk telefoon en dergelijke) doet hen (met ons) naar een snelle realisatie van het gezondheidscentrum verlangen.

De totstandkoming van de samenwerking in breder verband. Reeds vanaf het bestaan van een meer of minder uitgewerkt plan als onder „uitgangspunten” omschreven - dus reeds drie jaren voordat de eerste huisarts zich in Ommoord vestigde — werd contact gezocht met de verschillende personen, reeds eerder genoemd, met wie samenwerking opportuun leek. Vooral waar het — vaak verzuilde — instituten (kruisverenigingsmaatschappelijk werk) betrof, waren de eerste contacten moeizaam en tijdrovend. De oorzaken hiervan moeten worden gezocht in de reeds oude thema's: doorbreken van bestaande tradities, angst voor het aantasten van de eigen positie en de vaak ondoorzichtig aandoende eigen opstelling en werkwijze.

Niettemin zal uit ons verdere betoog blijken dat men toch in staat bleek een positieve instelling

ten aanzien van het experiment in te nemen. Uitgangspunt bij alle vormen van samenwerking was een zo exact mogelijke formulering van het uitgangspunt waarop de samenwerking diende te zijn gebaseerd en van ieders professionele inbreng hierbij. Daarnaast echter bestond een erkennen van het bestaan van overlappingsgebieden, die niet door dogmatische grenzen dienden te worden doorkruist.

1 *De Kruisverenigingen.* De samenwerking met de Kruisverenigingen (drie in aantal) vormt een van de belangrijke stappen om te komen tot een goed gecoördineerde wijk-gezondheidszorg. Als uitgangspunt werd geformuleerd dat zowel de artsen van de groepspraktijk als de Kruisverenigingen zich bewust zouden zijn gezamenlijk een opgave te hebben ten aanzien van de gezondheidszorg binnen de wijk Ommoord en dat een concrete samenwerking tussen huisartsen en Kruisverenigingen in het belang wordt geacht van de patiënten en van een doelmatige gezondheidszorg in de gezinnen. De samenwerking beweegt zich vooral op de in het vervolg genoemde terreinen.

a. *De kinderhygiëne.* De consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters worden door de huisartsen van de groepspraktijk zelf gedaan. Ook hier wordt gewerkt volgens afspraaksysteem, waarbij de kinderen gerangschikt naar de huisarts van het gezin. Verschil tussen particuliere patiënten en ziekenfondspatiënten wordt ook hier uiteraard niet gemaakt. Door het zien van „eigen” zuigelingen en kleuters door de arts, wordt een belangrijke dimensie door huisarts en verpleegsters aan de kinderhygiëne toegevoegd; naast het klassieke wegen, meten, prikken, globaal lichamelijk onderzoek en het regelen van de voeding kan meer aandacht worden besteed aan het functioneren van het kind in zijn totaliteit. Dit betekent meer aandacht voor de opvoedings- en leefsituatie van het kind.

Ook het - gerichte - huisbezoek door de verpleegster is hierop gericht. Voor het vastleggen van gegevens wordt gebruik gemaakt van de N.I.P.G.*-kaart. De voortdurende heroriëntatie samen met de verpleegsters ten aanzien van het werken op de consultatiebureaus heeft ons reeds geleerd dat de verpleegsters veel te weinig professioneel aan bod komen (wegen, meten, prikken).

Naast de eerder genoemde verruiming van het huisbezoek wordt momenteel geprobeerd de verpleegsters meer actief bij het consultatiebureauwerk te betrekken: gedeeltelijk opvangen van de normale gezonde zuigelingen, regelen van de voeding en dergelijke. Verder nemen zij deel aan de besprekingen met de kinderpsychiater en zijn zij opgenomen in het zogenaamde „contact van functionarissen in de wijk”. Een evaluatie van onze werkwijze ten aanzien van de kinderhygiëne is door een onzer ter hand genomen.

* Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

b. *De wijkverpleging.* Op het ogenblik is de bevolkingsopbouw van Omrood dusdanig dat wijkverpleging een nog ondergeschikte rol speelt. Met het snelle toenemen van het aantal bejaarden (tot 20 procent van de wijkbevolking!) zal dit ongetwijfeld anders worden.

c. *Preventie en gezondheidsvoorlichting.* In de toekomst zal ook ruime aandacht worden besteed aan de overige preventie (naast de kinderhygiëne). In de eerste plaats wordt daarbij gedacht aan multiple screening van bevolkingsgroepen „at risk”.

Zowel in administratief als in ruimtelijk-functioneel opzicht wordt daarmee bij de opzet van het gezondheidscentrum rekening gehouden. Dat overigens bij „preventie” niet alleen wordt gedacht aan voorkomen van lichamelijke afwijkingen, maar met name ook het psycho-sociale dysfunctioneren ruime aandacht krijgt en zal krijgen mag nogmaals worden opgemerkt. Ook de verpleegsters betrokken bij de kinderhygiëne en de wijkverpleging kunnen hierbij een voorname rol spelen. Zo staat bijvoorbeeld ook de kleutervoorlichtingscursus duidelijk in het teken van de opvoedingsproblematiek, die zo veelvuldig op onze bureaus wordt gesignaleerd. Een aantal - steeds terugkomende - thema's wordt hiertoe (onder andere ook met de kinderpsychiater) besproken.

2 *De apotheker.* Centraal in de wijk is een grote apotheek gevestigd. Met de apotheker bestaat vanaf het eerste begin een nauw contact. Dit heeft onder meer ertoe geleid dat een voortdurende bezinning omtrent het gehanteerde „geneesmiddelenpakket” aanwezig is. Hieruit is ondertussen een standaard (naar middel, vorm, hoeveelheid) receptuur ontstaan die kan worden gezien als de resultante van de vele gedachtenwisselingen (en literatuurstudie) ten aanzien van de mogelijkheden en vooral ook de beperkingen van een aantal werkzame geneesmiddelen. Dit standaard pakket, dat overigens steeds wordt aangepast aan de veranderingen die zich voordoen, heeft zijn nut ten aanzien van de patiënt (geen wachttijd), apotheker (overzichtelijkheid, doeltreffendheid) en huisartsen (waarneming) reeds ruimschoots bewezen.

Ook het contact met artsenbezoekers is aan de voornoemde werkwijze aangepast. Eenmaal per maand worden deze, nadat van te voren een afspraak is gemaakt en literatuur is toegezonden, in de apotheek door de gehele groep ontvangen. Hierdoor konden de gesprekken veel gerichter worden. De mogelijkheden om tot een aan de huisartspraktijk aangepast geneesmiddelenonderzoek te komen, lijken redelijk. In een apart artikel in dit tijdschrift is reeds nader op de boven beschreven samenwerking huisarts-apotheker ingegaan (*F. J. Lancée en H. Lamberts*).

3 *De verloskundigen.* Momenteel zijn twee verloskundigen aan de groepspraktijk verbonden. In beginsel worden alle zwangere vrouwen die zich

aan hun zorg willen toevertrouwen naar deze verloskundigen, die ook spreekuur in de (voorlopige) praktijkruimtes van de huisartsen houden, verwezen.

De huisartsen zien de betrokken vrouwen, afgezien van de eerste keer in de prenatale periode, minstens eenmaal terug. Het ligt in de bedoeling - en één onzer is reeds hiermede begonnen - ook een aantal spreekuren gezamenlijk met de verloskundige te houden. Laatstgenoemde doet de bevalling, met dien verstande dat indien de zwangere vrouw er prijs op stelt, de huisarts tijdens de baring aanwezig is. Dit is tot nu toe een uitzondering geweest. Wel komt het regelmatig voor dat de verloskundige wanneer zij problemen heeft, de huisarts vraagt deze samen te bekijken of haar tijdens de partus te assisteren. De huisarts ziet - evenals de verpleegster van het zuigelingenbureau - de betrokken vrouw in elk geval tijdens het kraambed en vervolgens weer op het zuigelingenbureau.

Wij menen dat door deze wijze van werken een belangrijke hoeveelheid werk wordt gedelegeerd zonder dat vrouw en gezin uit het oog worden verloren.

4 *De fysiotherapeuten.* In een van de voorlopige praktijkhuisjes zijn twee samenwerkende fysiotherapeuten gevestigd. Uit het nauwe contact met hen en de evaluaties van het werken met de - reeds zeer grote groep - door ons verwezen patiënten, is de waarde van deze samenwerkingsvorm wel zeer duidelijk gebleken. Contact en communicatie over patiënten blijkt ook hier weer de laatsten ten goede te komen. De resultaten van deze werkwijze zijn momenteel in bewerking, naar een verslag hiervan moge verder worden verwezen. In de toekomst - wanneer de samenstelling van de wijkbevolking is veranderd - stellen wij ons voor meer aandacht te gaan besteden aan revalidatie in het algemeen en revalidatie van de hartpatiënten in het bijzonder.

5 *De diëtiste.* Wekelijks houdt een diëtiste afsprakspreekuur voor onze patiënten op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Uiteraard hebben de verwijzingen tot nu toe meestal betrekking op vermagering. Een eerste bezinning op het succes van de doelgerichte persoonlijke benadering (die onzes inziens nodig is om succesrijk te zijn) van de vermageringspatiënten door de diëtiste, is momenteel in bewerking en zal later worden gepubliceerd.

6 *De geestelijke gezondheidszorg in de „eerste lijn”.* Dat psycho-sociale facetten met betrekking tot de balans tussen ziek en gezond zijn, vooral in de geneeskunde welke de huisarts bedrijft een grote rol spelen, behoeft eigenlijk nauwelijks meer te worden opgemerkt. Zowel de diagnostische, therapeutische als preventieve benadering van patiënten door de huisarts zijn hiermede „doorspekt”.

Termen als „persoonlijke zorg”, „continue zorg”, „integrale zorg” en gezinsgeneeskunde waarop de huisartsgeneeskunde - althans volgens de meesten - drijft, dreigen echter vaak te verwateren tot inhoudsloze leuzen wanneer men geen structuur en inhoud eraan geeft. Het verzuimen hiervan is mogelijk een van de oorzaken van de huidige impasse en van de gevoelens van frustratie in huisartsenkringen. De realisatie van een ook maar enigszins adequate integrale welzijnszorg staat of valt met de communicatie en coördinatie tussen de verschillende sectoren en functionarissen, die zich op dit terrein bewegen.

Het scheppen van overzicht en duidelijkheid in de bestaande structuur - de bekende lappendeken - is hiervoor een eerste vereiste. Adequate samenwerkingsvormen die aansluiten op de behoeften van hen op wie zich de zorg richt, volgt hieruit als vanzelf. In Ommoord zijn hiervoor zulen afgebroken, is de bezem door onnutte „traditionele opvattingen” gehaald en werden vastgeroeste werkpatronen ontrafeld. Hierdoor kon een gecoördineerde, multidisciplinaire werkwijze op dit zo moeilijke terrein ontstaan. Door een onzer (*Lamberts*) wordt uitvoerig op dit zo belangrijke thema ingegaan. Hier moge worden volstaan met een summier weergave van onze werkwijze.

a. De groepspraktijk kan momenteel een beroep doen op de hulp van twee maatschappelijke werkers, die namens de verschillende instellingen voor het maatschappelijke werk voor Ommoord het zogenaamde individuele maatschappelijke werk behartigen. De maatschappelijke werkers staan dus niet in dienst van de artsen (men kan zich ook op eigen initiatief tot hen wenden), maar zij hebben wel als opdracht een nauw contact met de huisartsen van de groepspraktijk te onderhouden, met de bedoeling al experimenterend na te gaan in hoeverre de samenwerking niet alleen voor de patiënt-cliënt, maar ook voor de participanten van belang zou kunnen zijn. Een eerste evaluatie van anderhalf jaar samenwerking is nu achter de rug. Met verwijzing naar dit verslag kan worden gesteld dat de vraag om hulpverlening bij psychosociale problemen enorm groot is en dat de respectievelijke werkterreinen van huisarts en maatschappelijk werker elkaar voor een belangrijk deel overlappen. Voorts is er geen enkele reden om aan de zeer substantiële bijdrage van de maatschappelijk werker bij de hulpverlening te twijfelen (*Lamberts en Op 't Root*).

De werkwijze en het definiëren van ieders „professionele” inbreng zijn naast de case-besprekingen voortdurende punten van discussie binnen de eenmaal per maand gehouden teambesprekingen. Wat men tenslotte ook van deze samenwerkingsvorm denkt, voor ons is de bijdrage van de maatschappelijk werker niet meer uit de multidisciplinaire zorg in de eerste lijn weg te denken.

b. „*Mental health consultation*”. Zowel één van de

sociaal psychiaters als de kinderpsychiater van de G.G. en G.D. te Rotterdam komen maandelijks naar Ommoord om patiënten uit onze praktijk met huisartsen, wijkverpleegsters en maatschappelijke werkers te bespreken. Er is hier vooral sprake van „client centered” en „administrative centered consultation” (*Caplan*). Voor een uitvoeriger beschouwing moge worden verwezen naar *Lamberts* (1970b).

De „*mental health consultation*” heeft zijn nut in situaties als de onze: een groot aanbod van de gehele scala van psychische problemen en te weinig psychiaters, die „ook werkelijk wat er aan doen”, zeer zeker bewezen. De huisarts zit in deze situaties immers altijd met „de gebakken perren”!

c. *Het contact van functionarissen*. Sedert twee jaar bestaat in Ommoord een zeer belangrijke vorm van samenwerking gericht op de geestelijke gezondheidszorg, het zogenaamde contact van functionarissen.

Maandelijks komen hiertoe huisartsen, wijkverpleegsters, maatschappelijke werkers, wijkopbouwwerkers, zielszorgers en eenmaal in het kwartaal ook de hoofden van scholen, bijeen. Samenwerking, coördinatie en consultatie ten aanzien van de benadering van hulpvragende individuen en de wijkbevolking als totaal (sociale actie) zijn de pijlers waarop „het contact” rust (*Lamberts* 1970a).

Apart moet in dit verband nog worden genoemd de samenwerking tussen de leden van de groepspraktijk en de geestelijken in Ommoord. De katholieke geestelijken treden in de wijk eveneens in teamverband op. Tussen hen en de dominees van verschillende gezindten bestaat een goed onderling contact dat onder meer tot een belangrijke en vrij unieke „ontzuiling” in alle facetten van de zielszorg heeft geleid (onder andere gemeenschappelijke kerkenbouw). Als een vrij logisch gevolg van de wederzijds „ruimere” opvatting ten aanzien van ieders werk is een zeer goede samenspraak tussen de huisartsen en de zielszorgers in de wijk ontstaan. Dit resulteerde niet alleen in het ontstaan van het hierboven genoemde „contact van functionarissen”, maar ook in een goede samenwerking en consultatie ten aanzien van individuen waarop zich de gezamenlijke zorg richt. In dit verband kan bijvoorbeeld de begeleiding van stervenden, het optreden in crisissituaties (suicide, gezinscrisis en dergelijke) en de hulp aan bejaarden worden genoemd.

7 *Het contact met de „hogere echelons” van de gezondheidszorg*. Het is zonder meer duidelijk dat een goed contact van de huisarts met de specialisten, instituten en instellingen waarheen hij zijn patiënten verwijst, van kardinaal belang is. Dat dit contact om vele redenen, vaak - op zijn zachtst gezegd - minder soepel verloopt, is zeker in de grote stad, eveneens duidelijk.

In onze situatie wordt dan ook bijvoorbeeld ge-

streeft naar een goede samenwerking met een (beperkt) aantal specialisten. Hoewel ieder natuurlijk vrij is samen te werken met de specialist van zijn keuze, blijken in de praktijk de elementen die aan deze keuze ten grondslag liggen vaak in de richting van dezelfde specialist te wijzen. Tot deze elementen kan in de eerste plaats worden gerekend „vakkundigheid” (voor zover te beoordelen); hierbij behoort ook de outillage, bijvoorbeeld in de vorm van een goed geoutilleerd ziekenhuis met al zijn diagnostische en therapeutische mogelijkheden en in de tweede plaats „communicatieve eigenschappen” dat wil zeggen:

- a) de bereidheid om zich in eerste instantie aan de - gerichte - vraagstelling van de huisarts te houden: dit veronderstelt natuurlijk dat de huisarts deze dan ook formuleert en overdraagt.
- b) een adequate berichtgeving gericht op deze vraagstelling
- c) de „bereikbaarheid”: zowel in termen van directe (bijvoorbeeld telefonische) bereikbaarheid (vergelijk het eindeloze gebel naar academische ziekenhuizen), bereikbaarheid in de zin van een niet al te lang tijdsinterval tussen verwijzing en consult van de specialist en vooral de mogelijkheid van persoonlijk contact - ook al is het via de patiënt - waarbij elkaanders werkwijzen worden begrepen en gerespecteerd. Dezelfde eisen kan men ook stellen aan voornoemde instellingen en instituten.

Vooral ook door een actieve instelling van de groep als geheel zijn de contacten met de „hogere echelons” tot nu toe bevredigend te noemen. Over het contact met de verschillende afdelingen van de G.G. en G.D. werd reeds eerder een en ander vermeld. Ook in zijn algemeenheid is het contact met deze gemeentelijke dienst goed. Wat de samspraak met specialisten betreft, wordt ook weer de mogelijkheid van contacten in de „consultation” sfeer overwogen. De voordelen van „mental health consultation” voor een groep van huisartsen zijn zeker ook op het meer somatische vlak aanwezig. Op het belangrijke „nascholings-effect” hiervan moet ook worden gewezen. Immers het bespreken van moeilijkheden ten aanzien van eigen patiënten vormt niet alleen een belangrijke motivatie om zich hierin nog eens extra te verdiepen - ook in meer algemene termen - maar een en ander sluit ook veel beter aan bij de praktijk van het dagelijks werken (een manco van vele „nascholingsactiviteiten” tot nu toe).

Een eerste experiment met deze vorm van consultatie is sinds ongeveer een half jaar aan de gang namelijk ten aanzien van de beoordeling van door ons zelf gemaakte electrocardiogrammen. Een onzer zal dit experiment te zijner tijd uitvoerig beschrijven.

8 *Wetenschappelijk werk.* Te hooi en te gras kan men horen beweren dat de huisartsgeneeskun-

de of wanneer men deze term een nog „onbewezen hypothese” vindt, de geneeskunde bedreven door de huisarts, onwetenschappelijk is.

Het is nooit geheel duidelijk wat men precies met deze uitlating bedoelt. Waarschijnlijk zien klinici en universitaire opleiders de huisarts nog te veel als een bedrijver van stukjes specialisme op „huis-, tuin- en keukenniveau” in een bijna letterlijke zin van het woord; dus ook zonder of te weinig gebruik makend van klinisch-wetenschappelijke verworvenheden of technieken. Een andere groepering zal het werk van de huisarts onwetenschappelijk noemen en bedoelen dat men te veel in het descriptieve en (exploitatief) hypothetiserende stadium van het bedrijven van wetenschap (want ook dit zijn stadia van wetenschappelijk onderzoek) is blijven steken. Onze mening is dat de som van individuele ervaring en descriptief onderzoek inderdaad doen vermoeden (hypothese) dat er zo iets bestaat als huisartsgeneeskunde of gezinsgeneeskunde die meer omvat dan de som van alle specialismen groot of klein. Een „eigen” referentiekader of zo men wil „nosologie” wat betreft de „huisartsgeneeskunde” ontbreekt echter nog nagenoeg geheel door de afwezigheid van meer fundamenteel en toegespitst onderzoek.

Onzes inziens is een zoeken naar en definiëren van een meer eigen referentiekader middels een meer fundamentele benadering van zeer groot belang. In Ommoord trachten wij op verschillende manieren hiertoe iets bij te dragen. Uit het voorafgaande blijkt dat in de eerste plaats alle samenwerkingsvormen die als het ware een concretisering betekenen van een bepaalde visie op het werk van de huisarts, zoveel mogelijk op hun relevantie en rendement worden getoetst. Natuurlijk is dit bijvoorbeeld door de diëtiste (controleerbaar afnemen van het gewicht, meten van huidplooidikte) gemakkelijker uit te voeren dan door de maatschappelijk werker (moeilijk te formuleren en te hanteren maatstaven). Hoewel, zoals gesteld, dit soort onderzoek moeilijk is en soms lastig te interpreteren resultaten oplevert, is ook de noodzaak tot het voortdurend scherp formuleren van wat men wil, welke elementen naar voren komen etcetera, van groot belang.

Naast de voornoemde evaluatie van samenwerkingsvormen zal ook onderzoek worden gedaan in de zin van morbiditeitsanalyse (*Lamberts 1970a*). Het zal daarbij erom gaan morbiditeitsgegevens te relateren aan een aantal achtergrondgegevens (medische en psycho-sociale) en in dit materiaal te zoeken naar een structuur en afhankelijkheids patroon dat relevant is voor de huisartsgeneeskunde van „alle dag”.

Wij menen dat op de boven beschreven wijze niet alleen iets kan worden bijgedragen tot het definiëren en afgrenzen van het werk van de huisarts, maar dat daarmee onverbrekkelijk verbonden ook een evaluatie van het werken in groepsverband is gegeven. Naar onze mening zou hierdoor een „wezenlijker” inzicht in het „nut” van samen-

werkingsvormen in de huisartsgeneeskunde ontstaan dan door het vergelijken van onvergelykbare grootheden (groepspraktijken en groepspraktijken of groepspraktijken en „soloïsten”) of het optellen en aftrekken van verrichtingen „manuren”, verwijzingspercentages en wat dies meer zij.

9 *Het gezondheidscentrum.* Reeds in het begin van dit artikel werd gesteld dat in het kader van de „verzorgingseisen” ten aanzien van de huisartsgeneeskunde belang moest worden gehecht aan een goede praktijkouillage.

In ons geval is het in de eerste plaats duidelijk dat door de aard van het project, wonen en werken dienden te worden gescheiden; verder dat samenwerken als groep huisartsen ook letterlijk betekende dat vanuit een gemeenschappelijk praktijkgebouw alles wat kon worden samengedaan ook werd samengedaan (administratie, receptie, telefoon, behandelruimte etcetera).

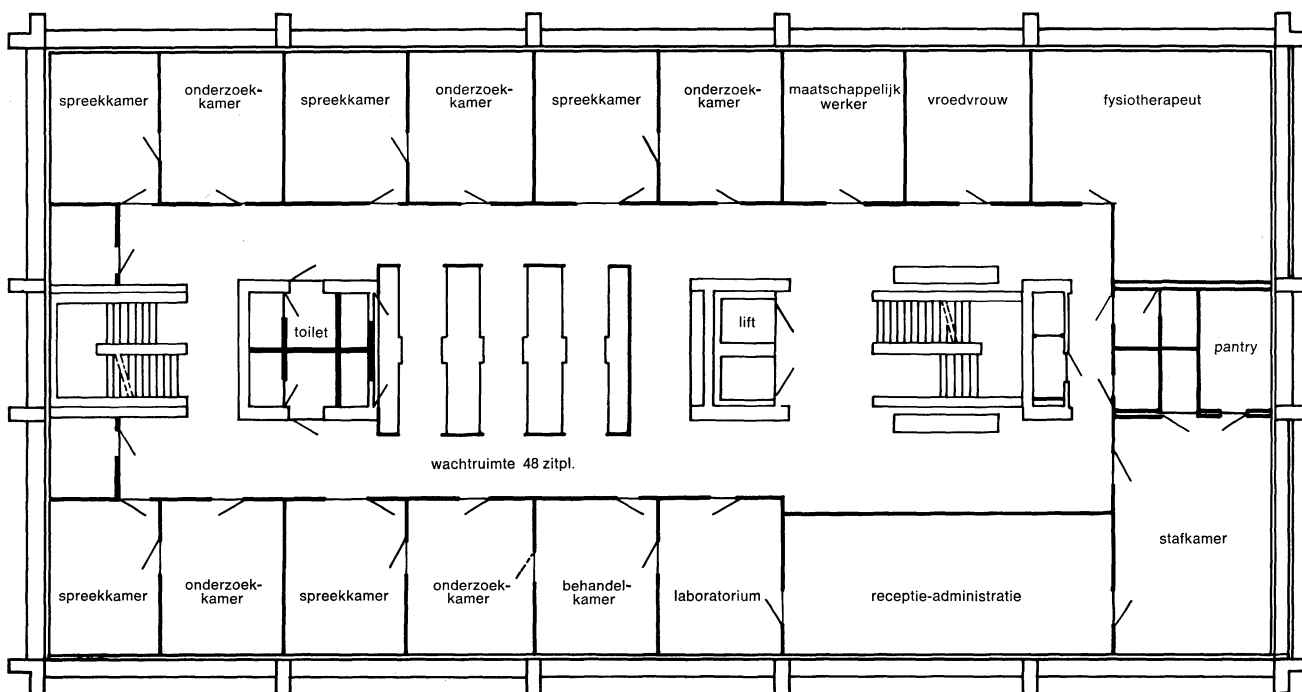
Verder zou communicatie, samenwerking en coördinatie met die personen en instanties met wie men wilde samenwerken in en vanuit een gemeenschappelijk centrum beter tot stand kunnen komen. Betrok men verder nog het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, preventie en dergelijke in zijn beschouwingen, dan had dit eveneens ruimtelijke consequenties. Kortom, er zou een gebouw moeten komen dat zou moeten voldoen aan het doel waarvoor het zou worden gebruikt: samenwerking, efficiëntie, integratie, coördinatie en herkenbaarheid voor de patiënten. De Engelsen noemen een dergelijk gebouw kernachtig „purpose build”. Na een eindeloze reeks van onderhandelingen en besprekingen zijn wij dan nu zover

dat de eerste paal voor het centrum binnenkort zal worden geslagen.

Het centrum zal centraal in de wijk liggen als onderdeel van een „sociaal-cultureel” wijkcentrum dat voor iedereen makkelijk is te bereiken. Over de eisen te stellen aan de inrichting, de aard en de rangschikking van de verschillende ruimten in het gebouw zou een apart artikel zijn te schrijven. Volstaan moge worden met te vermelden dat hierbij gebruik werd gemaakt van de ideeën die hierover in Engeland bestaan (literatuur* en bezoek aan Engeland van twee onzer), aangepast aan onze eigen situatie (dienaangaande werd ook overleg gepleegd met het Nederlands Huisartsen Instituut). Op de begane grond treft men naast de entree, hal en liften onder andere de ruimtes voor de Kruisverenigingen en de schoolartsendienst aan. De centrale wachruimte hier zal ook worden gebruikt voor bijvoorbeeld bejaarden- en zwangerschapsgymnastiek.

De eerste verdieping (*figuur*) behelst: de eenheden voor de huisartsen bestaande uit een spreekkamer en onderzoekkamer; een centrale receptie en registratieruimte voor het maken van afspraken, telefoonbediening, administratieve werkzaamheden (onder andere gemeenschappelijk kaartstelsel) en dergelijke; twee in elkaar doorlopende kamers voor de praktijkverpleegsters (kleine ingrepen, laboratoriumwerkzaamheden en wat dies meer zij); een kamer voor de verloskundigen; ruimten voor de fysiotherapeuten;

een ruimte waar de talrijke besprekingen onder



meer kunnen plaatsvinden, deze ruimte is het ontmoetingspunt voor alle medewerkers („common room”);

een grote, centrale wachtruimte die dusdanig wordt ingericht dat een „stationsrestaurant” idee wordt vermeden.

Bij de gehele inrichting, het oproepsysteem en de benadering van de patiënten via het personeel zal een persoonlijke, vriendelijke, ongedwongen sfeer op de voorgrond staan. Elk idee van een „polikliniek” zal met kracht worden vermeden aangezien zulks als wezensvreemd aan de huisartsgeneeskunde moet worden beschouwd.

Op de bovenste verdieping worden onder meer een aantal afdelingen van de G.G. & G.D. gehuisvest, zoals bijvoorbeeld een dependance van de psychiatrische dienst, de sociaal-pedagogische zorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie, administratie, patiëntenvervoer en dergelijke. Het gehele gebouw is „flexibel opgezet” onder andere doordat de ruimtelijke basiseenheden gelijk van grootte zijn en eventueel tot grotere ruimten kunnen worden aaneengevoegd. Mocht een uitbreiding van de groepspraktijk bijvoorbeeld nodig zijn dan is dit hierdoor mogelijk.

Met het beschrijven van de ruimtelijke voorzieningen is natuurlijk nog niets gezegd over het functioneren van een en ander in de dagelijkse praktijk. Over de communicatie tussen artsen, personeel en patiënten (intercom, oproepsysteem, „looptijnen” „telefonade”), een goed lopende administratie (medisch en financieel) en een efficiënte werkwijze in het algemeen, dit alles met behoud van een persoonlijke benadering van de patiënten, is het laatste woord - ook in onze groep - nog niet gezegd. Wel zullen wij wederom dankbaar gebruik maken van de uitgebreide Engelse ervaringen in deze.

10 *De financiële consequenties verbonden aan het project.* Op het eerste gezicht zou men denken dat een groepspraktijk van huisartsen kostenbesparend kan werken. Dat dit in een ruimer economisch kader voor een groep huisartsen die samenwerkt met anderen (verpleegsters, apotheker, maatschappelijk werker etcetera) waar zou zijn, lijkt wel mogelijk. Wij wijzen bijvoorbeeld op de wachttijd verkorting van misschien wel meer dan 50 procent bij goed lopende afspraaksprekuren (een absolute noodzaak bij het werken in groepsverband); de winst die ontstaat door het meer op elkaar afgestemd zijn van de verschillende geboden diensten; de grotere professionalisering van het werk van de verschillende participanten; een rationeler gebruik van het geneesmiddelenpakket en de kostenbesparing die zou ontstaan door een eventueel mogelijke ontlasting van hogere echelons (indien het bijvoorbeeld zou gelukken per jaar één intramuraal bejaardenbed leeg te houden vergelijk bijvoorbeeld wijkverpleegster, fysiotherapeut) zouden hiermede de jaarkosten van ons gehele project al „eruit” zijn).

Rechtvaardigt het bovenstaande, afgezien van het feit dat een en ander zeer moeilijk aantoonbaar is - vooral omdat vergelijkingsmateriaal ontbreekt - een zeker optimisme, over een kostenbesparing voor de participanten aan een groepspraktijk die „zichzelf moet bedruipen” moeten wij zeer pessimistisch zijn.

Vergelijkt men, zoals in het voorlichtingsrapport „Groepspraktijken” van het N.H.I. wordt gedaan, de kosten verbonden aan een sober geoutilleerde groepspraktijk „sec” van vier huisartsen met een overeenkomstige solopraktijk en een los van het woonhuis te bouwen praktijkgebouw, dan komt men inderdaad wat de jaarlijkse exploitatiekosten per arts betreft - de optelfouten in dit stuk niet meegerekend - wat goedkoper uit. Het lijkt ons echter weinig reëel deze vergelijking te maken. In de eerste plaats zullen weinig alleen werkende huisartsen bereid zijn, de huisvestingskosten die zijn verbonden aan een los van de woning te bouwen praktijkgebouw op te brengen. De jaarlijkse kosten hieraan verbonden zijn namelijk bijna viermaal zo hoog als de vergoeding die bij de vaststelling van het ziekenfondshonorarium voor laatst bedoelde kosten per jaar zijn uitgetrokken (f 2.740,—). Zoals inmiddels duidelijk moet zijn, zien wij bovendien de groepspraktijk niet louter en alleen als economische fusie van een aantal eenmansondernemingen, zodat ook het praktijkgebouw meer diende te zijn dan het bijeenvoegen van een aantal spreek- en onderzoekkamers. Samenwerking, centrale administratie en registratie, personeel, het plegen van preventief en wetenschappelijk onderzoek kunnen niet behoorlijk geschieden zonder daarvoor bestemde ruimten. Geheel los hiervan staat dan nog het feit dat de grond- en bouwkosten in de grote steden zeer hoog liggen (in Ommoord enkele jaren geleden f 322,75 per m²).

Het laat zich bovendien aanzien dat er nog andere elementen zijn die de kosten nog eens extra ongunstig beïnvloeden. Wij noemen in het kort: de noodzaak van overvloedig hulppersoneel (*Bakker*) en - in verband hiermede - het wegvallen van de goedkope kracht die de vrouw van de huisarts nog vaak vertegenwoordigt; verder de aan het functioneren als „bedrijfje” inherente hogere „bedrijfsonkosten” (minder zuinig omspringen met materiaal, grotere slijtage, meer schade etcetera). Bovendien zijn nog extra technische voorzieningen nodig zoals telefoonaansluitingen, interne communicatie en oproepsysteem, bureaumateriaal (schrijfmachines) en wat dies meer zij.

Men zou zich kunnen afvragen of deze hogere kosten niet voor een deel door een grotere doeltreffendheid van werken en (daardoor) de mogelijkheid van een groter aantal te behandelen patiënten kunnen worden goedgemaakt. Deze vraag is slechts zeer ten dele positief te beantwoorden. Immers het uitgangspunt is onder meer optimalisering en intensivering van de patiëntenzorg waaraan intensieve communicatie - met onder andere

groepsbesprekingen - het bedrijven van preventie en wetenschappelijk onderzoek inherent zijn.

Dit alles deed verwachten dat ondanks een grotere efficiëntie van werken een beperkte praktijkomvang (bijvoorbeeld tussen 2 500 en 3 000 zielen om de gedachten te bepalen) noodzakelijk was. De beperkte praktijkomvang en de vele - in financieel opzicht — „onrendabele” verwijzingen binnen het team zouden het bruto inkomen bepaald niet hoger maken. Men zou tenslotte kunnen stellen dat een verheffing van het niveau van werken - althans op zijn minst voor het gevoel van de betrokken werkers - eveneens wat waard is, ook in financieel opzicht.

Deze gedachten worden door ons onderschreven en wij zijn dan ook onder meer bereid het risico dat nu eenmaal aan het experiment is verbonden, evenals de boven beschreven factoren die leiden tot een zekere mate van inkomstenderving, nog geaccentueerd door een aantal consequenties van het „poolen” van de inkomsten door de artsen (zie maatschapscontract), te accepteren. Wij vonden het echter te ver gaan ook nog aanzienlijk hogere onkosten te moeten dragen dan in de „doorsnee” solopraktijk het geval is. Het bleek al spoedig dat deze „overhead” kosten die vooral betrekking hebben op de jaarhuur (het gebouw gaat meer dan drie miljoen gulden kosten!) de inventaris en het personeel, aanzienlijk zouden zijn.

Het jaarlijkse exploitatietekort voor de groepspraktijk (afgemeten aan de onkosten aan huur, inventaris en personeel in de solopraktijk) blijkt meer dan f 110.000,— te zijn (waarvan verreweg het grootste deel aan huur: deze bedraagt ongeveer f 100.000,— per jaar). Dit alles nog afgezien van de kosten verbonden aan het wetenschappelijk onderzoek.

Het zal duidelijk zijn dat dit exploitatietekort door de groep artsen niet kan worden opgebracht; zelfs niet indien men de investeringssubsidie welke wij van het Preventiefonds ontvangen - groot f 300.000,— in rekening brengt. Wij mogen ons echter gelukkig prijzen dat de gemeente Rotterdam bereid is het project mogelijk te maken door een grote jaarlijkse huursubsidie (f 50.000,—). De onkosten verbonden aan het wetenschappelijke onderzoek worden de eerste vier jaren gedragen door een subsidie van het ministerie voor sociale zaken en volksgezondheid. Voor het ontvangen van beide subsidies worden twee stichtingen in het leven geroepen. De stichting die laatstgenoemde subsidie beheert is tot stand gebracht. De statuten van de stichting die de gelden beheert van onder andere het Preventiefonds (mogelijk leveren ook de ziekenfondsen nog een bijdrage) zijn nog in voorbereiding.

11 *De maatschap*. Om onze onderlinge verhoudingen te regelen werd gekozen voor de burgerlijke maatschapsvorm. Door Mr. H. H. Nauta, notaris te Rotterdam, is na uitgebreid onderling overleg een ontwerp gemaakt dat als bijlage is toegevoegd.

De maatschap rust op een aantal „pijlers” te weten:

- a. Een duidelijke omschrijving van de gemeenschappelijke doelstelling inclusief ieders rechten en plichten.
- b. Een gemeenschappelijke winst- en verliesrekening. („poolen”)
- c. Het hanteren van een puntenstelsel voor de winstuitkering aan ieder der partners.
- d. Het laten vallen van een door een later toetredende partner te betalen „goodwill” som. Indien een nieuwe partner wordt opgenomen zal in onderling overleg worden bepaald welk puntenaantal hem zal worden toegekend.
- e. Een „zoeken” naar een extra weduwen- en wezenvoorziening en oudedagsvoorziening, aansluitend op de onzes inziens ontoereikende collectieve voorziening die in de nabije toekomst waarschijnlijk tot stand zal komen.

In het als bijlage toegevoegde maatschapscontract (ontwerp) kan worden nagegaan, hoe een en ander is uitgewerkt. Hoewel dit ontwerp natuurlijk onze persoonlijke visie tot uiting brengt kunnen misschien ook anderen hieraan een aantal gedachten met betrekking tot deze moeilijke materie ontleenen.

Slot. In het voorgaande werd een overzicht gegeven van wat tot nu toe van onze ideeën ten aanzien van een multidisciplinaire geïntegreerde en gecoördineerde benadering van de gezondheidszorg in de eerste lijn gericht op het gezin in de wijk Ommoord, is terecht gekomen. Wij pretenderen hiermede niet meer (en ook niet minder) dan het geven van een eerste beschrijving na twee jaar van werken op deze wijze. De geschetste werkwijze heeft, ondanks de hoge eisen die aan ieder werden gesteld, ondanks vele problemen en bedreigende factoren die zich voordeden, niettegenstaande vooroordelen, scepsis en openlijke vijandigheid van - vooral - beroepsgenoten, in deze twee jaren stand gehouden. Daarenboven heeft naar ons gevoelen deze werkwijze tot nu toe zeker geleid tot onder meer onderlinge stimulatie, en doorbreken van isolement; tot professionalisering en coördinatie van het werk en door dit alles tot een grotere werkvoldoening. Wij hebben ook het gevoel dat de patiënt inziet dat een aantal mensen bereid is zich voor hem in te zetten en dat hij hierbij wel vaart.

Hoewel de toekomst zal moeten leren of wij deze intensieve werkwijze in stand kunnen houden en welke bedreigende factoren ons nog te wachten staan (*Lamberts* 1970b) wettigt dit alles toch een behoorlijke mate van optimisme. Mogelijk straalt iets van dit - aan de praktijk getoetste - optimisme af op die huisartsen die, met ons, willen zoeken naar een nieuw en „eigen gezicht” van de huisartsgeneeskunde.

Bakker, F. R. (1970) huisarts en wetenschap 13, 299-304.

Caplan, G. (1963) Amer. J. Orthopsychiat. 33, 470-481.

Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books Inc., New York, 1964.

- Lamberts, H. (1970a) huisarts en wetenschap 13, 10-14.
 Lamberts, H. (1970b) huisarts en wetenschap 13, 363-370.
 H. Lamberts en J. M. H. op 't Root (1970) huisarts en wetenschap 13, 450-462.
 F. J. Lancee en H. Lamberts (1971) huisarts en wetenschap 14, 65-70.
 Panzetta, A. F. (1967) Arch. gen. Psychiat. 16, 290-296.
 Sergent, J. A. (1967) Amer. J. med. Ass. 200, 1158.

BIJLAGE

De ondergetekenden:

- A. de Heer Frans Robert Bakker, arts, wonende te Rotterdam;
- B. de Heer Franciscus Maria Braams, arts, wonende te Rotterdam;
- C. de Heer Doctor Hendrik Lamberts, arts, wonende te Rotterdam;
- D. de Heer Frederik Ernst Riphagen, arts, wonende te Rotterdam.

OVERWEGENDE:

- I. Partijen oefenen ieder uit het beroep van huisarts, hoofdzakelijk in de wijk Ommoord, te Rotterdam.
- II. Partijen wensen tezamen de praktijk uit te oefenen in een vernieuwde vorm van huisartsgeneeskunde tot stand te brengen in de vorm van een groepspraktijk en wel zodanig, dat gestreefd wordt naar een optimale, gecoördineerde eerstelijnsgezondheidszorg.

PARTIJEN KOMEN TE DEZER ZAKE OVEREEN ALS VOLGT:

Artikel 1.

1. Partijen gaan met elkaar aan een burgerlijke maatschap, ten doel hebbende het voor gemeenschappelijke rekening uitvoeren van de praktijk van huisarts.
2. Partijen zullen bij deze praktijkuitoefening de volgende principes in acht nemen:
 - (a) zij zullen ieder persoonlijk verantwoordelijk blijven voor de door hen uitgeoefende praktijk;
 - (b) zij zullen naar buiten optreden, zodanig, dat het principe, als bedoeld sub (a), duidelijk blijkt, doch overigens zoveel mogelijk in maatschapsverband handelen. Met name zullen zij er naar streven de declaraties voor particulieren onder gezamenlijke naam te doen uitgaan en eveneens vergoedingen van de ziekenfondsen gezamenlijk te ontvangen;
 - (c) de vrije artskeuze voor de patiënten dient te blijven gewaarborgd.

Artikel 2.

1. De werkzaamheden van de partners zullen zodanig worden ingedeeld en de organisatie zal zodanig worden ingericht, dat er wordt gestreefd naar de opbouw en instandhouding van een groepspraktijk. Hieronder dient te worden verstaan: de gemeenschappelijke uitoefening van een zoveel mogelijk geïntegreerde huisartsenpraktijk in ruimere zin, dat wil zeggen in samenwerking met daarvoor in aanmerking komende personen, hulpkrachten en instanties, zoals apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, geestelijken, kruisverenigingen, de verschillende onderdelen van Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, maatschappelijk werkers, specialisten en ziekenhuizen, verloskundigen, opbouwinstaties en anderen.
2. De partijen verbinden zich binnen redelijke grenzen mede te werken aan wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de groepspraktijk.
3. Partijen zullen hun vakantie in onderling overleg regelen, zodanig, dat zij zoveel mogelijk ieder zes weken vakantie zullen kunnen genieten. Er zal naar worden gestreefd de waarneming zoveel mogelijk binnen maatschapsverband te doen plaatsvinden.

Artikel 3.

De maatschap wordt geacht te zijn aangevangen op 1 januari 1972.

Zij is aangegaan voor onbepaalde tijd.

Artikel 4.

Opzegging der maatschap dient te geschieden op een termijn van ten minste zes maanden en bij aangetekend schrijven aan de overige partners.

Iedere partner houdt van rechtswege op lid van de maatschap te zijn aan het einde van het kalenderjaar, waarin hij de leeftijd van vijftig jaar heeft bereikt; deze beëindiging van de maatschap wordt voor de toepassing van de artikelen 16 en 17 als een uittreding aangemerkt.

Artikel 5.

Opzegging van de maatschap kan door ieder der partners geschieden op een termijn van zes maanden, tenzij de opzegging geschiedt om wettige redenen als bedoeld in artikel 1684 van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 6.

1. In dit geval van opzegging door een der partners - tenzij dit is geschied wegens een wettige reden als bedoeld in artikel 1684 van het Burgerlijk Wetboek waaronder ook begrepen dat degenen die heeft opgezegd door de houding van zijn partners daartoe is gedwongen - zal degene die heeft opgezegd gedurende vijf jaren na de datum, waartegen opzegging heeft plaatsgehad, niet gerechtigd zijn als huisarts praktijk uit te oefenen binnen de Gemeente Rotterdam, tenzij geen der andere partners meer binnen die Gemeente de praktijk uitoefent.

2. Indien de maatschap aan een der partijen is opgezegd om een wettige reden, als bedoeld in artikel 1684 van het Burgerlijk Wetboek, zal het bovenstaande verbod rusten op degene aan wie de wettige reden te wijten is.

Als wettige reden wordt tevens aangemerkt dat een partner heeft blij gegeven niet geschikt te zijn in een groepspraktijk, als waarnaar door de maatschap wordt gestreefd, werkzaam te zijn.

Artikel 7.

1. Elk der partijen verbindt zich in de maatschap zijn volle arbeid, vlijt en kennis in te brengen. Het is tijdens lidmaatschap der maatschap aan ieder der partijen verboden voor eigen rekening medische praktijk uit te oefenen of bij een dergelijke praktijkuitoefening betrokken te zijn dan wel een gesalarieerde functie te aanvaarden zonder uitdrukkelijke toestemming van de partners.

2. Alle handelingen verricht in overeenstemming met het doel der maatschap verbinden de maatschap en de vennoten persoonlijk met dien verstande, dat geen der partijen gerechtigd zal zijn per jaar zonder toestemming van de overige partijen meer dan duizend gulden uit te geven.

Artikel 8.

1. Alle praktijkkosten daaronder de premie voor de verplichte collectieve oudedagsvoorziening voor huisartsen worden ten laste van de winst- en verliesrekening gebracht.

2. Alle praktijkinkomsten komen ten gunste van de winst- en verliesrekening.

3. Onder onkosten wordt tevens begrepen alle schaden ontstaan door wettelijke aansprakelijkheidsstelling van de partners of door hen in de uitoefening van de praktijk gebruikte personeel.

Ieder der partners is verplicht een verzekering tegen wettelijke aansprakelijkheid af te sluiten op zodanige voorwaarden en tot zodanig bedrag als door de partners zal worden bepaald.

Artikel 9.

1. Het boekjaar der maatschap is gelijk aan het kalenderjaar.

2. Per eenendertig december van ieder jaar worden de boeken der maatschap afgesloten en wordt daaruit een balans en winst- en verliesrekening opgemaakt, welke stukken aan alle partners worden toegezonden.

Indien een der partners met de inhoud van deze stukken niet accoord gaat, dient hij zijn bezwaren daartegen binnen een maand na ontvangst dezer stukken bij aangetekend schrijven aan de andere partijen kenbaar te maken. Bij gebreke hiervan worden bedoelde stukken beschouwd als door alle partners te zijn vastgesteld en aanvaard, tenzij een der partijen bewijst in de feitelijke onmogelijkheid te zijn geweest van de stukken behoorlijk kennis te nemen.

3. Indien binnen een maand, nadat een der partijen bezwaren tegen de inhoud van de jaarstukken heeft gemaakt, geen overeenstemming is bereikt, zal een geschil geacht worden aanwezig te zijn; hierover zal door arbiters, als bedoeld in artikel 21 kunnen worden beslist.

Artikel 10.

Het positieve saldo der winst- en verliesrekening zal tussen de partners worden verdeeld naar evenredigheid van de aan hun - volgens het in artikel 11 beschreven puntenstelsel - toekomende punttallen, mitsdien op zodanige wijze, dat aan ieder hunner een percentage van dat saldo wordt uitgekeerd gelijk aan honderd gedeeld door de quotiënt die wordt gevonden wanneer het totaal der aan de partners toekomende punttallen wordt gedeeld door het aan de betrokken partner toekomende puntental.

Artikel 11.

Het vorenbedoelde puntenstelsel houdt het volgende in:

- (a) Aan ieder der ondertekenaars van deze maatschaps-overeenkomst worden driehonderd punten toegekend.
- (b) Indien een nieuwe partner, die huisarts is, wordt opgenomen, zal in onderling overleg worden bepaald, welk puntental aan hem zal worden toegekend. Dit puntental zal in drie jaren tijds zodanig worden verhoogd, dat het in die periode groeit tot driehonderd.
- (c) In geval een partner wordt opgenomen, die niet de volledige huisartsenpraktijk uitoefent, zal in onderling overleg - doch met inachtneming van het puntenstelsel - een regeling ad hoc worden getroffen.

Artikel 12.

Eventuele verliezen worden door de partners in verhouding tot hun winstpercentages gedragen.

Artikel 13.

De tijdstippen van uitkering der winst en opnemingen à conto daarvan zullen in gemeenschappelijk overleg worden geregeld.

Artikel 14.

1. Met inachtneming van het recht op vakantie gedurende 6 weken per jaar, als omschreven in artikel 2 lid 3, zullen andere partijen hun taak overnemen zonder enigerlei vergoeding in rekening te brengen.
2. Indien ziekte of afwezigheid langdurig de uitoefening van de praktijk van een der partners belemmert, zal de winstverdeling in redelijkheid worden herzien.
3. Ieder der partners is verplicht op zijn lijf en arbeidsgeschiktheid een verzekering bij de Artsen Onderlinge te sluiten.

De te verzekeren uitkering dient het maximale bedrag te belopen, hetwelk bij deze assurateur verzekeraar is.

De uitkering uit deze verzekering zal aan de maatschap ten goede komen.

De premie wordt door de maatschap gedragen.

Artikel 15.

1. Inventarisgoederen zullen worden aangeschaft uit de lopende middelen en zo nodig in termijnen worden afgeschreven. De kosten van aanschaffing respectievelijk - bij afschrijving in termijnen - de afschrijvingen komen ten laste van de winst- en verliesrekening.
2. Wijziging van de winstverdeling heeft geen verrekking ter zake van de kantoorinventaris ten gevolge.
3. Het kaartsysteem van de patiënten is eigendom van de maatschap. Aan een uittreedende vennoot kunnen, indien hij hierbij belang heeft, copieën van het kaartsysteem met betrekking tot zijn patiënten worden afgegeven.

Artikel 16.

Bij uittrekking uit de maatschap om welke reden ook, zomede bij overlijden van een partner, hebben de overblijvende partners het recht de zaken der maatschap voort te zetten, mits zij hun verlangen daartoe binnen drie maanden na het uittreden of overlijden te kennen geven aan hun uitgetreden partner respectievelijk aan de erfgenamen c.q. rechtverkrijgenden van de overleden partner.

De partners die, met gebruikmaking van het in de vorige volzin bedoelde recht, de zaken der maatschap voortzetten, zijn gerechtigd alle activa en passiva der maatschap over te nemen; zij zijn alsdan uitsluitend gehouden tot uitkering aan de uitgetreden partner respectievelijk aan de erfgenamen c.q. rechtverkrijgenden van de overleden partner van:

- (a) het bedrag waarvoor de uitgetreden of overleden partner in de boeken der maatschap is gecrediteerd;
- (b) het aan die partner toekomende aandeel in de winst tot de dag van zijn uittreden respectievelijk overlijden pro rata berekend over de winst behaald in het jaar van uittreden respectievelijk overlijden;
- (c) zodanige pensioenbedragen als verschuldigd mochten zijn ingevolge bepalingen in artikel 17, 18 en 19.

Artikel 17.

1. Indien een partner na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar uit de maatschap treedt en de zaken der maatschap door de overblijvende partners, met gebruikmaking van het hun in artikel 16 toegekende recht, wordt voortgezet, zal aan die partner met ingang van de dag van zijn uittreden en gedurende zijn leven een jaarlijks pensioen worden uitgekeerd van 3% van het zuivere saldo van de winst- en verliesrekening over het desbetreffende jaar.

2. Indien een partner tijdens zijn lidmaatschap van de maatschap overlijdt en de zaken der maatschap door de overblijvende partners, met gebruikmaking van het hun in artikel 16 toegekende recht, worden voortgezet, zomede indien een partner overlijdt na, ingevolge het in het vorig lid bepaalde, pensioengerechtigd te zijn geworden, zal aan de weduwe van die partner met ingang van de dag van overlijden en gedurende haar leven een jaarlijks weduwnpensioen worden uitgekeerd ten bedrage van 70% van bovenbedoeld pensioen.

3. Als weduwe wordt voor de toepassing van het in dit artikel en het in artikel 19 bepaalde uitsluitend aangemerkt zij, die de wettige echtgenote van de partner was ten tijde van diens overlijden en (indien de partner reeds uit de maatschap was getreden) ook reeds ten tijde van de uittrekking van de partner. Voor een weduwe, die meer dan tien jaar jonger was dan haar overleden echtgenoot, zal voornoemd weduwnpensioen worden verminderd met een zodanig percentage als het verschil in premie zou bedragen voor de aankoop per de datum van het overlijden van de partner of ex-partner van een levenslange lijfrente ten name van de betrokken weduwe en een lijfrente ten name van een weduwe, die tien jaar jonger was dan de betrokken partner.

4. Aan ieder minderjarig kind van een partner die zonder achterlating van een weduwe als vorenbedoeld is overleden tijdens zijn lidmaatschap van de maatschap of na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar, zal door de voortzettende partners met ingang van de dag van overlijden van bedoelde partner en gedurende minderjarigheid van het kind, een zoveelste gedeelte van het weduwnpensioen worden uitgekeerd dat zou worden uitgekeerd, indien de partner een weduwe als vorenbedoeld (met de geboortedatum gelijk aan die van de moeder van het kind) had achtergelaten als er kinderen bij het overlijden van de partner in leven waren.

Indien de weduwe van een partner komt te overlijden voordat alle kinderen geboren uit haar huwelijk met de partner meerderjarig zijn, zal door de voortzettende partners gelijke uitkering, als in de vorige volzin omschreven, aan ieder dier minderjarige kinderen worden gedaan.

5. Laat de partner zowel een weduwe in voormelde zin als minderjarige kinderen uit een vorig huwelijk achter, dan zal het weduwnpensioen respectievelijk het na het overlijden dier weduwe aan minderjarige kinderen als in de vorige alinea bedoeld uit te keren wezenpensioen gedurende de minderjarigheid van eerstbedoelde kinderen worden verminderd en het bedrag dier vermindering aan die kinderen worden uitgekeerd, zodanig dat de door de betrokkenen ontvangen uitkeringen in redelijke verhouding staan tot hun wederzijdse behoeften, zulks ter uitsluitende beoordeling van de overblijvende partners.

6. In geen geval zal in enig jaar in totaal een groter bedrag aan uitkeringen uit hoofde van het onderhavige en het volgende artikel ten laste van de winst- en verliesrekening worden gebracht dan 15% van het zuiver saldo. Mocht dit

maximum bij onverkorte uitkering van de in dit en het vorige artikel voorziene pensioenen worden overschreden, dan zullen alle in het desbetreffende jaar verschuldigde pensioenen naar evenredigheid worden teruggebracht tot een zodanig bedrag dat het totaal dier bedragen gelijk wordt aan bedoeld maximum.

Artikel 18.

1. Indien een partner die een leeftijd van achteenvijftig jaar, doch nog niet die van vijftien jaar heeft bereikt en reeds vijftien jaar of langer partner is uit de maatschap treedt en tegelijkertijd de huisartsenpraktijk neerlegt, heeft hij tegenover de overblijvende partners - mits dezen met gebruikmaking van het hun in artikel 16 toegekende recht de zaken der maatschap voortzetten - recht op uitgesteld pensioen. Dit pensioen gaat in zodra de partner vijftien jaar is geworden en is alsdan gelijk aan het pensioen in artikel 17 bedongen ten behoeve van de partner, die na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar uittreedt.

2. Overlijdt de hier bedoelde partner na zijn uittreding onder achterlating van een weduwe en/of een of meer minderjarige kinderen, dan zal door de voortzettende partners aan zijn weduwe casu quo minderjarige kinderen gelijke uitkering worden gedaan als in artikel 17 bedongen ten behoeve van de weduwe respectievelijk minderjarige kinderen van een partner, die is overleden tijdens zijn lidmaatschap van de maatschap of na uit de maatschap te zijn getreden na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar.

Indien een partner door blijvende invaliditeit gedwongen is de huisartsenpraktijk neer te leggen en mitsdien uit de maatschap te treden, zal hij pensioen ontvangen zodra hij de leeftijd van vijftien jaar heeft bereikt; het invaliditeitsrisico tot de vijftienjarige leeftijd wordt collectief of individueel gedekt door verzekering.

3. Het in de vorige volzin bedoelde pensioen is gelijk aan het pensioen in artikel 17 bedongen ten behoeve van de partner, die na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar uittreedt.

4. Overlijdt de invalide partner na zijn uittreden onder achterlating van een weduwe en een of meer minderjarige kin-

deren, dan zullen aan zijn weduwe casu quo minderjarige kinderen gelijke uitkeringen worden gedaan als in artikel 17 bedongen ten behoeve van de weduwe respectievelijk minderjarige kinderen van een partner die is overleden tijdens zijn lidmaatschap van de maatschap of na uit de maatschap te zijn getreden na het bereiken van de leeftijd van vijftien jaar.

Artikel 19

De in artikel 17 en 18 bedoelde uitkeringen komen ten laste van de winst- en verliesrekening en zijn door de partners slechts verschuldigd zolang zij de huisartsenpraktijk in de Gemeente Rotterdam uitoefenen. De partners verplichten zich aan opvolgers in de praktijk en aan nieuwe partners zoveel mogelijk gelijke verplichtingen ten aanzien van uitgetreden partners, weduwen en wezen van overleden partners en mogelijke weduwen en wezen van bestaande partners als omschreven in de artikelen 17 en 18 te zullen opleggen.

Artikel 20.

1. Alle kwesties de maatschap en de door haar te verrichten werkzaamheden rakende, zullen door de partners in onderling overleg worden geregeld.

2. Indien de partners niet tot overeenstemming kunnen komen zal een besluit, genomen met ten minste drie/vierden van de stemmen van alle partners, de minderheid der partners binden, tenzij het betreft een geval, dat de basis vormt van de samenwerking in de maatschap.

3. Indien het betreft een geval, als bedoeld in het laatste gedeelte van de vorige zin, zal of zullen de in het ongelijk gestelde partner(s) het recht hebben een uitspraak te dezer zake aan arbiters te vragen.

Artikel 21.

Alle geschillen uit deze overeenkomst of haar uitvoering rijzende, ook die welke slechts door een partij als geschil worden beschouwd zullen in hoogste ressort worden berecht door drie scheidslieden, overeenkomstig de reglementen van het Nederlandsch Arbitrage Instituut.