

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

„Withuis“; verslag van een gezondheidscentrum in oprichting

DOOR A. RECEVEUR, HUISARTS TE VENLO*

Allerwege kan men de laatste tijd op nascholingscursussen en congressen huisartsen tegenkomen die veel belangstelling tonen voor de ontwikkelingen in de zogenaamde eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij het ontstaan van gezondheidscentra een belangrijk onderdeel is.

Tijdens onze voorbereidingen om te komen, waar wij nu zijn, hebben wij veel geleerd van diverse publikaties en van vele persoonlijke contacten met eerstelijnswerkers, die ons reeds waren voorgegaan op de niet eenvoudige weg naar ons doel. Het lijkt thans nuttig te trachten in deze kolommen verslag te doen van onze belevenissen, zodat anderen hiermede hun voordeel kunnen doen (*Van den Hout, Blom en Van Es*).

Voorgeschiedenis. In de loop van het jaar 1969 kwam in Venlo een gesprek op gang tussen twee daar respectievelijk reeds elf en vijf jaar gevestigde, solitair werkende huisartsen (toen 48 en 38 jaar) — de twee praktijken hadden samen meer dan 10.000 zielen — en een semi-arts (29 jaar) over „een vorm van onderlinge samenwerking“, welk gesprek voornamelijk werd ingegeven door een zekere onvrede met de bestaande situatie. Tijdens de militaire diensttijd van de inmiddels afgestudeerde semi-arts werd er veel gefilosofeerd over de vorm van samen-

werking en werden wij, door het lezen van artikelen en het bijwonen van onder andere de werkconferentie groepspraktijken (mei 1971, Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.)), geïnfecteerd door de gezondheidscentrumgedachte en met name de multidisciplinaire samenwerking daarin.

Waarschijnlijk omdat wij toch niet voor subsidie in aanmerking kwamen (de pot was leeg bleek bij informatie) hadden wij geen duidelijk omschreven plan bij de start van onze samenwerking. Men kan zeggen dat ons plan al denkend, werkend en bouwend steeds meer vorm begon aan te nemen. Enkele uitgangspunten waren er natuurlijk wel:

— wij wilden ons „huisarts-zijn“ anders en zo mogelijk beter door onderlinge samenwerking en door samenwerking met maatschappelijk werk en wijkzorg;

— wij wilden zo snel mogelijk vier artsen in deze praktijk, waarbij het maximum aantal patiënten van 3 000 per arts niet mocht worden overschreden;

— wij wilden, eveneens zo snel mogelijk, een gemeenschappelijk praktijkgebouw.

Zo men een evaluatie wil van ons oorspronkelijke plan, dan kunnen wij zeggen, dat deze drie punten nagenoeg volledig zijn geëffectueerd.

Huidige stand van zaken. Momenteel werken voor 10 000 patiënten vanuit de oorspronkelijke

* Mede namens H. Smits, R. van der Grinten, H. Crebolder, huisartsen; J. Aagten, maatschappelijk werker; A. Seuter, J. Fleuren, W. van Essen, J. Daal, wijkverpleegsters; I. Wijnands-Overdeest, ziekenverzorger; C. van Rensen, A. Maas-van Rensen, T. Joosten, assistentes.

twee praktijkpanden vier artsen (50, 40, 35 en 31 jaar), drie assistentes, vier wijkzusters, een ziekenverzorger en een maatschappelijk werker. Er is bij toerbeurt op het ene respectievelijk het andere adres een thee-uurtje 's middags, waar iedereen zoveel mogelijk komt. Er is elke donderdagavond een integrale teambespreking waarbij ook de echtgenotes zo mogelijk aanwezig zijn. Er is eenmaal per twee weken een teambespreking „maatschappelijk werk”. Er is eenmaal per zes weken een teambespreking „wijkzorg”. Er is eenmaal per vijf weken een teambespreking onder leiding van een agoog; ook hierbij zijn onze echtgenotes steeds aanwezig. Rond 1 maart 1973 hopen wij het zijn voltooiing naderende „Gezondheidscentrum Withuis” in gebruik te nemen*.

In het hierna volgende zullen wij trachten weer te geven hoe een en ander tot stand kwam.

Organisatievorm en financiën. Na een proefperiode trad op 1 juli 1971 een maatschapscontract in werking, dat volledige associatie regelde van de drie artsen. Twee belangrijke punten werden afgesproken: ten eerste: deze maatschap wordt opgezet met als doel uiteindelijk een groepspraktijk te vormen met een daartoe geëigend gebouw en organisatie. Ten tweede, alle inkomsten komen op een gemeenschappelijke bank- en girorekening en worden na aftrek van kosten in drie gelijke delen verdeeld.

Met het oog op mogelijke subsidie maar vooral met het oog op een ongedaan maken van de veel besproken kostenknik, stapten wij in die dagen naar de samenwerkende Limburgse ziekenfondsen. Uit deze oriënterende gesprekken ontsproot het idee om een stichting op te richten. Deze stichting zou het gezondheidscentrum beheren en exploiteren en tevens als werkgever fungeren voor de werkers in het team, dus ook voor de artsen. De inkomsten zouden bestaan uit de particuliere praktijk en eventuele nevenfuncties, de ziekenfondshonorering per ziel zou komen te vervallen. Het jaarlijkse tekort op de begroting zou worden gedragen door het ziekenfonds. In het stichtingsbestuur zouden teamleden noch ziekenfondsmensen zitting nemen.

Op basis van dit concept volgde een twintigtal soms taaie besprekingen, waarin beide partijen door juridische adviseurs werden bijgestaan, over statuten, arbeidsovereenkomst, huishoudelijk reglement en de overeenkomst stichting-ziekenfonds. De vraag: wat is een reëel en verantwoord salaris voor een huisarts in dienstverband bij een gezondheidscentrum, anders gezegd: wat willen wij verdienen?, vormde nog het laatste struikelblok.

* De ingebruikneming heeft intussen op 3 maart 1973 plaats gehad — Redactiecommissie huisarts en wetenschap.

Onder andere via de commissie groepspraktijken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.), de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) stelden wij onze achterban op de hoogte van de ontwikkelingen in Venlo. Op de ledenvergadering van de L.H.V. op 16 mei 1972 sprak voorzitter Bierens zelfs over „het probleemgebied Venlo”. Wij wilden binnen redelijke termijn ons doel bereiken en daarbij zo weinig mogelijk worden geremd door bestaande structuren, die bepaald niet zijn gemaakt om te experimenteren met diverse vormen van eerstelijnsgezondheidszorg. Vandaar onze voorkeur voor de ontwikkeling van onze ideeën ter plaatse en van onderaf (*Blom en Van Es*).

In tegenstelling tot Hoensbroek, Ommoord en andere hebben wij alles, wat tot op dat tijdstip is gebeurd, uit particulier initiatief opgezet, echter duidelijk met het perspectief een organisatie te ontwikkelen zoals hierboven beschreven, derhalve een die met name de financiële consequenties van ons overneemt. Wij realiseerden ons terdege dat wanneer de grootvader van een van ons het toevallig niet erg goed had gedaan in het zakenleven, wij nu nog aan het praten waren geweest met vele instanties en er nog geen paal in de grond zou zijn geslagen. Misschien waren wij onze inspiratie wel kwijt geraakt (*Blom en Van Es*).

Het maatschappelijk werk. In maart 1971 heeft een eerste gesprek plaats gehad met de directeur van het Centrum voor Maatschappelijk Werk te Venlo. Onze initiatieven werden zeer positief benaderd en er werd binnen enkele dagen een „praatstuk” in elkaar gezet, dat als basis zou dienen voor de toekomstige samenwerking. Het bleek uit alles, dat men vanuit het maatschappelijk werk zeer gemotiveerd was voor een integrale benadering van de cliënt en zijn problemen. Ondanks een personeelsstop werd per 1 januari 1972 een maatschappelijk werker voor vijftig procent bij het gezondheidscentrum in oprichting gedetacheerd. Hier toe werd een overeenkomst getekend tussen de maatschap en het bestuur van het centrum voor maatschappelijk werk.

Centraal in de besprekingen, die tot deze detachering hebben geleid, stond steeds het belang van de cliënt, respectievelijk patiënt en de noodzaak van elkaar te leren. De samenwerking met deze maatschappelijk werker, die wij bijna dagelijks ontmoeten en met wie wij — samen met zijn werkbegeleider — elke twee weken een teambespreking hebben, is tot nu toe goed geslaagd en van een niet meer weg te denken belang uit de zorg voor onze patiënten (*Bakker*). Zijn detachering is inmiddels tot

meer dan 75 procent uitgebreid. De resultaten van deze werkwijze hopen wij binnenkort te publiceren.

De wijkverpleging. Eveneens in maart 1971 hadden wij een bespreking met de hoofdverpleegster van het Groene Kruis (gelukkig is er in Venlo maar één kruisvereniging). Het belang van de samenwerking werd onderschreven, maar hoe dit in de praktijk te realiseren, hoe dit in de bestaande organisatie in te passen? In de nu volgende besprekingen zou ons steeds weer blijken hoe men aan de ene kant zeer was geporteerd voor onze opzet, maar aan de andere kant werd geremd door de traditionele structuur en werkwijze van de kruisvereniging. Er werd een werkgroep opgericht, waarin zitting kregen de medisch adviseur van het Provinciale Groene Kruis, de directeur van het Groene Kruis Venlo, de hoofd-wijkverpleegster, een van ons en een collega-huisarts uit de stad. Deze werkgroep kwam tot op heden achtmaal bijeen en de volgende feiten en voorstellen kwamen uit de bus:

a per 8 juni 1972 gaan drie verpleegsters en een ziekenverzorger meedenken in de sfeer van het gezondheidscentrum in oprichting. Zij zullen teambesprekingen bijwonen en binnen het team nagaan welke hun taak kan, respectievelijk moet zijn; zij zullen in deze proefperiode geen praktische werkzaamheden verrichten voor het gezondheidscentrum;

b zo spoedig mogelijk zal er een wijk-herindeling plaatsvinden; de huidige dertien wijken in de stad zullen worden teruggebracht tot negen, zodat de vier zusters vrijkomen voor het gezondheidscentrum; (dit is per 1 januari 1973 gebeurd). Er werd veel gesproken over het werken in andersmans wijk; bij maatschappelijk werk en huisarts niets bijzonders;

c per 1 september 1972 zijn wij gestart met het houden van ons eigen kleuterbureau in een van de grootste wijken van de stad; het ligt in de bedoeling het zuigelingenbureau te laten volgen.

Fysiotherapie. Reeds in een vrij vroeg stadium kwamen wij in contact met een fysiotherapeut, die belangstelling had voor samenwerking met ons in het op te richten gezondheidscentrum. Deze opzet verliep echter niet zo soepel. Voornamelijk omdat de ruimte, welke hij dacht nodig te hebben, relatief groot en duur was, moesten wij om economische redenen de fysiotherapie uit het bouwplan schrappen. Wij vonden dit geoorloofd omdat de aanwezigheid van de fysiotherapie binnen de muren van het gezondheidscentrum niet essentieel is voor de gewenste integrale benadering en omdat het mogelijk moet zijn een intensieve samenwerking op

te zetten met een fysiotherapeut elders in de stad. Momenteel hebben wij met deze laatste oplossing een begin gemaakt met behulp van een goed geoutilleerde revalidatie-afdeling van een verpleegtehuis ter plaatse.

Agogische begeleiding. Begin 1972 gingen wij, ten dele hiertoe aangezet door onze collegae in Hoensbroek, ten dele omdat wij zelf dit nodig oordeelden, op zoek naar een teamcoach. Deze werd gevonden bij het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie, afdeling Groepsdynamica. De ontwikkeling met deze vorm van begeleiding heeft bij ons allen diepe indruk gemaakt en is van fundamentele betekenis voor onze groei naar goede samenwerking.

Eenmaal per vijf weken is er een teambespreking met de agoog, waarbij ook onze echtgenotes aanwezig zijn. Aan de orde komen relationele problemen naar aanleiding van werkgerichte situaties, zoals onderlinge communicatie, het aanvaarden van elkanders werkwijze, wat wij verwachten van de wijkverpleegster, hoe hoog de salarissen van de artsen moeten zijn en het bespreekbaar maken van onderlinge problemen (*Blom en Van Es*).

Vrij snel bleek dat het goed communiceren met de anderen geen briljante eigenschap is van de arts; dit was mede de aanleiding voor de agoog om een werkweekend te organiseren in een conferentieoord. Hier trainden wij met vier artsen met echtgenotes, drie wijkzusters, een maatschappelijk werker, twee assistentes. Doel was een versnelling aan te brengen in het in elke groep spelende proces om van „als los zand” aan elkaar hangen te geraken tot de meest ideale vorm een echt creatief samenwerkingsverband. Dit weekeinde (driemaal tien uur werken!) was zowel voor de groep als geheel als voor ieder van ons persoonlijk een zeer zinvolle zaak. (*Dubois, Blom en Van Es*).

Samenwerking collegae huisartsen. Ongeveer eenmaal per kwartaal is er een vergadering van de twaalf huisartsen in Venlo, die gezamenlijk al lange tijd een weekend- en vakantieregeling hebben. Vanaf het begin hebben wij vermeden een groep binnen een groep te vormen, onder meer door steeds uitgebreide voorlichting te geven over de stand van zaken en door copieën te sturen van belangrijke bronnen en briefwisselingen.

Het is interessant te ervaren hoe in de loop van anderhalf jaar de houding van deze collegae veranderde van sceptisch-neutraal tot neutraal-positief. Intussen werkte er toch wel een en ander door van onze ideeën: ieder doet momenteel bij wijze van proef zijn eigen kleuterbureau, er wordt een ontmoeting georganiseerd met de fysiotherapeuten, er wordt een andere weekenddienst-

regeling beproefd. Belangrijk bij dit alles is ongetwijfeld dat wij ons gezondheidscentrum niet hebben opgezet om de praktijk te laten groeien

Overige contacten. Naarmate onze voorbereidingen vorderden voelden wij de behoefte om belanghebbenden in te lichten over hetgeen waarmee wij doende waren. Steeds constateerden wij dat deze belanghebbenden van hun kant ook zeer waren geïnteresseerd en soms zelf met het verzoek om informatie kwamen. Zo hebben wij een bijeenkomst georganiseerd met de specialisten en de huisartsen uit de regio, de verloskundigen, met alle wijkverpleegsters en het bestuur van het Groene Kruis en met de ambtenaren van Sociale Zaken der Gemeente Venlo. Deze laatste ontmoeting resulteerde zelfs in de benoeming van een vaste contactman tussen sociale zaken en het gezondheidscentrum. Op het programma staan nog de gezinszorg en de diverse vormen van maatschappelijk werk.

Wij hebben getracht een samenwerking tussen ziekenhuis en gezondheidscentrum tot stand te brengen door iemand uit het ziekenhuisbestuur te vragen in ons stichtingsbestuur zitting te nemen. Een goede samenwerking tussen beide is toch immers in het belang van de patiënt. Ook zien wij in een zodanige samenwerking duidelijke mogelijkheden tot besparingen in de langzamerhand te duur geworden gezondheidszorg (kortere opnemingsduur, kleine chirurgie, controles van chronisch zieken niet meer in het ziekenhuis). Men was echter toch bang voor een rollenconflict. Thans hebben wij een van de specialisten in ons bestuur gekozen. Wij zijn ervan overtuigd dat er naarstig moet worden gezocht naar een soort overlegorgaan tussen beide partijen, want zoals het nu gaat, gaat het vaak niet goed, met name niet voor de patiënt, die wij toch allen optimaal willen helpen.

Patiënten en publiciteit. Eveneens „getipt” door Hoensbroek, spraken wij met een bevriend journalist over de verschillende publiciteitsaspecten, die aan een dergelijk project zijn verbonden. Immers als wij zelf niets in de regionale pers lieten verschijnen zou daarin wel eens iets kunnen worden gepubliceerd dat wij niet wilden en op een tijdstip dat ons ongelegen zou komen, bijvoorbeeld voordat onze patiënten zouden zijn geïnformeerd. Wat wij dus moesten doen:

- 1 beginnen met de eigen patiënten op de hoogte te stellen;
- 2 daarna de collegae huisartsen;
- 3 vervolgens de specialisten, de paramedici, de geestelijke gezondheidszorg enzovoort;
- 4 tenslotte de pers uitnodigen voor een gesprek.

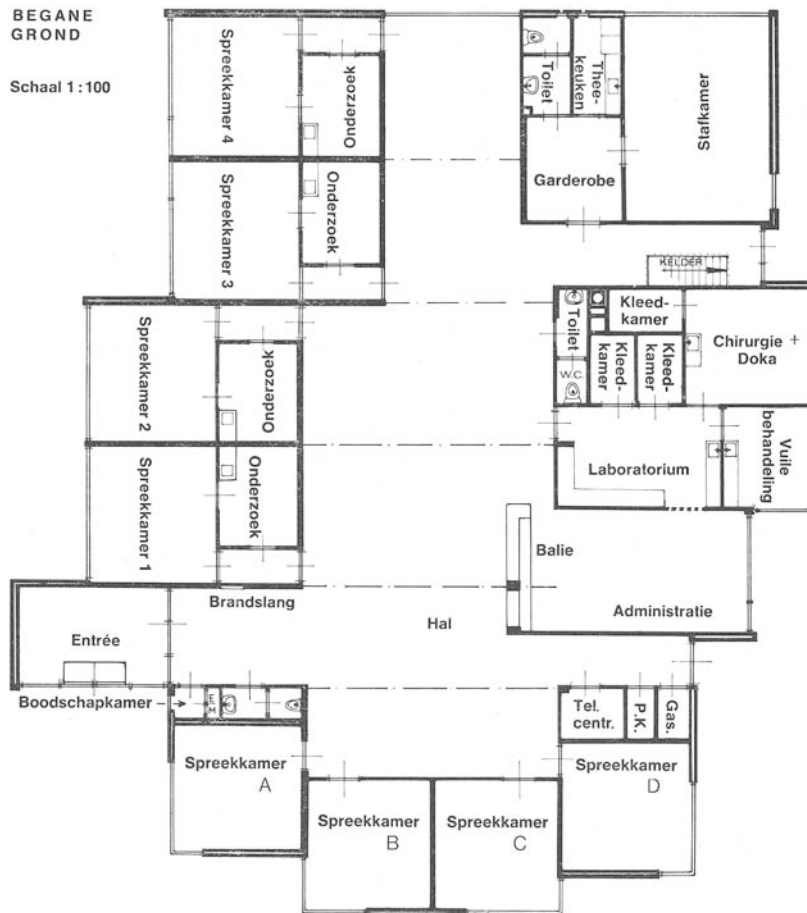
Ad 1. Het bleek niet eenvoudig dit goed te doen. Enerzijds wilden wij graag veel vertellen, anderzijds moest het kort en duidelijk zijn. Naast een aantal wachtkamerberichten en veel persoonlijke uitleg stuurden wij in mei 1972 ons „eerste bericht” aan alle patiënten met informatie over de werkers, de bouw en het afspraakspreekuur. In die informatieverstrekking verschijnt binnenkort ons „derde bericht”.

Ad 4. Twee van ons hadden samen met twee collegae huisartsen uit de stad een gesprek met een journalist van het plaatselijk dagblad. Wij kregen het te plaatsen artikel tevoren ter inzage en konden nog enige correcties aanbrenge.

Wetenschappelijk werk. De vierde arts van ons team was, voordat hij met ons ging samenwerken, in de gelegenheid enige tijd wetenschappelijk medewerker te zijn bij het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (N.U.H.I.), hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen. Dit had tot gevolg dat wij in juli 1972 vierduizend (!) lijvige enquêteformulieren hebben verspreid onder alle patiënten boven de achttien jaar uit onze praktijk. Terwijl regelmatig ruggespraak wordt gehouden met het N.U.H.I. worden de gegevens hiervan momenteel verwerkt. Met deze in de toekomst te herhalen enquête willen wij nagaan op welke wijze de patiënten de overgang van een traditionele huisartspraktijk naar een gezondheidscentrum ervaren. Wat is hun mening ten aanzien van de verschillende eerstelijns werkers? Wat vinden zij van het centrum in vergelijking met het woonhuis van hun huisarts?

De bouw. Na een vruchteloze bespreking met het gemeentebestuur over eventuele huur en na het bekijken van de verbouw-mogelijkheden van enkele grote herenhuizen in de stad, besloten wij tot nieuwbouw. Min of meer toevallig konden wij van een kerkbestuur een geschikt terrein kopen, dat precies tussen de twee bestaande praktijkpanden ligt en bovendien vlak bij het ziekenhuis. F. 80 000.— plus wat sleutelgeld is een fors bedrag, maar het was voor een goed doel! Een bestemmingsplanwijziging via Burgemeester en Wethouders verliep gelukkig zeer soepel en eind augustus 1971 gingen wij met een programma van eisen naar een architect. Vanaf het begin hebben wij gestreefd naar een soort flexibele ruimte en naar uitbreidingsmogelijkheden: het terrein is maar voor tweederde volgebouwd.

In gesprekken met de architect werd deze vertrouwd gemaakt met onze zienswijze op de eerste lijns gezondheidszorg. Wij bezochten samen met hem enkele bestaande projecten. Als belangrijk criterium werd steeds gesteld, dat de patiënten zich in dit gebouw op hun gemak moeten voelen



(eerlijke steen, geen kostbare materialen, een muziekje, geen balie die als barrière werkt). In een dergelijk gebouw is een aantal sub-eenheden te onderscheiden, waarop men op een bepaald oppervlak mee kan gaan schuiven om een goede combinatie te vinden: a de vier artsen (sprekkamer plus onderzoekkamer); b de „para-troepen” (vier spreekkamers voor maatschappelijk werk, wijkverpleegsters, diëtiste, psycholoog, jurist, enzovoort); c het behandel- en laboratoriumgedeelte; d de administratie-receptie; e stafkamer, respectievelijk privégedeelte.

Al schuivende met deze units kwam er een ontwerp tot stand dat ons inziens geschikt was voor ons doel (zie tekening). Enkele opmerkingen hierbij:

— de stad is goed voorzien van wijkgebouwen, zodat wij dit uit ons oorspronkelijke plan hebben laten vervallen;

— wij hebben slechts een kleine laboratoriumruimte nodig omdat het merendeel van het laboratoriumwerk door het nabijgelegen ziekenhuis wordt gedaan;

— de looplijnen zouden misschien korter kunnen, maar wij menen dat hieraan soms wel al te zwaar wordt getild: de assistente zal niet zo vaak nodig zijn in de spreek- respectievelijk onderzoekkamer;

— de grondgedachte van een als eenheid functionerend team komt goed tot zijn recht doordat alle spreekkamerdeuren op dezelfde centrale hal uitmonden; slechts het naambordje zal een onderscheid vormen.

— de centrale hal is geschikt voor allerlei soorten voorlichtingsactiviteiten en eventuele cursussen;

— in de kelder is het archief en voorraadruimten.

* * *

Op 2 mei 1972 werd de eerste steen gelegd, in september ging de vlag erop en 1 maart 1973 hopen wij erin te trekken. Wij zijn ons er terdege van bewust dat het psychologisch zeer belangrijk is de bouw dagelijks te zien vorderen. Dit vormt een zeer

stimulerende factor in ons ontwikkelingsproces (*Blom en Van Es*).

De kosten van het gebouw bedragen f 500.000.— („all in”).

Slotbeschouwing. Het oprichten van een gezondheidscentrum vanuit bestaande praktijken is niet eenvoudig (*Van den Hout*). Daar staat tegenover dat men in de overgangsfase ruim de gelegenheid heeft aan vele aspecten van het functioneren van een gezondheidscentrum te wennen. Dit geldt zowel voor de patiënten als voor de werkers. Natuurlijk kennen wij regelmatig onze „depressies”, maar in het algemeen kan worden gezegd dat het groei-proces een zeer stimulerende werking op ieder van ons heeft. Daarbij hebben wij het gevoel iets te ondernemen wat de patiënt-cliënt een reëel stukje welzijn kan brengen.

Bezien wij tenslotte of wij voor de vijf lessen van *Blom en Van Es* een voldoende aantal punten kunnen scoren voor ons zwemdiploma in de welzijnszee dan blijkt:

1 Een realiseringstrategie is taaie theoretische stof. Uitgaande van een aantal basisgedachten moet

het mogelijk zijn al doende de plannen steeds concreter te maken.

2 De structuur moet men voorlopig inderdaad zelf ontwerpen, van onderaf.

3 Een agogische begeleiding is van groot belang en geeft een extra dimensie aan ieders individuele mens zijn.

4 Als wij niet toevallig voldoende financiën op tafel hadden kunnen leggen zou er nu nog geen paal in de grond zijn geslagen.

5 De deelnemers moeten er inderdaad wat voor over hebben; zij moeten gemotiveerd zijn maar al voortgaande kan men aan deze motivatie voldoende sleutelen.

Wij hopen in de nabije toekomst over onze eerste ervaringen in het „Withuis” te kunnen schrijven. Wij zijn optimistisch gestemd!

Bakker, F. R. (1971) huisarts en wetenschap 14, 139.

Blom, J. en J. C. van Es (1972) huisarts en wetenschap 15, 325.

Dubois, V. E. (1971) huisarts en wetenschap 14, 137.

Hout, W. P. van den (1971) huisarts en wetenschap 14, 129.

Ravenswaay, J. E. van (1972) De vorming van groepspraktijken. Verslag conferentie groepspraktijken. Nederlands Huisartsen Instituut.