

werking sprake is. Hoe dit alles ook zij, wij menen in elk geval te kunnen concluderen dat dit gedeelte van ons onderzoek de belangwekkende bevinding heeft opgeleverd dat bij spoedhulp door de patiënten een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen voornamelijk somatische en voornamelijk psychosociale problematiek. De specifieke functie van de eigen huisarts wordt het belangrijkste geacht bij de laatste categorie. Verder blijken kenmerken, die samenhangen met het minder belangrijk achten van de eigen huisarts bij somatische problematiek, bij psychosociale problematiek juist samen te hangen met het toekennen van een groter belang aan de hulp van de eigen huisarts.

Ter afsluiting van dit artikel zij hier nog kort vermeld dat wij de factoren betreffende voorkeur voor de eigen huisarts bij spoedhulp tenslotte

ook nog in verband hebben gebracht met factoren betreffende de voor- en nadelen van de samenwerking. Daarbij bleek, zoals te verwachten was, dat met het stijgen van de voorkeur voor de eigen huisarts, zowel bij somatische als psychosociale problematiek, de overtuiging toeneemt dat de eigen huisarts beter kan behandelen ($r = .378$ respectievelijk 300 , P in beide gevallen $<0,01$) en dat het persoonlijke verloren gaat ($r = .227$ respectievelijk $.056$, P respectievelijk $<0,01$ en $<0,05$). Met de voorkeur voor de eigen huisarts stijgt echter bij somatische problematiek ook de mening dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening zal verbeteren ($r = .090$, $P < 0,01$), terwijl deze verwachting van een betere kwaliteit bij psychosociale problematiek juist met de voorkeur voor de eigen huisarts afneemt ($r = -.061$, $P < 0,05$). Opnieuw blijkt dus

dat er in de beoordeling van de patiënten duidelijke verschillen zijn, samenhangende met het onderscheid dat zij maken tussen hoofdzakelijk somatische en hoofdzakelijk psychosociale problematiek.

Summary. Studies concerning a pseudo-group practice (V). This paper presents a survey of the results of a study of the views of patients in a pseudo-group practice on the advantages and disadvantages of this type of collaboration of their family doctors. Their expectations and experiences were generally very positive, while at the same time they proved to attach great importance to having their own family doctor, particularly in dealing with psychosocial problems. Correlations between various background data are discussed. The findings indicate that patients considered to be most capable of judgement, set less store by emergency aid from their own family doctor in somatic diseases, but preferred their own family doctor for discussion of psychosocial problems.

De huisartsengroepspraktijk en het gezondheidscentrum te Wassenaar

DOOR H. S. BOOGAART EN DR. R. S. TEN CATE, MEDE NAMENS M. H. VAN TOLINGEN EN W. J. ZWEERTS DE JONG, ALLEN HUISARTS TE WASSENAAR

VOORGESCHIEDENIS

De gemeente Wassenaar telt ongeveer 28.000 inwoners, onder wie tien huisartsen, die er tussen de tien en dertig jaren zijn gevestigd. Er bestaan goede onderlinge verhoudingen, die zich onder meer manifesteren in een weekenddienstregeling, waarbij twee artsen van zaterdag 10.00 uur tot maandag 8.00 uur dienst doen, zodat iedere arts eens per vijf weken dienst heeft; een avonddienstregeling waarbij vanaf 18.00 uur twee artsen beschikbaar zijn, naar wie de andere artsen slechts verwijzen wanneer zijzelf afwezig zijn, en voorts een onderlinge vakantieregeling, waardoor het voor ieder van de tien artsen mogelijk is zeven weken vakantie per jaar op te nemen.

Er bestaat een regelmatig onderling contact: eenmaal per maand is er een refereravond, waaraan ook enkele niet-huisartsen deelnemen, zes

van de tien huisartsen maken reeds zes jaren deel uit van een balintgroep en tweemaal per jaar wordt er samen met de specialisten en apothekers die in Wassenaar wonen en hun echtgenoten iets gezelligs georganiseerd. Omstreeks 1966 ontstond bij enkele huisartsen de behoefte het regelmatige onderlinge contact te intensiveren door in een groepspraktijk te gaan werken.

MOTIVATIES

De motieven hiervoor waren dezelfde als reeds eerder in diverse publicaties werden beschreven. Onze globale doelstelling was kwaliteitsverbetering van ons werk, waardoor een betere hulpverlening aan de patiënt mogelijk zou zijn. Voorts zagen wij de volgende neven-doelstellingen:

1. Het opheffen van het isolement bij het dagelijkse werk. Wij stel-

den ons voor dat er directe onderlinge consultatie mogelijk zou zijn en een dagelijkse bespreking van de praktijkproblemen. Er zou een referentiekader worden gecreëerd, waarbinnen mogelijkheden tot zelftoetsing.

2. Een gemeenschappelijke praktijkruimte, die efficiënter zou kunnen worden ingericht dan een praktijkruimte in het eigen huis.
3. Het gemakkelijker kunnen inschakelen van hulpkrachten. Er zou differentiatie in de werkzaamheden mogelijk zijn en bij ziekte zouden de assistenten voor elkaar kunnen invallen.
4. Het meer tijd kunnen vrijmaken voor het arts-patiënt-contact.
5. Het soepeler opvangen van spoedgevallen tijdens het dagelijkse werk door onderlinge waarneming.
6. Het gemeenschappelijke aanschaffen van dure apparatuur, die

daardoor voor ieder betaalbaar zou zijn. Gedacht werd aan een electrocardiograaf, audiometer, een fotokopieerapparaat en dergelijke.

7. Het beter de weg kunnen vinden in de patiëntengegevens tijdens ziekte of vakantie door uniformering van de administratie, waardoor een betere continuïteit van de zorg kan worden gegarandeerd.
8. Het gemakkelijker vinden van een opvolger bij het neerleggen van de praktijk of bij het overlijden van één der groepsleden.
9. Het dienstbaar maken aan de gehele groep van speciale kundigheden (electrocardiografie!).

EERSTE PLANNEN

Met deze doelstellingen voor ogen werd door enkele huisartsen het plan gelanceerd een groepspraktijk op te richten. Wij gevoelden ons zodanig met elkaar verbonden, dat een groepsgewijze samenwerking tussen de tien huisartsen zeker mogelijk leek. Voor enkelen bestonden er echter verschillende redenen om niet aan een groepspraktijk mee te doen, zoals recente investeringen in de bouw van een eigen praktijkruimte of onvoldoende motivatie, zodat in 1968 met een groep van vier huisartsen werd begonnen. De leeftijden van de deelnemers waren toen 37, 39, 41 en 49 jaar. Zij waren respectievelijk 5, 5, 12 en 23 jaar in Wassenaar gevestigd. Wij zullen deze artsen in het vervolg met de letters A, B, C en D aanduiden. De praktijkgrootten waren: A. 2100, B. 3300, C. 3400 en D. 2600.

Bij ieder van de deelnemers speelde ook andere motieven dan de bovengenoemde een rol om mee te doen. B. deed praktijk aan huis en moest zich met zijn gezin erg behelpen in de resterende woonruimte; een verbouwing of verhuizing zou anders noodzakelijk zijn geweest. A. had in de buurt waar hij woonde onvoldoende uitbreidingsmogelijkheden voor zijn praktijk, terwijl hij zou moeten verbouwen om ruimte te

creëren voor een praktijkassistente. Voor C. en D. ging al spoedig een ander motief meespelen waarover straks meer.

Toen het besluit was genomen met een groep van vier te gaan samenwerken, werd besloten eerst aan de realisatie van een praktijkruimte te gaan werken. Vele voorbeelden waren er toen in Nederland nog niet. Een van ons had eerder een studiereis naar Engeland gemaakt en daar een aantal groepspraktijken en gezondheidscentra bekeken. Door het minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid was juist een startsubsidie toegekend aan vijf groepspraktijken, maar deze waren of nog in een embryonaal stadium of de situatie was niet vergelijkbaar met die in Wassenaar. Voor een dergelijk startsubsidie bleken wij overigens niet in aanmerking te komen.

In het begin beperkten wij ons tot een zeer voorlopig plan en gingen op zoek naar een gunstige plaats en naar de benodigde financiën. Het bleek — 1968 — al spoedig dat voor nieuwbouw van een redelijke praktijkruimte ongeveer een kwart miljoen gulden op tafel zou moeten komen. De financiering hiervan leek in principe mogelijk via een Praktijkfinancieringsstichting. Wat de plaats betrof hadden wij in principe medewerking van B. en W. van Wassenaar, maar nog geen vaste toezegging, totdat zich plotseling een geheel nieuw perspectief opende.

Wassenaar was de eerste gemeente in Nederland waar het Groene en het Wit-Gele Kruis een fusie hadden aangegaan. Het gebouw van het Wit-Gele Kruis werd verkocht en alle activiteiten van het nu ontstane „Wassenaarse Kruiswerk” moesten plaats vinden in het gebouw van het voormalige Groene Kruis, dat hiervoor veel te klein was. Er moest dus een nieuw gebouw komen.

Nu gingen voor C. en D., van wie C. driemaal per week een spreekuur in het oude gebouw hield en D. reeds twintig jaar zijn gehele praktijk uitoefende, nieuwe motieven meespelen. Zij moesten ergens anders naar toe of mee verhuizen en wat lag er meer

Samenvatting. In de groepspraktijk werken vier van de tien Wassenaarse huisartsen samen. Naast een aantal algemene bestonden voor ieder van hen specifieke motieven om aan deze groepspraktijk mee te doen. Aangezien de plannen van de groepspraktijk parallel liepen met die voor de stichting van een nieuw kruisgebouw kon men tot een gezondheidscentrum komen, waarvan de groepspraktijk deel uitmaakte.

Welbewust werd bij de opzet van de praktijkruimte voor een centrale hal gekozen, waarop alle vertrekken zouden uitkomen en tevens voor arts-gebonden assistenten.

Omdat alle partners reeds geruime tijd in de praktijk waren, werd een maatschap niet direct aangedurfd. Er werd voor de stichtingsvorm gekozen, met het voornemen deze te zijner tijd in een maatschap om te zetten.

De groep kent een duidelijke taakverdeling, waarbij wordt getracht de samenwerking volgens een fasenplan te verwezenlijken: primair in de groep en vervolgens interdisciplinair met wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers en vervolgens met fysiotherapeuten en andere disciplines.

Andere activiteiten die in het gezondheidscentrum plaatsvinden zijn die van de kruisverenigingen, de diëtiste, de trombosedienst, een groep fysiotherapeuten, vijftien specialisten, een laboratorium en een tandarts.

De waarde van een ontmoetingsruimte in de groepspraktijk kan niet hoog genoeg worden aangeslagen.

voor de hand dan dat de groepspraktijk in oprichting samenwerking zocht met het Wassenaarse Kruiswerk? Mede dank zij het feit, dat B. bestuurslid van het Wassenaarse Kruiswerk was, verliepen de besprekingen hierover voorspoedig en werd overeengekomen, dat de groepspraktijk een etage zou kunnen huren van het toekomstige gebouw van het Wassenaarse Kruiswerk, dat verder als „gezondheidscentrum” zal worden aangeduid.

EEN NIEUW PLAN

Nu gingen onze plannen, die tot dan vrij vaag waren geweest en waaraan wij zelf nog niet geheel geloofden, vaste vorm aannemen. Tevens gingen onze echtgenoten, die tot nu toe wellicht enigszins geamuseerd vanaf een afstand het gebeuren had-

den gevolgd, hun rol meespelen. Door de groepspraktijk zou er in drie van de vier huisgezinnen veel gaan veranderen.

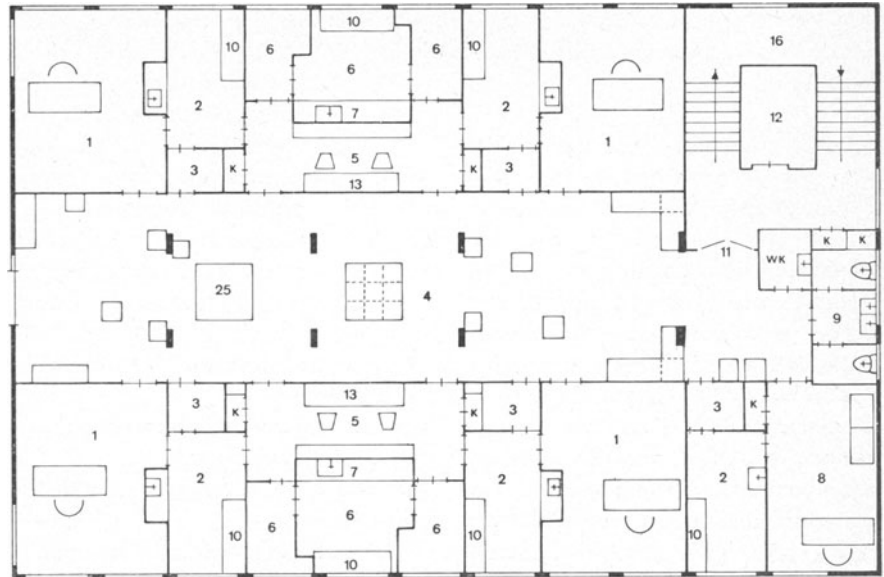
Wij besloten maandelijks met de vier echtgenoten bijeen te komen en alle aspecten van de samenwerking te bespreken. De vier echtparen maakten een tocht door Nederland om enkele groepspraktijken te bekijken, zochten contact met een binnenhuisarchitect, bekeken van enige ons bekende binnenhuisarchitecten het werk, en gingen tenslotte in zee met de heer J. de Bruyn. Nadat onze wensen op tafel waren gekomen werd in overleg met hem een voorlopig ontwerp gemaakt.

Aangezien intussen D. een parttime aanstelling had gekregen aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden, diende zich tevens het aspect van de toekomstige huisartsenopleiding aan. Het lag voor de hand de toekomstige groepspraktijk zo in te richten, dat er een aparte plaats voor een arts in opleiding zou zijn. Voor de oppervlakte van de benodigde vertrekken, maakten wij dankbaar gebruik van de klapper „De praktijkruimte van de huisarts” van het N.H.I. Op deze wijze werd al in een vroeg stadium de maat vastgesteld, waaraan het totale oppervlak moest voldoen. Dit werd door B. in het bestuur van het Kruiswerk besproken, zodat wij er zeker van waren, dat wij in het gebouw zouden „passen”.

Het toekomstige gezondheidscentrum zou een rechthoekig gebouw van vijf bouwlagen worden met elk een oppervlakte van 23 m maal 15 m = 345 m². Dit was dus ook het oppervlak waarover wij de beschikking zouden krijgen.

Een eerste, belangrijk punt was: centrale hal of aparte wachtkamer? Wij kozen voor een centrale hal waarop alle vertrekken zouden uitkomen. Motieven hiervoor waren: ruimtebesparing, geen gangen; creëren van een grote ruimte, waardoor een betere spreiding van de patiënten mogelijk is; overzichtelijkheid en korte loopafstanden.

Een tweede punt was, centrale re-



Plattegrond huisartsengroepspraktijk in het gezondheidscentrum te Wassenaar. 1. spreekkamer, 2. onderzoekkamer, 3. kleedkamer, 4. wachtruimte, 5. administratie/receptie, 6. behandelruimte, 7. laboratorium, 8. stafkamer, 9. toiletruimte, 10. onderzoekbank, 11. entree, 12. lift, 13. balie, 16. trapportaal, 25. speelmeubel; k = kast en wk = werkkast.

ceptie of receptie per arts. Wij hadden elders gezien hoe moeilijk een centrale receptie de topdrukke tussen 8.00 en 10.00 uur kon verwerken, zonder daarbij aan een persoonlijke opvang van de patiënten tekort te doen. Daar wij alle vier al jaren als solist werkzaam waren geweest, bestond er een sterke binding tussen arts en patiënt en wij realiseerden ons dan ook dat de nieuwe situatie voor de patiënten ook een grote overgang zou betekenen. Omdat wij deze persoonlijke binding centraal stelden, besloten wij tot een gespreide receptie, waarbij iedere assistente arts-gebonden zou blijven werken, maar waarbij wel de mogelijkheid zou bestaan dat de assistenten elkaar zouden kunnen vervangen.

Als tussenvorm van centrale en gespreide receptie kozen wij voor twee balies met elk twee assistenten, waarbij iedere arts een eigen telefoonnummer zou houden. Daarnaast zou iedere arts en elke balie een toestel krijgen dat op de telefooncentrale van het gezondheidscentrum zou zijn aangesloten. Bij de verdere planning waren wij gebonden aan een aantal betonnen pilaren van het bouwskelet,

de lift en de trappartij. Tenslotte kreeg de praktijk de vorm zoals in bijgaande plattegrond is afgebeeld.

Dit betrof de ruimtelijke aspecten, maar intussen moest ook naar een officiële vorm voor onze samenwerking worden gezocht. Wij durfden het niet aan direct tot een maatschap over te gaan, waarbij vermoedelijk een rol speelde, dat alle deelnemers reeds jaren als solist hadden gewerkt en er aanzienlijke verschillen in praktijkgrootte en nevenfuncties bestonden. Wij besloten de stichtingsvorm te kiezen, waarbij de groepsleden als bestuur van de stichting optraden en wij namen ons voor in de toekomst naar een maatschap toe te groeien. De stichting huurde de praktijkruimte en betaalde alle praktijkkosten, waaronder het salaris van assistenten en werksters, welke hoofdelijk werden omgeslagen. Men kon dus zeggen dat de uitgaven gemeenschappelijk geschieden, maar dat de inkomsten nog voor ieder afzonderlijk waren.

DE REALISATIE

Op 28 augustus 1972 is de groeps-

praktijk begonnen. In het hierna volgende enige aspecten van de samenwerking:

1. In de groep zijn de functies verdeeld: A treedt op als secretaris-penningmeester, beheert de financiën, betaalt het personeel uit, voert de correspondentie en stelt de agenda voor de bijeenkomsten op; B verzorgt het contact met het gezondheidscentrum; C beheert de personeelszaken en de bibliotheek; D heeft de algemene leiding en verzorgt het onderwijs. Deze functies werden reeds in een vroegtijdig stadium van de voorbereidingsfase verdeeld, wat onzes inziens gunstige invloed had op de voortgang van de werkzaamheden.

2. Dagelijks tussen 10.00 en 10.30 uur wordt gezamenlijk koffie gedronken met de assistenten. Er worden zonodig enkele dringende organisatorische zaken besproken en meestal ook medische onderwerpen.

3. Wekelijks wordt door de vier arts en een vergadering gehouden van gemiddeld 1½ uur, waarin organisatorische zaken worden besproken. Er is een agenda en er wordt een besluitenlijst gemaakt.

4. Eenmaal per maand wordt deze vergadering ook bijgewoond door de assistenten.

5. Eenmaal per veertien dagen wordt 's avonds 2½ uur besteed aan medische onderwerpen. Wij zijn begonnen met de farmacotherapie en willen proberen deze zoveel mogelijk aan elkaar aan te passen, waarna ook andere vormen van therapie aan de beurt komen. Het is de bedoeling ook aandacht te wijden aan de diagnostiek, post mortem-verslagen en dergelijke.

Ad 3, 4 en 5: Er is een faseplan opgesteld dat de volgende fasen omvat:

1e fase: samenwerking in de groep:

- a. op elkaar afstemmen van dagindelingen;
- b. onderlinge taakverdeling artsen;
- c. onderlinge taakverdeling assistenten;
- d. eenheid van registratie;

- e. eenheid van administratie;
- f. vergelijken en zo mogelijk standaardiseren van diagnostische procedures;
- g. vergelijken en zo mogelijk standaardiseren van therapeutische procedures;
- h. vergelijken en zo mogelijk standaardiseren van verwijzing, follow-up enzovoort.

2e fase: samenwerking met de wijkverpleegsters.

3e fase: samenwerking met het maatschappelijk werk.

4e fase: samenwerking met andere disciplines.

De samenwerking met de andere Wassenaarse huisartsen is gebleven als voorheen: gemeenschappelijke avond- en weekenddiensten, vakantieregeling, balintgroep, refereeravond en P.H.V., waarvan de vergaderingen in het centrum plaatsvonden.

6. De opleiding vormt een belangrijk aspect van de samenwerking. Op 1 december 1972 kwam de eerste arts die een specifieke beroepsopleiding wilde volgen in de groep. Dit is een preluderen op de verplichte specifieke huisartsenopleiding die in 1975 in Leiden zal aanvangen. Er wordt naar opleidingsaspecten zal worden besteed. Behalve de dagelijkse patiëntenbesprekingen wordt deze opleiding gelijkmatig over de groepsleden verdeeld.

7. In de groep worden steeds twee stagiaires-doktersassistenten opgeleid. Elke drie maanden komt een nieuwe stagiaire, die een half jaar blijft. De vier assistenten wijden zich gezamenlijk aan de opleidingstaak onder supervisie van één der artsen.

8. De assistenten hebben werktijden van 8.00 tot 17.00 uur, met dien verstande, dat er steeds van 12.00 tot 13.00 uur en van 17.00 tot 18.00 uur één assistente aanwezig is. Van de vier telefoonbeantwoorders verwijzen gedurende deze tijd drie naar de dienstdoende assistente. Ter compensatie van de extra werktijden heeft dagelijks één der assistenten om 15.00 uur vrij, waarbij de andere assistente

aan dezelfde balie haar taak overneemt.

Enkele praktische gegevens die voor de lezer van belang kunnen zijn: Het gebouw is eigendom van de Vereniging het Wassenaarse Kruiswerk, dat voor een deel de bouw uit eigen middelen heeft gefinancierd. Voor het overige heeft de Gemeente Wassenaar zich garant gesteld voor een lening en subsidieert zij het tekort in de exploitatie tot een bepaald maximum. Ook de Wassenaarse bevolking heeft via diverse spontane acties gelden bijgedragen voor de bouw en de inrichting; wel een bewijs hoezeer men zich hierbij betrokken gevoelt.

Er is voorts behoefte op bestuurlijk niveau aan het gezondheidscentrum een zekere mate van autonomie te verlenen, waarbij aan de diverse belangengroepen, inclusief de consumenten een stuk bestuursverantwoordelijkheid zal worden toegekend. Wij hopen dit in de stichtingsvorm te verwezenlijken.

Wij betalen voor onze etage exclusief water en elektriciteit een huur van f 28.000,— per jaar. De inrichtingskosten die ten onze lasten kwamen bedroegen f 51.712,—, als volgt te specificeren:

Aannemer: bouwkundige voorzieningen, die niet in het bestek waren opgenomen, zoals laboratorium, aanrechten in de onderzoekkamers en dergelijke f 25.718,—
Electricien voor aanvullende elektrische voorzieningen f 12.000,—
Meubilair en stoffering voor de gemeenschappelijke ruimte f 10.759,—
Verdere inrichtingskosten f 3.235,—

Deze kosten werden betaald door onze Stichting, wat neerkwam op f 12.928,— per arts. Daarbij komt voorts de meubilering van de spreekkamers, die door ieder naar eigen smaak werd uitgezocht en persoonlijk betaald.

De exploitatiekosten betreffen de huur, het salaris van de assistenten en de werkster (twee uur per dag gedurende vijf dagen van de week) en van de aanschaf van formulieren, spuiten, naalden en dergelijke. Bij dit laatste

zijn quantumkortingen ten voordele van de groepspraktijk. Doordat wij voor de bovengenoemde huurprijs tevens beschikken over een vrij grote voorraadruimte in de kelder van het gebouw kunnen wij spuiten, naalden, formulieren en andere artikelen in grote quanta bestellen.

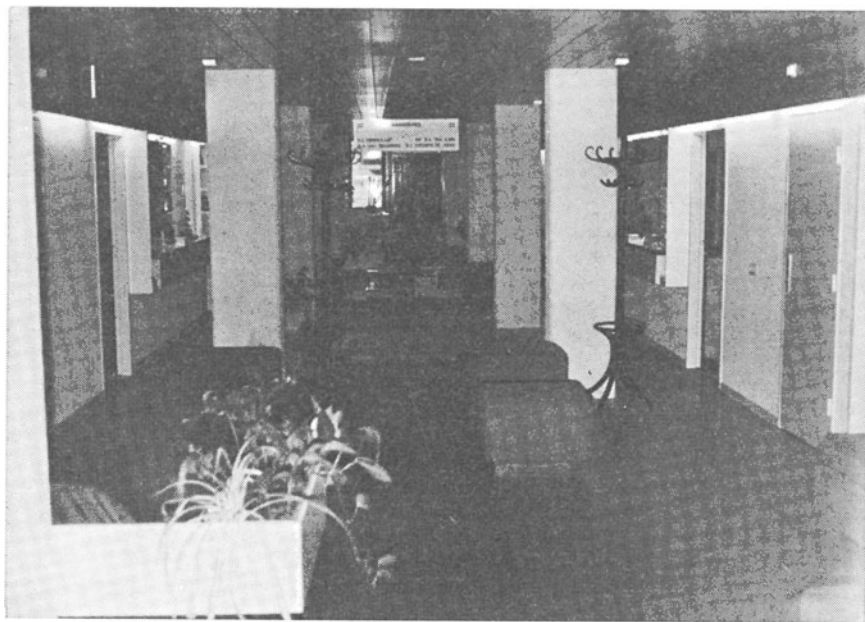
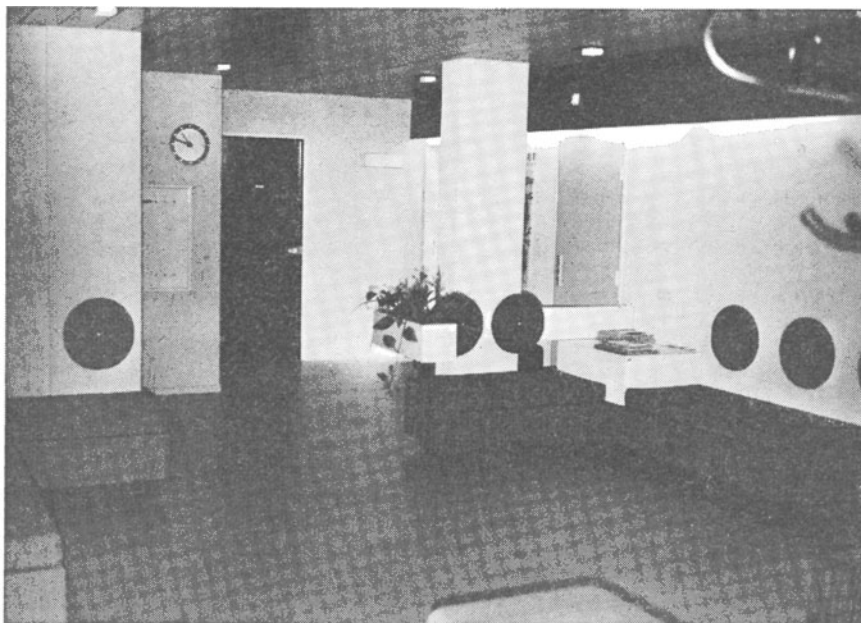
Omdat wij naar een nivellering van de praktijk-grootte streven, werden de exploitatiekosten vanaf het begin gelijkmatig over de partners verdeeld.

Het is de bedoeling in dit artikel een beschrijving te geven van onze uitgangssituatie. Gezien de korte ervaring achten wij het prematuur nu reeds mededeling te doen over de verdere ontwikkeling. Wel is gebleken dat door de lange voorbereidingstijd, waarin wij getracht hebben ons zo goed mogelijk in te leven in de nieuwe situatie, persoonlijke fricties zelden zijn opgetreden.

Binnenkort start een enquête-onderzoek naar de vraag hoe onze patiënten het ervaren bij een arts te komen die deel uitmaakt van een groepspraktijk en in het bijzonder een groepspraktijk opgenomen in een gezondheidscentrum.

Wat ons tegenviel was de moeite die wij hadden met het vrijmaken van voldoende tijd voor overleg. Het overleg is een essentieel onderdeel van het werk geworden en dient in het dagprogramma te worden ingebouwd. Toch blijkt telkens weer dat, wanneer één van de groepsleden in tijdnood komt, hij eerder is geneigd het overleg te verzuimen, dan zijn partners te vragen hem te helpen op tijd klaar te komen. Er bleek aanvankelijk een schroom te bestaan een beroep op elkaar te doen. Men stelde er teveel eer in het zelf te klaren. Een punt van overweging is geweest in hoeverre wij ons in onze activiteiten buiten groepspraktijk en gezondheidscentrum zouden moeten beperken.

De assistenten die reeds langer bij een bepaalde arts hadden gewerkt, bleken moeite te hebben met het idee, dat zij nu voor de gehele groep werkten. Teveel was er de neiging om „de eigen dokter” tegen anderen in bescherming te nemen.



Boven: entree en wachtruimte; onder: wachtruimte met links en rechts balie.

Een van de belangrijkste aspecten van onze groepspraktijk is onzes inziens de samenwerking met anderen in en buiten het gezondheidscentrum.

GEZONDHEIDSCENTRUM

Wat in eerste opzet als een nieuw kruisgebouw was bedoeld, groeide tijdens de voorbereiding uit tot een centrum, waarin vrijwel allen die

werkzaam waren in de extramurale gezondheidszorg te Wassenaar een onderdak hebben gevonden. Behalve de Kruisvereniging met haar activiteiten zoals wijkverpleging, zuigelingen- en kleuterbureaus, uitleenmagazijn voor verpleegartikelen, kraamcentrum, diëtiste, spreekuren van de Stichting Geestelijke Volksgezondheid, cursussen en bijeenkomsten in het kader van gezondheidsvoorlich-

ting compleet met bibliotheek, heeft zich ook een groepspraktijk van fysiotherapeuten in het gebouw gevestigd die over goede ruimte en outillage beschikt.

Eén etage wordt in beslag genomen door: een polikliniek waar circa vijftien specialisten uit de regio Den Haag de beschikking hebben over drie eenheden, elk bestaande uit een spreekkamer en twee onderzoekkamers, de trombosedienst van het Rode Kruis, een laboratorium (een dépendance van het laboratorium van de Ursulakliniek), en een tandarts.

Er zijn plannen om binnen het kader van hetgeen hier reeds aanwezig is, een diagnostisch centrum te creëren. Het is de bedoeling hiermee de diagnostische mogelijkheden van de Wassenaarse huisartsen aanzienlijk te verruimen. Verschillende „diagnostische pakketten” zullen onder andere doorlichting, schermbeeldfoto, longfunctieonderzoek, electrocardiogram en laboratorium-onderzoek bevatten. Ook het algemeen maatschappelijk werk, de gezinsverzorging en bejaardenzorg, sinds kort gebundeld in één Stichting, hebben hun eigen ruimten, evenals het Jeugdadviesbureau (*Ten Cate*).

Het gebouw biedt faciliteiten voor vele activiteiten, zoals zwangerschapsgymnastiek, sportkeuringen en niet te vergeten voor de talrijke besprekingen die nodig zijn voor het goed op elkaar afgestemd functioneren van de verschillende voorzienin-

gen. In dit verband moet het „trefpunt” worden genoemd. Dit is een comfortabele ruimte die bestemd is voor vergaderingen, teambesprekingen en alle andere min of meer formele bijeenkomsten waaraan men behoefte heeft. Hoewel zo'n ruimte economisch niet rendabel is en vaak dreigt te worden opgeofferd aan een betere exploitatie, blijkt een dergelijk trefpunt voor de onderlinge contacten tussen de werkers van zeer groot belang te zijn.

Een groot gevaar voor een centrum als dit is, dat degenen, die daarin werkzaam zijn, zich comfortabel in het hokje van hun eigen vakgebied gaan nestelen, verheugd over hun mooie kamers, de goede outillage, de efficiëntie en de prettige werksfeer. Het centrum wordt dan doel op zichzelf terwijl het slechts een middel is, een eerste stap naar een functionele samenwerking. Het blijkt nodig te zijn dat de werkers zich hiervan voortdurend rekenschap geven.

Een kleine multidisciplinaire stuurgroep krijgt derhalve tot taak de aandacht voor de samenwerking gaande te houden en systematisch een aantal belangrijke zaken aan de orde te stellen, zoals motivatie-onderzoek en taakanalyse binnen de eigen discipline, het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen, het ontwerpen van spelregels voor de samenwerking, behoeftenbepaling bij de cliënten/patiënten, bewaking van het groepsproces en evaluatie. Ook de huisart-

sen die niet in de groepspraktijk werkzaam zijn, zijn bij dit samenwerkingsproject betrokken.

Summary. General group practice and health centre in Wassenaar. Four of the ten general practitioners of Wassenaar cooperate in the group practice. In addition to various general reasons, each had specific motivations for participation in the group practice. Since the plans of the group practice paralleled those for the foundation of a new Cross Society building, it was possible to establish a health centre of which the group practice forms part.

In the design of the practice rooms, a deliberate choice was made in favour of a central hall giving access to all rooms, also in favour of personal assistants.

Since all participants had been in practice for some considerable time, a partnership was not immediately established. The legal structure chosen instead was that of a foundation, with the intention to change this to a partnership in due course.

There is a well-defined distribution of duties in the group, and efforts are made to accomplish cooperation in accordance with a phased plan: primarily within the group, and subsequently on the interdisciplinary level with district nurses and welfare workers and with physiotherapists and representatives of other disciplines.

Other activities accommodated in the health centre are those of the Cross Societies, dietician, thrombosis service, a group of physiotherapists, fifteen specialists, a laboratory and a dentist.

The presense of a meeting-room in the group practice is invaluable.

Afdeling Voorlichting Nederlands Huisartsen Instituut. De praktijkruimte van de huisarts.

Cate, R. S. ten. (1969) huisarts en wetenschap 12, 283.