NIVEL 166/2

HUISARTSGROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA IN NEDERLAND

Een algemene oriëntatie in de nederlandse gezondheidszorg

2e herziene versie, mei 1982

W. Boerma
J. van der Zee

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570
3500 GN Utrecht

Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland

Groepspraktijken en gezondheidscentra zijn niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Hoewel er geen onderzoeksresultaten*) voorhanden zijn die ondubbelzinnig laten zien dat deze specifieke vormen van gezondheidszorg superieur zijn aan de meer traditionele vormen van zorg, zijn per meest recente peildatum ruim 1,25 miljoen (op het totaal van 14,2 miljoen inwoners) Nederlanders bij deze vorm van gezondheidszorg betrokken (Januari 1981).

De ontwikkeling is snel gegaan: de eerste groepspraktijken en gezondheidscentra zijn goed 10 jaar oud en jaarlijks neemt het aantal toe.

Voordat we op de details ingaan van de ontwikkeling van bovengeschetst verschijnsel, is het nuttig een aantal opmerkingen vooraf te maken.

Ten eerste moeten we duidelijk maken wat we precies onder "huisartsgroepspraktijk" en "gezondheidscentrum" verstaan.

In de tweede plaats kan men de ontwikkelingen (en stagnaties in ontwikkelingen) eerst goed begrijpen wanneer men enige kennis bezit over de eigenaardigheden van de Nederlandse gezondheids- en welzijnszorg.

Ten derde zullen we proberen in vogelvlucht de maatschappelijke omstandigheden te schetsen waarbinnen met name het verschijnsel "gezondheidscentrum" kan ontstaan.

Tenslotte keren we weer terug op onze schreden en laten we wat cijfers zien uit het Registratiesysteem van groepspraktijken en gezondheidscentra dat door het Nederlands Huisartsen Instituut wordt bijgehouden.

*) Onderzoekspogingen lopen in het algemeen stuk op de onvergelijkbaarheid van de verschillende vormen van hulpverlening. Medewerkers van gezondheidscentra zijn "pioniers" en vormen dus een zeer beperkte selectie uit de populatie van hulpverleners. Bovendien bestaat de neiging om gezondheidscentra zonder meer te vergelijken met een van de meest traditionele vorm van gezondheidszorg: de solo-huisartspraktijk. Vindt men verschillen dan is het onmogelijk na te gaan aan welk aspect van de nieuwere vorm dit moet worden toegeschreven.

Om bij de eenvoudigste omschrijving te beginnen: een huisartsgroepspraktijk is een vestiging van drie of meer huisartsen; zeg maar een gebouw met drie of meer bordjes op de deur. In het algemeen oefenen deze huisartsen min of meer gezamenlijk praktijk uit; hebben ze een of meer gemeenschappelijke praktijkassistenten, hebben ze gezamenlijk wat complexe diagnostische apparatuur (een elektrocardiograaf bijvoorbeeld) en consulteren ze elkaar bij de problemen in de praktijkvoering.
De mate van samenwerking kan echter nogal variëren; men kan het hierboven genoemde voorbeeld als een "modaal" geval beschouwen.
Bij gezondheidscentra gaat het wederom om een vestiging, een locatie van hulpverleners; nu echter zijn naast de huisarts meerdere soorten hulpverleners aanwezig en wel minimaal wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Daarnaast treft men in gezondheidscentra vaak nog andere hulpverleners aan: fysiotherapeuten, verloskundigen, leidsters gezinsverzorging, wijkziekenverzorgsters, apothekers, tandartsen, diëtisten, psychologen en soms ook een verdwaalde pastor.
Belangrijkste kenmerken zijn dus gemeenschappelijke huisvesting en de aanwezigheid van de drie zogeheten "kerndisciplines": huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende.
Tussen deze "disciplines" bestaat bovendien een samenwerking, die wederom in omvang en intensiteit kan variëren. Minimaal is er sprake van gezamenlijke besprekingen over gemeenschappelijke patiënten of cliënten. Vaak zijn er aparte bijeenkomsten over organisatorische problemen of de ontwikkeling van algemene beleidslijnen ten aanzien van de hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Zowel bij huisartsgroepspraktijken als bij gezondheidscentra gaat het dus om vrij nauwkeurig afgebakende vormen van gezondheidszorg.
Het zijn echter niet de enige bestaande vormen. Van de ongeveer 5400*) zelfstandig gevestigde Nederlandse huisartsen (5412 per 1 januari 1981) (in de volgende paragraaf zullen we de getallen in een algemener pers-

*) Exacte cijfers over aantallen huisartsen en samenstelling van de beroepsgroep huisartsen naar leeftijd, geslacht en praktijkvoering vindt men voor de jaren vanaf 1968 in de NHI-uitgave: Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie. Voor de voorgaande jaren raadplege men de Statistiek Geneeskundigen van de Geneeskundige Hoofdinspectie.

pectief plaatsen) oefent ± 60% de praktijk solistisch uit. Van de overigen voert ongeveer een derde een tweemanspraktijk (meestal "associatie" genoemd), de overblijvende 10% huisartsen praktizeren deels in groepspraktijken en deels in gezondheidscentra.
Ook andere beroepsgroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (fysiotherapeuten, tandartsen) kunnen met meerderen gezamenlijk gehuisvest zijn. Over deze beroepen zijn echter veel minder gegevens bekend. Ditzelfde geldt voor de vestigingen van meerdere soorten hulpverleners; wanneer ze althans niet tot de trits "huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende" behoren. Hoeveel gezamenlijke vestigingen er bijvoorbeeld zijn van huisartsen en fysiotherapeuten is niet bekend en wordt ook niet systematisch bijgehouden. Ook de vele vormen van mono- en multidisciplinaire samenwerking die plaatsvinden zonder gezamenlijke huisvesting, en dat zijn er nogal wat, vallen buiten de door ons getrokken lijnen. Home-teams, waarnemingsgroepen, nascholingsgezelschappen worden door ons niet systematisch in kaart gebracht. We beschrijven in dit verhaal dus slechts enkele beperkte, maar zeer belangwekkende vormen van mono- en multidisciplinaire samenwerking in het eerste echelon van de Nederlandse gezondheidszorg.
Voor een goed begrip van de plaats van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra in het totaalbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg is het goed om in het kort de voornaamste kenmerken daarvan weer te geven.

De plaats van de huisarts in de nederlandse gezondheidszorg

Op 1 januari 1981 telde Nederland 14.2*) miljoen inwoners en bijna 27.000**) geneeskundigen (19.0 per 10.000 inwoners). Van deze geneeskundigen behoren er ± 5400 tot de zelfstandig gevestigde huisartsen, ± 300 tot de huisarts-assistenten en 9300 tot de klinisch specialisten, welke laatsten hun werkterrein voornamelijk in ziekenhuizen hebben.

*) Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek: Statistisch Zakboek, 1981
**) Bron: Statistisch Zakboek 1981.

Het aantal klinisch specialisten is de afgelopen jaren sneller gegroeid dan het aantal huisartsen. Waren er in 1961 3.900 specialisten en 4.400 huisartsen, in 1964 waren er ongeveer evenveel van beiden (4.500), in 1981 is het aantal specialisten ruim verdubbeld; het aantal huisartsen is echter met nauwelijks 23% gestegen. Een stijging die ongeveer overeenkomt met de bevolkingsgroei (22.4%). Dat het aantal huisartsen niet teruggelopen is bij een dusdanig explosieve stijging van de intramurale sector, zoals in vele andere landen het geval geweest is (men denke bijvoorbeeld aan de Verenigde Staten), heeft te maken met het verzekeringssysteem voor de Nederlandse gezondheidszorg. Nederland kent geen Nationale Gezondheids Dienst waar artsen en verpleegkundigen als employees hun beroep uitoefenen, maar een vrij uitgebreid systeem van verplichte verzekeringen en vaste uitkeringen aan hulpverleners.
Ongeveer 70% van de Nederlandse bevolking is verzekerd krachtens de ziekenfondswet*); voor het overgrote deel betreft dit zgn. "verplicht verzekerden", van wier loon een verzekeringspremie ingehouden wordt, aangevuld met een bijdrage van de werkgevers. Deze premies vormen de basis van een fonds, waaruit de ziekenfondsen de kosten der gezondheidszorg betalen. Voor de 70% volgens dit systeem verzekerde Nederlanders gelden geen extra financiële belemmeringen meer voor toegang tot de gezondheidszorg. Huisarts en ziekenhuizen zijn zonder extra kosten toegankelijk; verpleegkosten worden volledig vergoed. Bezoek aan ziekenhuis en klinisch specialisten brengt weliswaar geen extra kosten voor de patiënt met zich mee; helemaal vrij is ze echter ook niet. Pas na verwijzing door de huisarts, dus na een huisartsenconsult mag een klinisch specialist worden geraadpleegd.
Deze maatregel geeft de huisarts een belangrijke plaats in de Nederlandse gezondheidszorg of liever, hierdoor is voorkomen dat de plaats van de huisartsen geheel door die van de klinisch specialist vervangen is.

*) In feite gaat het om 50% der bevolking, waarvan het gezinshoofd in loondienst werkzaam is en wiens inkomen beneden een bepaald, jaarlijks wijzigend, maximum valt, 7,5% bejaarde verzekerden en 11,5% z.g. "vrijwillig verzekerden", meestal zelfstandigen met een belastbaar inkomen dat eveneens onder het genoemde maximum valt.

Weliswaar heeft het niet voorkomen dat het aantal verwezen patiënten per 1000 ziekenfondsverzekerden gestegen is van 330 (1960) tot bijna 500 (1979)*), maar daar zal de verdubbeling van het aantal specialisten niet vreemd aan zijn geweest. De Nederlandse huisarts heeft dus een belangrijke selectiefunctie in de gezondheidszorg; men kan hem niet passeren. Hij is niet tot doorverwijzing verplicht, al wordt hij natuurlijk op zijn vingers getikt wanneer hij te laat doorverwijst.

De honorering van huisartsen en klinisch specialisten is principieel verschillend (voor ziekenfondsverzekerden althans). Een huisarts krijgt per ziekenfondsverzekerde een vast bedrag per jaar**), ongeacht het beroep dat door de betrokkenen op diens hulp wordt gedaan. Specialisten worden daarentegen per verrichting betaald. Het eerste systeem 'het abonnement-systeem' werkt remmend op het verschijnsel polypragmasie***), maar wordt soms door betrokkenen als onrechtvaardig ervaren omdat ook tegenover extra inspanning geen extra beloning staat.

Een huisartspraktijk bestaat echter niet alleen uit ziekenfondspatiënten; de overige 30% (het gaat hier om een gemiddelde - variaties hierbinnen zijn, afhankelijk van de welstand van de gemeente waar de praktijk gevestigd is, aanzienlijk) betaalt de huisartsenhulp per consult of verrichting. Men is hiervoor meestal niet verzekerd, de z.g. 'particuliere verzekering' dekt meestal alleen specialistische hulp en ziekenhuisopname. De huisarts is in het algemeen vrij ondernemer. Dit betekent dat zijn inkomen voor een belangrijk deel bepaald wordt door de omvang van de ziekenfondspraktijk****)

*) Bron: Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad 1960-1980 en jaarboeken van het Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen 1974-1980. Overigens is voor 1978 voor het eerst een lichte daling te constateren.

**) Voor de eerste 1800 verzekerden was dit in 1980 ƒ 89,28 voor de volgende 200 ƒ 61,47 en voor de overige patiënten ƒ 53,09.

***) Polypragmasie: het verrichten van onnodig veel medische handelingen.

****) Het ziekenfondshonorarium bestaat uit een zgn. 'kostengedeelte' ter bestrijding van de door de huisarts te maken praktijkonkosten (in het algemeen wordt dit slechts voor de eerste 1860 patiënten vergoed) en uit een 'abonnementsgedeelte' - het honorarium. Dit laatste bedrag wordt voor alle verzekerden uitgekeerd.

en door de ten behoeve van particuliere patiënten verrichte handelingen. Het is niet gebruikelijk dat huisartsen bij elkaar in (loon)dienst zijn. De KNMG vindt een maximum periode van 1 jaar nog ethisch verantwoord; voornamelijk om jonge artsen de gelegenheid te geven enige praktische ervaring op te doen, maar in de praktijk vindt men een toenemend aantal situaties waarin deze 12-maands periode overschreden wordt (een voorzichtige schatting uit de NHI-huisartsenregistratie komt op ongeveer 5,5% van het totaal aantal huisartsen).

Niet iedere arts mag zich huisarts noemen. Sinds ongeveer 1975 bestaat een verplichte éénjarige Post Academische Universitaire opleiding na het afleggen van het artsexamen: de overgangsperiode tussen het oude systeem, waarbij het artsexamen alleen voldoende was, is nu vrijwel afgesloten. Bijna elke, zich op dit moment vestigende, huisarts heeft de huisartsopleiding achter de rug . De belangstelling voor de opleiding is groot, er komen jaarlijks zo'n 450 artsen van de opleiding af, terwijl er niet meer dan ± 325 *) nieuwe vestigingen geteld worden. Sterker nog, door vertrek uit de huisartspraktijk van gevestigde artsen (pensionering (40%), andere werkkring (50%), specialisme (10%) komen niet meer dan 230 plaatsen vrij. De overige plaatsen worden gecreëerd doordat huisartsen besluiten hun praktijk met een nieuwe partner te delen of doordat huisartsen zich "vrij vestigen" - d.w.z. geen patiënten overnemen van gevestigde huisartsen. Meestal echter gaat een vestiging gepaard met de overname van patiënten tegen betaling van bijvoorbeeld het ziekenfondshonorarium voor één jaar. Voor deze overnamesom, de "goodwill", bestaan maximum normen (90% van het bruto jaarinkomen volgens de KNMG), maar in tijden dat veel artsen huisarts willen worden en weinig praktijken worden aangeboden kan dit goodwillpercentage zich niet aan de wetten van vraag en aanbod onttrekken en liggen de percentages hoger.

Naast het goodwill-bedrag moet dan ook meestal nog een woon-praktijkpand worden overgenomen en de voor het beginnen van een huisartspraktijk benodigde investering is dusdanig hoog dat financieringsmaatschappijen een praktijk van minder dan 2200 zielen geen rendabele investering achten

*) Zie voor precieze getallen over de periode 1970-1980 de reeds genoemde Studies en Cijfers uit de Huisartsenregistratie.

(Zie hiervoor P. Lens. Het kleine tekort. Medisch Contact 1978 p.665-666). Om een indruk te geven van de werklast van de Nederlandse huisartsen kan men als vuistregel aannemen dat bij 2500 patiënten ongeveer 10.000 kontakten per jaar (gemiddeld 40 per werkdag - waarvan er 30-35 op het spreekuur) worden afgehandeld. De gemiddelde behandeltijd op het spreekuur ligt dan op 4 tot 6 minuten. Men moet zich overigens realiseren dat de patiëntenpopulatie in een huisartspraktijk meestal niet strikt territoriaal gebonden is. Behalve in plaatsen waar slechts één huisarts praktizeert, wonen de patiënten uit de verschillende praktijken door elkaar. Dit is een niet onbelangrijk detail wanneer het tot samenwerking met andere hulpverleners komt.

Tot zover dit statistisch portret van de huisarts. Een belangrijk man (inderdaad 95% van de Nederlandse huisartsen is van het manlijk geslacht) in de gezondheidszorg; de toegang tot de gespecialiseerde klinische zorg loopt via hem. Hij heeft gemiddeld de zorg van zo'n 2600 patiënten. Dat betekent dat hij er zo'n 40 per dag ziet in kontakten die tussen de vierzes minuten duren. Hij is vrij ondernemer, werkt in veel gevallen als solist en slechts bij uitzondering in dienstverband.

Zijn inkomen wordt voor een belangrijk deel bepaald door de omvang van zijn ziekenfondspraktijk, voor de zorg waarvan hij van de ziekenfondsen per patiënt een vast bedrag krijgt en voor het overige (wanneer men even afziet van nevenactiviteiten, inkomsten uit apotheek voor de 1300 plattelandshuisartsen, bevallingen, kleuter- en zuigelingenzorg) uit de handelingen die hij voor het particulier verzekerde gedeelte van zijn praktijk verricht.

De huisarts heeft zijn plaats in de eerstelijn van de gezondheidszorg hetgeen betekent dat hij zonder drempel toegankelijk is. Naast de huisarts telt de eerstelijns gezondheidszorg nog een keur van andere hulpverleners van wie we hieronder enkele kenmerkende trekken zullen beschrijven.

Overige hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg

De beschrijving van de andere hulpverleners in de Nederlandse eerstelijns gezondheidszorg zal wat minder uitgebreid zijn dan van de huisarts, naast een korte omschrijving van taken en aantallen hulpverleners zullen we alleen die karakteristieken behandelen die van belang zijn voor de samenwerking. Een handzame indeling van de eerstelijns hulpverleners is die

naar economische positie; n.l. beoefenaren van de zogenaamde "vrije beroepen" en hulpverleners die hun werk in dienst van instellingen uitoefenen. Voor de vrije beroepsuitoefenaren geldt dat ze allen per verrichting betaald worden. Apotheker, tandarts, fysiotherapeut en vroedvrouw worden betaald door ziekenfondsen of (soms) particuliere verzekeringen naar de hoeveelheid en soort behandelingen die ze verrichten (zoals fysiotherapeuten en tandartsen) of naar de afgeleverde omzet (apothekers).
Wijkverpleegkundigen daarentegen ontvangen een vast inkomen; datzelfde geldt voor de niet tot het strikt afgebakende terrein van de gezondheidszorg behorende doch wel nauw samenwerkende groep der maatschappelijk werkenden. In het schema op de volgende pagina zijn de meest relevante kenmerken puntsgewijs weergegeven.
Tussen de beoefenaars van vrije beroepen zijn grote verschillen in de manier waarop men zich vestigt, het aantal patiënten/cliënten dat men kan verzorgen en de mate waarin men met de huisarts te maken heeft. Tussen huisarts en tandarts is de relatie minimaal; ze hebben noch in theorie noch in praktijk iets met elkaar te maken.
Fysiotherapeuten daarentegen ontvangen een groot deel van hun cliënten op verwijzing van de huisarts.
Bij de fysiotherapeuten doet zich trouwens het verschijnsel voor dat hier weliswaar in beginsel sprake is van een vrij beroep, maar dat in de praktijk een groot aantal fysiotherapeuten niet zelfstandig gevestigd is. Als we ons bepalen tot fysiotherapeuten in de eerstelijns gezondheidszorg en dus de meestal in dienstverband werkzame "intramurale" therapeuten buiten beschouwing laten, dan vindt men daar een kleine groep therapeuten in dienst van een rechtspersoon (een gezondheidscentrum bijvoorbeeld), een wat grotere groep in dienst van vrij gevestigde collegae (met een "loondienst" contract) en een groep die weliswaar niet in loondienst is (en dus ook wel "vrij gevestigd" wordt genoemd), maar voor een groep z.g. praktijk- of vergunninghoudende therapeuten op contractbasis werkzaamheden verricht. Deze laatstgenoemde praktijkhouders zijn de enigen die een verbintenis met de ziekenfondsen kunnen sluiten; zij kunnen het aantal voor henzelf op contractbasis werkenden naar gelang de omvang der werkzaamheden evenredig uitbreiden, zeker in een situatie waar het aanbod ruim is.
De apotheker en vroedvrouw nemen een tussenpositie in. Het werk van de apotheker heeft zeer zeker met dat van de huisarts te maken (de prijs van de voorgeschreven geneesmiddelen maakt deel uit van het inkomen van de

Schema: Beroepsbeoefenaren in de eerstelijn van de gezondheids- en welzijnszorg. Bron: Nederlands Huisartsen Instituut[1], CBS Statistisch Zakboek[2], Paramedische Mankracht een cijfermatig overzicht, IvG 1981[3], Dienst Informatievoorziening Nat. Kruisvereniging[4], CBS-Soc. Cultureel Kwartaalbericht 3, 1981, 2[5].

	voornamelijk werkzaam in vrije beroepen					voornamelijk werkzaam in dienstverband		
	huisarts	**fysiotherapeut** mrt. 1981	**tandarts** (per 1-1-80)	**apotheker**	**verloskundige**	**wijkverpleegkundige** (per eind '79)	**maatschappelijk werk** (per 1-1-80)	**gezinszorg** (leidsters) (31-12-78)
aantal per 1-1-81	(1) 5412	(3) 6000 (schatting)	(2) 5346	(2) 1463	(2) 898	(4) (exl. 3956 hoofdw. verpl.)	(5) 1742	(2) 4067
functie	algemene, direct toegankelijke medische zorg	rehabilitatie van het bewegingsapparaat en spierstelsel	tandheelkundige verzorging	geneesmiddelen distributie	niet pathologische bevallingen	thuis verpleging van chronische patiënten, moederschap, baby- en kleuterverzorging	oplossing van sociale problemen van individuen en bijzondere groepen	leiding gezins- en bejaardenhulp (totaal 77000 full-time en part-time helpsters)
inkomensbron	abonnementstarief per z.f.-verzekerde; betaling per verrichting voor part.pat.	voor de vrij gevestigde therapeuten per verrichting; voor de overigen op uurbasis	beperkte vergoeding per verrichting voor z.f.-verzekerden	percentage van de omzet	per bevalling	vast salaris	vast salaris	vast salaris
wijze van vestiging	overname tegen betaling van patiënten; vrije vestiging in principe mogelijk	als regel in dienst van vrijgevestigde collega	in het algemeen vrije vestiging behalve in gebieden met veel tandartsen	beheerst door de mij. tot bevordering van de pharmacie; vrije vestiging soms mogelijk	zie huisarts	centraal vastgestelde normen	zie wijkverpleegkundige	zie maatschappelijk werk
praktijkgebied	i.h.a. niet strikt begrensd	niet territoriaal begrensd	zie huisarts	gebonden aan gemeentegrenzen	per district (ziekenfonds)	strikt gebonden aan district of gemeente	idem	idem
bijzonderheden	in plattelandsgebieden ook geneesmiddelen distributie en verlosk.zorg	twee soorten fysiotherapeuten: 1. vrij gevestigd 2. in dienst van 1.	sterk onevenredige, met plaatselijke welvaart samenhangende verdeling over Nederland	in soms hoog oplopende plaatselijke konflikten neemt men de geneesmiddelendistributie van huisartsen op platteland over			vacaturestop 1977-1979	doen de 'intake' voor gezins- en bejaardenhulp en coördineren werkzaamheden

apotheker; de apotheker waakt over de receptuur in die zin dat hij (gevaarlijke) fouten moet signaleren en bovendien verkeren apotheekhoudende huisartsen, die de geneesmiddelendistributie op het platteland verzorgen, in een gespannen verhouding met de apotheker, maar beiden kunnen hun werk ook verrichten, wanneer slechts het hoogst noodzakelijke contact plaatsvindt*).

Huisarts en vroedvrouw zijn in zekere zin elkanders concurrent en wel in die gebieden waar de huisartsen zelf nog bevallingen doen. Ziekenfondsverzekerden krijgen, wanneer er een vroedvrouw in het gebied aanwezig is, voor een niet-klinische (normale) bevalling alleen de diensten van de vroedvrouw vergoed. Ontbreekt een (of ontbreken er voldoende) vroedvrouw(en) in het rayon, dan wordt bevalling door de huisarts vergoed. Daarnaast staat het zgn. "particulier verzekerde" patiënten vrij om huisarts dan wel vroedvrouw in de arm te nemen.

De beoefenaar der vrije beroepen hebben een zekere vrijheid de organisatievorm en de wijze van praktijkvoering te kiezen die hun het beste uitkomt. Zij worden daarin beperkt door hun maatschappelijke en materiële omstandigheden en door de (meestal niet bindende) richtlijnen van hun standsorganisatie, aan welke druk zij in het uiterste geval kunnen ontsnappen door het opzeggen van hun lidmaatschap (Nederland kent, in de gezondheidszorg althans, geen verplicht lidmaatschap van de standsorganisaties). Zo had de Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (de standsorganisatie van apothekers) tot voor kort overwegende bezwaren tegen de situatie waarin extramuraal werkende apothekers in loondienst zouden functioneren. Sinds kort is een uitzondering gemaakt voor stichtingen die gezondheidscentra exploiteren.

De hulpverleners die hun werk als regel in loondienst van instellingen verrichten zijn veel minder vrij om hun werkomstandigheden te kiezen. De wijkverpleging heeft een vrij strak opgezette territoriale organisatie, lopend van landelijk via provinciaal naar plaatselijk niveau.

De organisatie van het maatschappelijk werk is minder gestroomlijnd en heeft nog sterk de kenmerken van de plaatselijke organisaties voor het

*) Dat neemt niet weg dat samenwerking huisarts/apotheker tot aanzienlijke verbetering, stroomlijning en kostenbesparing in de voorgeschreven receptuur kan leiden.

lenigen der sociale noden van de zwakkeren in de samenleving, maar ook hier kunnen de ongeveer 200 instellingen niet de centraal vastgestelde richtlijnen negeren.
Voor de hulpverleners die in dienst van deze organisaties werken is het anders dan bij de beoefenaren van vrije beroepen een probleem aan wie zij verantwoording over hun werkzaamheden moeten afleggen op het moment dat zij met anderen gaan samenwerken.
Samengevat kan men wel stellen dat de beoefenaars der vrije beroepen, de weerstanden in hun organisaties overwonnen hebbend, een grote vrijheid tot experimenteren hebben die de hulpverleners in dienst van instellingen ontberen, hetgeen voor de experimentele fase voor de ontwikkeling van samenwerking van zeer groot gewicht is.
Deze vrijheid heeft echter als keerzijde een zekere vrijblijvendheid waardoor een systematische en planmatige aanpak ernstig wordt gefrustreerd. Is de ontwikkeling in een post-experimentele fase terecht gekomen en wil men de zaak planmatig aanpakken dan ontstaan aanzienlijke problemen.

Problemen bij samenwerking tussen hulpverleners

Met bovenstaande opmerking zijn we eigenlijk al overgegaan naar het volgende thema: een opsomming van problemen die men bij mono- of multidisciplinaire samenwerking tegenkomt.
Men kan ze ruwweg in twee groepen indelen:
a) problemen die te maken hebben met de inhoud van de hulpverlening
b) problemen met betrekking tot het kader waarbinnen de hulpverlening plaatsvindt.

Problemen op het gebied van de inhoud van de hulpverlening zijn gemakkelijk genoeg voor te stellen. Iedere vorm van hulpverlening bestaat uit een min of meer uitgewerkt geheel van opvattingen over de redenen waarom mensen hulp nodig hebben en bevat een aantal praktische richtlijnen hoe ten opzichte van de problemen te handelen.
Per soort hulpverleners verschilt de mate waarin de opvattingen uitgewerkt zijn (voor de medische wetenschap meer dan voor fysiotherapie of de verpleegkunde) en, los daarvan, is het meest algemeen gebruikte verklaringsprincipe verschillend (vergelijk de medische wetenschap en de psychologie of sociologie). (Zie Ris en Diederiks, 1977).

Samenwerking heeft in het algemeen als uitgangspunt dat de verschillende visies op het ontstaan en oplossingen van problemen elkaar dienen aan te vullen en dat uit de soms babylonische spraakverwarring een nieuw hulpverleners-esperanto als vanzelf zou ontstaan. De praktijk leert anders, een heel moeizaam proces van zoeken naar overeenkomsten en het accepteren van verschillen. (Lamberts, 1974).
De problemen rond het kader waarbinnen de hulpverlening plaatsvindt zijn van concreter aard en ook gemakkelijker te overzien.
Het vloeit eigenlijk al uit de in de vorige paragraaf opgesomde kenmerken voort: aan de ene kant betreft het problemen die ontstaan wanneer beoefenaren van een vrij beroep intensief samen gaan werken met hulpverleners in loondienst en aan de andere kant problemen die te maken hebben met het verschil in maatschappelijke waardering van de verschillende hulpverleners.
Tenslotte stelt samenwerking aan de groep als geheel nog enkele bijzondere eisen op het gebied van huisvesting, overleg en ondersteuning. Wanneer bijvoorbeeld huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende en fysiotherapeut hun samenwerking gaan intensiveren en voor een gemeenschappelijke huisvesting kiezen ontstaan de volgende praktische problemen.

1. De cliënten/patiënten-bestanden van de hulpverleners overlappen elkaar meestal maar ten dele (per 1-1-1981 was slechts in 23% van de gevallen sprake van een, voor deze vier disciplines, gemeenschappelijk bestand).
2. Er is geen gemeenschappelijke werkgever. Zelfs in het geval dat het gezondheidscentrum wordt beheerd door een rechtspersoonlijkheid bezittende instelling, die de vrije beroepsbeoefenaren als werknemers in dienst heeft, zijn de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden slechts "uitgeleend" door hun werkgevers. Met name bij conflicten is dit een handicap.
3. In de meeste gevallen is er een ratjetoe van arbeids- en bezitsverhoudingen. De huisartsen oefenen een vrij beroep uit en hebben praktijkassistenten in persoonlijke dienst. De vrijgevestigde fysiotherapeut heeft collegae in loondienst en op contractbasis werkend. De hulpverleners in dienstverband zijn in dienst van hun respectieve organisaties. Een van de organisaties is bijvoorbeeld eigenaar van het pand, alle anderen huren ruimte. Men heeft een stichting opgericht ter bevordering van de samenwerking zonder dat deze stichting het gebouw in eigendom of beheer dan wel personeel in dienst heeft.

4. De hieruit voortvloeiende inkomens- en beloningsverschillen kunnen zeer aanzienlijk zijn. Naarmate de integratie van de hulpverlening voortgaat en de inbreng van de hulpverleners gelijkwaardiger wordt, wordt dit een nijpender probleem.
5. Samenwerking kost geld. Een deel van de tijd wordt besteed aan overleg en mondelinge afstemming van de hulpverlening. De mogelijkheid om in een hoog tempo een fikse serie problemen af te werken is uiterst beperkt. Een groot deel van de extra kosten wordt veroorzaakt door de hoge investeringen noodzakelijk voor adequate huisvesting.
6. Hierop aansluitend: bestaande huisvesting is zelden geschikt voor andere dan strikt tijdelijke oplossingen. Meestal moet men nieuwbouw plegen. Een investering die zonder extra financiële steun nauwelijks op te brengen is (de huidige prijs per vierkante meter bedraagt ongeveer 2250*) gulden). Dit is inclusief BTW, verrichtingen, architectenkosten maar exclusief grondprijs die tussen de ƒ 150,- en 400,- per m^2 varieert. Voor een niet eens luxueus opgezet centrum met 4 huisartsen, 4 wijkverpleegkundigen, 2 maatschappelijk werkenden en 2 fysiotherapeuten wordt een bruto oppervlakte van 1150 m^2 gesteld, dat geeft tussen 1.75 en 3 miljoen gulden aan stichtingskosten.
7. Gemeenschappelijke hulpverlening onder bovengenoemde condities veroorzaakt dikwijls spanningen tussen de team-medewerkers, voor de oplossing waarvan een beroep moet worden gedaan op agogisch geschoolde deskundigen. Ook deze hulp moet bekostigd worden.

OPLOSSINGEN

Een groot deel van de problemen is niet van toepassing wanneer het samenwerkingsverband wordt ondergebracht in een rechtspersoon, die de vrije beroepsbeoefenaren in dienst heeft en het gebouw in eigendom. Wanneer bovendien de vestiging plaatsvindt in een nieuwbouwwijk is de kans dat men gevestigde belangen van de zittende beroepsbeoefenaren schaadt zo klein mogelijk.
Men kan echter niet verhinderen dat andere huisartsen zich in deze wijk vestigen (zoals recentelijk in enkele gevallen is gebeurd) of dat de naar de nieuwbouwwijk verhuisde stadsbewoners, hun oude huisarts aanhouden.

*) Vuistregel gehanteerd door de adviseurs van de afdeling begeleiding en advisering van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Aan samenwerking zijn extra kosten verbonden. Het overleg vraagt tijd die niet vergoed wordt in de gangbare honoreringsregelingen, vaak is er extra ondersteunend personeel nodig (voor overheadtaken b.v.) en vooral de gemeenschappelijke huisvesting heeft vergaande financiële gevolgen.
Ter dekking van deze samenwerkingskosten bestaat er een mogelijkheid van overheidssubsidie, de zgn. stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra. Samenwerkingsverbanden waarin de samenwerking tussen tenminste de drie kerndisciplines in een overeenkomst geregeld is en waarin gestreefd wordt naar afstemming van werkgebieden, komen voor deze subsidie in aanmerking.
Voor teams waarbij de vrije beroepsbeoefenaren in dienstverband werken, geldt sinds 1978 een permanente kostenvergoedingsregeling die betaald wordt uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, beheerd door de Ziekenfondsraad). Deze regeling, uitgewerkt in de zgn. Voorlopige Richtlijnen, werd in het leven geroepen omdat de gelden uit de eerder genoemde stimuleringssubsidie onvoldoende bleken om alle financiële consequenties van het samenwerken te dragen. Een toenemend aantal centra heeft een beroep gedaan op deze regeling, waarbij het dikwijls om aanzienlijke bedragen ging. Niettemin blijkt het voor een aantal centra nog steeds bijzonder moeilijk tot een sluitende financiering te komen: niet alle tekorten worden door de Ziekenfondsraad aanvaardbaar geacht, zodat sommige centra in financiële nood zijn geraakt als gevolg van ongedekte tekorten. Het NHI doet momenteel onderzoek naar de achtergronden van deze financiële problematiek.

De meerwaarde van samenwerking

Het is moeilijk vast te stellen wat samenwerking 'oplevert'. Zoals we hierboven zagen, kost het op het eerste gezicht alleen maar geld. De vraag wat daar tegenover staat wordt steeds nadrukkelijker gesteld. Na 10 jaar is het nieuwe er een beetje vanaf en wil men wel eens weten wat er van de pretenties is gerealiseerd. Veel daarvan is niet in geld uit te drukken of anderszins meetbaar. Er zijn wat aanzetten gemaakt bepaalde resultaten van het werk van wel- en niet-samenwerkende hulpverleners met elkaar te vergelijken. De aandacht richt zich daarbij nog voornamelijk op de huisarts. Om te beginnen wil men de veronderstelling toetsen,

dat intensief samenwerkende huisartsen minder vaak patiënten naar specialisten verwijzen dan hun solistisch werkende collega's. Eerste resultaten lijken deze veronderstelling te bevestigen. Ze geven ook aan dat patiënten van samenwerkende huisartsen wellicht gemiddeld minder lang in het ziekenhuis liggen. Het staat echter nog niet vast dat juist het feit van de samenwerking voor deze verschillen verantwoordelijk is.
Er is nog onvoldoende rekening gehouden met andere faktoren die deze cijfers kunnen beïnvloeden, zoals: de afstand tot het ziekenhuis, de verstedelijkingsgraad, de gezondheidstoestand van de praktijkbevolking, en het aanbod aan medisch specialisten en ziekenhuisbedden in de regio.
Behalve verwijs- en verpleegduurcijfers zijn er nog andere criteria denkbaar die zich lenen voor een kwantitatieve evaluatie: de mate waarin medicijnen worden voorgeschreven, cijfers over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid e.d. (waarbij ook weer rekening gehouden moet worden met andere relevante faktoren).

Waarom toch samenwerking?

Men zal zich afvragen waarom samenwerking tussen hulpverleners eigenlijk tot stand komt wanneer er zoveel problemen te signaleren zijn. Wat zijn de krachten die sterker zijn dan de ongunstige omstandigheden?
De grondslag van met name multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en andere hulpverleners ligt in de toenemende twijfel bij de huisartsengroep aan het nut van de klassiek medische benadering van veel problemen die de huisarts tegenkomt. Deze gedachtengang, die in de loop van de zestiger jaren is ontwikkeld binnen de kring van het Nederlands Huisartsen Genootschap en die paradoxaal genoeg de grondslag heeft gevormd voor de 'revival' van de huisartsgeneeskunde zoals deze tot uiting is gekomen in het oprichten van universitaire leerstoelen in de wetenschap der huisartsgeneeskunde, kan men het best illustreren aan de ontwikkeling die het denken over 'huisarts en ziekte' heeft doorgemaakt.
De Nederlandse huisarts is zich gaan realiseren dat veel van hetgene wat hij aan zijn 'loket' krijgt vanuit het gezichtspunt van de klassieke geneeskunde zo triviaal is (verkoudheid, rode kelen, hoofdpijn, lage rugpijnen, moe/slap/hangerig), of in ieder geval zo moeilijk binnen de geneeskunde onder te brengen is, dat de arts zich niet zo zeer de vraag

moet stellen 'welke diagnose kan ik stellen, wat héeft deze patiënt', maar 'waarom komt hij op dit moment met deze klacht bij mij'. Men is zich ook (vooral door het baanbrekend werk van Huygen en zijn medewerkers) gaan realiseren dat het tot nu toe heersende motto: 'baat het niet, dan schaadt het niet', op grond waarvan men bij vele vage klachten een specialistisch onderzoek ter uitsluiting van gevaarlijke zaken aanvroeg, in een aantal gevallen wel degelijk de patiënt schade berokkende, al was het alleen maar dat iemand met ongedifferentieerde klachten door een gang naar specialist en ziekenhuis in zijn gedachten gesterkt wordt dat hij 'ziek' is en dus extra aandacht van zijn sociale omgeving nodig heeft, van zijn werk weg blijft etc.
Wanneer huisartsen (van wie men met recht kan zeggen dat ze de motor van de hierboven geschetste ontwikkelingen op het gebied van samenwerking zijn geweest) tot deze gedachten komen, dan is het niet zo verwonderlijk dat steun bij andersoortig opgeleide collegae wordt gezocht. Men heeft het gevoel, dat de klassieke medische kennis, die men tijdens de opleiding krijgt toegediend, niet adequaat is, maar weet niet hoe de vele problemen in de huisartspraktijk dan wel moeten worden aangepakt (niet dat andere hulpverleners nu hiervoor de oplossing paraat hebben, integendeel mogen we wel zeggen, maar twee weten meer dan één luidt een Hollands gezegde en gezamenlijk kan men er wellicht wel uitkomen).
In vogelvlucht is dit ons inziens de belangrijkste achtergrond van het tegen de verdrukking in groeiende verschijnsel van intensieve multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, waarover we tenslotte nog enkele cijfers presenteren.

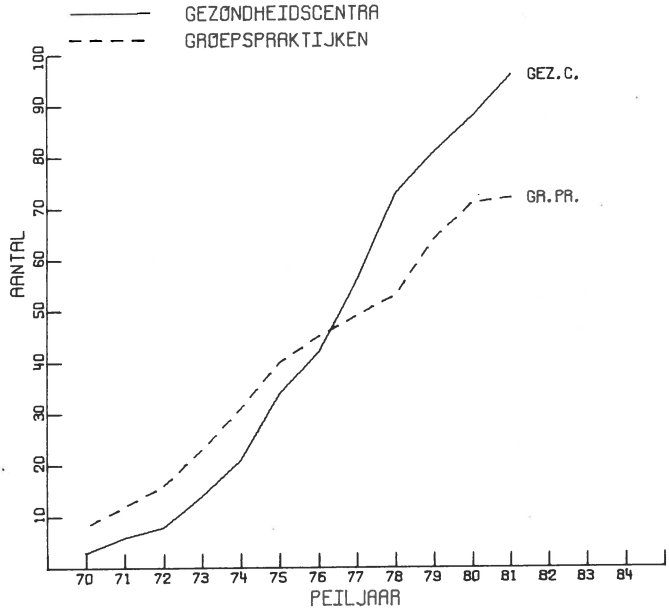
Enkele cijfers over het verloop van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland*

Wanneer men even vergeet dat het electrotechnisch concern Philips al in 1920 een huisartsendienst voor zijn werknemers opzette, kan men wel zeg-

*) De in dit hoofdstuk vermelde cijfers en grafieken zijn afkomstig uit het rapport 'Cijfers over Samenwerking 3' (NHI-november 1981). Dergelijke rapporten uit het registratiesysteem van groepspraktijken en gezondheidscentra verschijnen jaarlijks.

gen dat de eerste groepspraktijken en gezondheidscentra aan het eind van de jaren 1960 in Nederland gesignaleerd worden.
We laten onze overzichten beginnen in 1970, met 8 groepspraktijken en 3 gezondheidscentra. Sedertdien is het aantal stelselmatig groter geworden, de gezondheidscentra sneller groeiend dan de groepspraktijken. Een deel van de groepspraktijken groeide uit tot gezondheidscentra, waardoor de langzamere groei van de groepspraktijken voor een deel te verklaren is.
In onderstaande grafiek is de ontwikkeling vanaf 1970 geschetst.

Grafiek 1: Verloop van de aantallen groepspraktijken en gezondheidscentra van 1 januari 1970 tot 1 januari 1981



Vanaf 1976 zijn er meer gezondheidscentra dan groepspraktijken. Ondanks de sombere voorspellingen over de levensvatbaarheid van deze nieuwe vormen van gezondheidszorg, zijn slechts drie gezondheidscentra mislukt. Het aantal uiteengevallen groepspraktijken is ook niet groter dan drie. Hoeveel plannen in een vroeg stadium door de druk der omstandigheden zijn gesneuveld is ons niet bekend.

DE VERDELING OVER NEDERLAND

In het algemeen ontstaan groepspraktijken en gezondheidscentra in de meer dichtbevolkte gebieden van ons land. Een uitzondering hierop vormen de volgens plan opgezette gezondheidscentra in de nieuw ingepolderde gebieden, de IJsselmeerpolders, waar tweederde van de huisartsen in gezondheidscentra werkzaam is.
In tabel 1. is per landsdeel het absolute aantal huisartsen werkzaam in groepspraktijken en gezondheidscentra weergegeven. Bovendien is dit aantal betrokken op het totaal aantal huisartsen (inclusief langdurige assistenten).

Tabel 1: Aantal huisartsen per januari 1981 in groepspraktijken en gezondheidscentra per provincie.

Provincie	Huisartsen in groepspraktijken		Huisartsen in gezondheidscentra		Totaal	
	aantal	%*)	aantal	%*)	aantal	%*)
Groningen	7	2.9	4	1.7	11	4.5
Friesland	5	1.9	6	2.3	11	4.2
Drente	9	4.9	14	7.7	23	12.6
Overijssel	26	7.1	15	4.1	41	11.2
Gelderland	24	3.5	27	3.9	51	7.4
Flevopolders	-	-	23	67.6	23	67.6
Utrecht	33	8.6	34	8.9	67	17.4
N. Holland	35	3.5	59	5.9	94	9.4
Z. Holland	19	1.6	87	7.3	106	8.9
Zeeland	-	-	3	2.1	3	2.1
N. Brabant	66	8.4	15	1.9	81	10.3
Limburg	23	5.3	32	7.4	55	12.8
Nederland	247	4.3	319	5.6	566	9.9

*) Percentage van het totaal aantal huisartsen per provincie resp. Nederland (inclusief assistenten).

Groepspraktijken treft men in verhouding weinig aan in het westen en veel in het zuiden; gezondheidscentra worden (behalve in het al eerder genoemde exempel der nieuwe poldergebieden) wat vaker in het dichtbevolkte westen des lands aangetroffen.

DE SAMENSTELLING VAN GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA

Voor groepspraktijken en gezondheidscentra moet de vraag naar de samenstelling verschillend beantwoord worden.
Voor groepspraktijken is alleen het aantal artsen en praktijkassistentes van belang. Bij de gezondheidscentra gaat het vooral om de samenstelling naar soort hulpverlener.

GROEPSPRAKTIJKEN

Op 1 januari 1981 (de meest recente peildatum uit het registratiesysteem van groepspraktijken en gezondheidscentra van het Nederlands Huisartsen Instituut) bestonden 49 (68%) van de 72 groepspraktijken uit niet meer dan drie artsen en slechts 5 (7%) uit vijf artsen of meer. Een huisartsgroepspraktijk in Nederland is dus een betrekkelijk kleinschalig verschijnsel, het gemiddelde aantal huisartsen is 3 tot 4.
Het gemiddeld aantal praktijkassistenten per groepspraktijk is 2.9.
Het totale hulppersoneel komt op een gemiddelde van 4.4.
De gehele praktijk telt dan ook meestal niet meer dan 7 personen.

GEZONDHEIDSCENTRA

Bij gezondheidscentra ligt de zaak ingewikkelder. We zullen eerst het verloop van het aantal soorten hulpverleners (disciplines) bezien en dan van het aantal hulpverleners per discipline.

AANTAL DISCIPLINES

In tabel 2 is de frequentieverdeling van het aantal disciplines in gezondheidscentra weergegeven bij het begin van de jaren 1975 en 1981.

Slechts 19 van 96 (20%) van de gezondheidscentra bestaat uit de 'klassieke' drie kerndisciplines. Gemiddeld gaat het om vijf disciplines, hetgeen met alle bijbehorende assistentie een gezondheidscentrum tot

een tamelijk complex geheel kan maken.

Tabel 2: Frequentieverdeling van het aantal disciplines in gezondheidscentra per 1 januari 1975 en 1 januari 1981.

Aantal disciplines	75/1		81/1	
	aantal centra	% van het aantal centra	aantal centra	% van het aantal centra
3	10	29	19	20
4	6	18	21	22
5	7	21	17	18
6	3	9	23	24
7	5	15	6	6
8	2	6	5	5
9	-	-	3	3
10	-	-	1	1
11	1	3	1	1
Totaal	34	100	96	100
Gemiddeld aantal disciplines	5.0		5.2	

AARD DER DISCIPLINES

Wat voor soorten hulpverleners telt een gezondheidscentrum nu? Naast huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige ziet men er vaak fysiotherapeuten, verloskundigen en gezinsverzorgsters. In tabel 3 geven we een overzicht over het totaal per 1 januari 1975 en 1 januari 1981. We laten de getallen zien voor de centra met meer dan drie disciplines.

(Zie tabel 3 volgende blz.)

De fysiotherapie is duidelijk de belangrijkste extra discipline. In 81% van de centra met meer dan 3 disciplines, dat zijn er per 1 januari 1981 77, komen fysiotherapeuten voor. Ook de verloskunde verbreidt zich de laatste jaren meer dan gemiddeld. Na een daling is er weer sprake van groei bij de tandheelkunde. De andere disciplines fluctueren wat, maar grote veranderingen in samenstelling vallen niet te bespeuren.

Tabel 3: Verbreiding van de disciplines over de gezondheidscentra per 1 januari 1975 en 1 januari 1981.

Soort hulpverlening	Gezondheidscentra			
	75/1		81/1	
	aant.	%	aant.	%
fysiotherapie	18	55	62	65
verloskunde	9	27	31	32
gezinszorg	8	24	26	27
tandheelkunde	9	27	23	24
farmacie	7	21	19	20
bejaardenzorg	4	12	10	10
voedingsleer	5	15	8	8
psychologie	2	6	5	5
overige*)	4	12	15	16
aantal centra	34		96	

*) Dit zijn de volgende disciplines: schoolgeneeskunde, pastoraal werk, pedagogie, oefentherapie, sociaal raadswerk, kraamverzorging, juridische hulp, opbouwwerk.

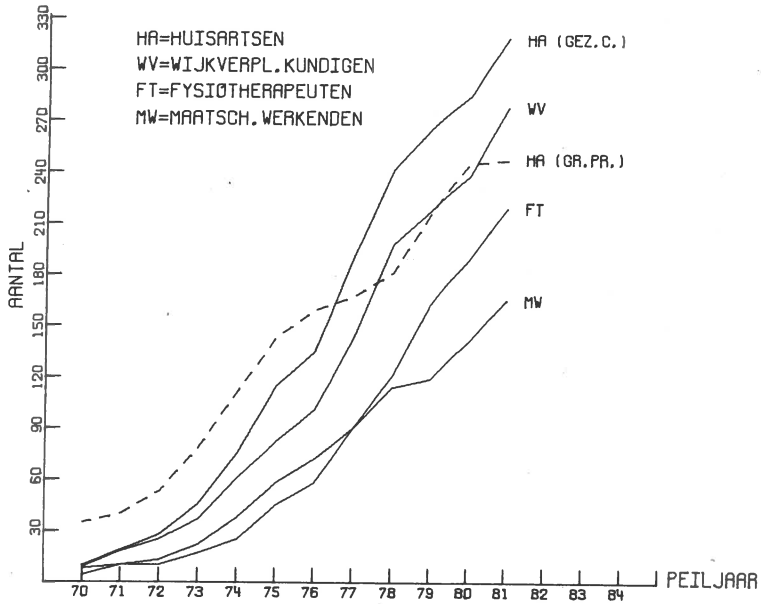
AANTALLEN HULPVERLENERS IN GEZONDHEIDSCENTRA EN GROEPSPRAKTIJKEN

Naast het aantal samenwerkingsverbanden is ook een overzicht van de aantallen hulpverleners die er werken van belang. Deze laten we zien in onderstaande tabel en grafiek. In de tabel staan de absolute aantallen hulpverleners en de gecorrigeerde aantallen (d.w.z. het aantal omgerekend in volledig bezette arbeidsplaatsen). De grafiek toont voor de 4 meest voorkomende disciplines de absolute aantallen.

Tabel 4: Absoluut en gecorrigeerd aantal hulpverleners per discipline in groepspraktijken en gezondheidscentra op 1 januari 1981

Gezondheidscentra	aantal	gekorrigeerd aantal (gerekend in full-time arbeidsplaatsen)
huisartsen	319	291
wijkverpleegkundigen	278	250
ziekenverzorgenden	23	19
maatschappelijk werkenden	165	113
fysiotherapeuten	219	177
verloskundigen	42	23
tandartsen	46	35
gezinsverzorgenden	46	33
apothekers	22	21
bejaardenverzorgenden	18	12
diëtisten	8	3
psychologen	6	3
overigen	33	29
Totaal gezondheidscentra	1225	1009
Groepspraktijken huisartsen	247	230
Totaal gezondheidscentra + groepspraktijken	1472	1239

Grafiek 2: Aantallen hulpverleners in groepspraktijken en gezondheidscentra van januari 1970 tot januari 1981.



In de grafiek valt de geringe toename van het aantal maatschappelijk werkenden op vergeleken met de andere disciplines. Vooral in 1978 was er van enige toename nauwelijks sprake. Dat had te maken met een vacaturestop in het Algemeen Maatschappelijk Werk, waardoor vrijkomende plaatsen niet vervuld konden worden. De stagnatie in de groei is nu opgeheven.
Fysiotherapeuten nemen sterk in aantal toe. Het aantal gezondheidscentra waarin deze hulpverleners zijn vertegenwoordigd stijgt gestaag, zelfs meer dan de toename van het aantal centra.
In 1975 was er in 55% van de gezondheidscentra fysiotherapie, in 1981 65%. Ook per centrum neemt het aantal fysiotherapeuten toe: in 1975 was er bijvoorbeeld nog maar één centrum (6%) met meer dan 4 fysiotherapeuten; in 1981 zijn dat er 18 (29%).
In de inleiding is al iets gezegd over de flexibiliteit waarmee fysiotherapeuten hun activiteiten kunnen uitbreiden (één zogenaamde "praktijkhoudende" therapeut kan op contractbasis een niet onaanzienlijk aantal collegae in dienst hebben): dit gevoegd bij een snelle toename van het fysiotherapeutenbestand (per jaar leveren de opleidingen zo'n 1000-1100 nieuwe therapeuten af op een totaal van een kleine 15.000 op dit moment geregistreerden; deze zijn overigens lang niet allemaal in de eerstelijns gezondheidszorg werkzaam) en een honorariumstructuur waarvan verrichtingen de basis vormen doet een verdere snelle toename verwachten.
De aantallen wijkverpleegkundigen lopen keurig in de pas met het aantal gezondheidscentra; er is geen sprake van stagnatie en ook niet van explosieve toename.

AANTAL PATIENTEN/CLIENTEN PER HULPVERLENER

Er is nog niet zo veel onderzoek gedaan naar wat multidisciplinair samenwerken onder één dak onderscheidt van lossere werkverbanden of solistisch werken.
Wel kunnen we kijken naar verschillen in de werksituatie van hulpverleners in gezondheidscentra en daarbuiten. Eén zo'n verschil is gelegen in het aantal patiënten (of cliënten zoals de hulpvragers van het maatschappelijk werk genoemd worden) waar hulpverleners voor werken.
In het algemeen is dat aantal in gezondheidscentra wat kleiner dan landelijk. De Nederlandse huisarts heeft gemiddeld bijvoorbeeld 2650

patiënten (per januari 1981). In gezondheidscentra zijn dat er 2150. We moeten hierbij wel bedenken dat er meer verschillen zijn tussen deze twee groepen huisartsen dan alleen het feit van samenwerking onder één dak. Huisartsen in gezondheidscentra zijn bijvoorbeeld i.h.a. jonger dan gemiddeld en ze hebben vaker een praktijk in opbouw.
Ook wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra hebben minder patiënten dan hun collega's daarbuiten. Ter vergelijking hebben we alleen landelijke cijfers per januari 1978. De gemiddelden waren toen voor het hele land 3600 en voor de gezondheidscentra 3275 (per juli 1979: 3165) per wijkverpleegkundige. Dit verschil is in overeenstemming met de financieringsnorm die normaal één wijkverpleegkundige toestaat per 3450 inwoners en in gezondheidscentra één per 3000.
Maatschappelijk werkenden hebben veel meer (potentiële) cliënten: landelijk (per januari 1980) ± 8150 per maatschappelijk werkende. In gezondheidscentra ligt dat gemiddelde op het eerste gezicht veel lager, n.l. 5912, maar die vergelijking gaat niet helemaal op. In gezondheidscentra komt het vrij vaak voor, dat maatschappelijk werkenden slechts part-time beschikbaar zijn voor het centrum, terwijl ze voor hun stichting toch full-time werken.
Corrigeren we het cijfer door uit te gaan van een aantal maatschappelijk werkenden omgerekend in full-time arbeidsplaatsen, dan is hun gemiddelde aan cliënten in gezondheidscentra ineens gestegen tot 8632. Ook dit is niet reëel, aangezien er landelijk gezien ook maatschappelijk werkenden part-time zullen werken. Kortom: we schatten dat het gemiddelde niet ver van het landelijke zal liggen.

AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

Tenslotte belichten we hier een van de belangrijkste praktische problemen bij samenwerking tussen hulpverleners uit verschillende organisatorische kaders; namelijk afstemmingsproblemen op het vlak van de werkgebieden.
De Nederlandse gezondheids- en welzijnszorg biedt vrijwel geen mogelijkheid om een afstemming, anders dan op basis van pure vrijwilligheid bij zeer veel personen en instellingen, tot stand te brengen.

Artsenkeuze is vrij en vestiging in principe ook; ook al zijn alle partijen het eens dat in een bepaald gebied een gezondheidscentrum moet komen dan is toch een vrije vestiging niet te verhinderen.
Voor meer territoriaal georganiseerde hulpverleners, zoals wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende is het niet onmogelijk om zich aan te passen aan de patiëntenpopulatie van de huisartsen. Het werkt echter zeer storend voor de organisatie.
Neem bijvoorbeeld een nieuwbouwwijk in A., waar de locale overheid samen met de hulpverleners een gezondheidscentrum heeft opgericht.
Van de 15.000 inwoners zijn er 10.000 patiënt bij de 4 huisartsen in het centrum. De komst van een vijfde huisarts in het centrum wordt in gevaar gebracht door een zich onlangs gevestigd hebbende nieuwe arts, die in een jaar tijd 1.000 patiënten heeft weten te binden. Bovendien zijn 3.000 patiënten niet bereid geweest hun 'oude huisarts' in het oude gedeelte van de stad op te geven. Van de duizend overige patiënten ('particuliere' patiënten in dit geval, want ze zijn niet ingeschreven bij de ziekenfondsen), is het geheel onbekend wie hun huisarts is. Ze doen in ieder geval geen beroep op het centrum.
De wijkverpleging en het maatschappelijk werk hebben de zorg voor de hele wijk; zij kunnen echter de problemen bij een derde van hun cliënten niet in de teambesprekingen brengen en moeten dus een extra overlegvorm creeren met de vrijgevestigde arts, maar eigenlijk ook met de twintig artsen uit de binnenstad, die immers ook nog 3000 patiënten verzorgen. Dit is nu maar een voorbeeld. De situatie kan nog aanmerkelijk gecompliceerder zijn wanneer de huisartsen hun patiënten niet tot een bepaald gebied beperkt hebben.
Probeert men een totaal overzicht te krijgen, dan krijgt men per 1 januari 1981 het volgende beeld (gezondheidscentra).

Tabel 5: Vergelijking patiënten/cliëntenbestanden in gezondheidscentra voor huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende en fysiotherapeut per januari 1981

	aantal centra
1. H = W = M = F	14
2. (H = W = M) ≠ F	25
3. (H = W = F) ≠ M	3
4. (H = M = F) ≠ W	3
5. (W = M = F) ≠ H	18
6. geen of twee gelijke bestanden	33
	96

De onder 1. en 6. beschreven situaties zijn duidelijk genoeg. In het ene geval zijn de bestanden op elkaar afgestemd (zij het ten koste van organisatorische problemen bij de wijkverpleegkunde en het maatschappelijk werk); in het laatste geval verschillen de meeste of alle bestanden van elkaar, hetgeen tot problemen binnen het team aanleiding geeft.

Betekenis van de letters:
H = huisarts, W = wijkverpleegkundige, M = maatschappelijk werkende, F = fysiotherapeut.

In 39 centra zijn de bestanden van de 3 kerndisciplines op elkaar afgestemd (40%).
De situatie onder 5, waarbij de huisarts als enige een afwijkend patiëntenbestand heeft, vindt men vaak in nieuwbouwwijken.
Voor afstemming is er nog volop werk aan de winkel.

TOT SLOT

We hebben in vogelvlucht enkele aspecten van groepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland laten zien. Veel aandacht is besteed (meer eigenlijk dan aan de centra zelf) aan de situatie waarbinnen de ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra geplaatst moet worden.
De Nederlandse gezondheids- en welzijnszorg heeft bepaalde eigen kenmerken die de opkomst van met name gezondheidscentra en multidisciplinaire samenwerking bevorderd hebben. We hopen dat we het inzicht in deze factoren bevorderd hebben.