

R902



drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

GEZONDHEIDSCENTRA IN ENGELAND

door

J. Tak, arts

Prijs f 2,50

VOORWOORD.

Op verzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut heeft de heer J. Tak, arts een literatuurstudie verricht over het onderwerp "Gezondheidscentra in Engeland".

De telegram-stijl van de auteur maakte een uitgebreide bewerking van de tekst noodzakelijk, waarbij en passant nog 2 artikelen, die de problematiek vanuit architectonisch gezichtspunt benaderden konden worden verwerkt. (46) en (47).

Toch is de behandeling van de heer Tak betrekkelijk summier gebleven. Wij hopen niettemin dat deze studie een bijdrage kan leveren voor degenen, die zich in Nederland in het onderwerp gezondheidscentra willen verdiepen.

Dr. R.A. de Widt.

VERANTWOORDING	1
I. INLEIDING	2
1: Wat betekent het woord "gezondheidscentrum"?	2
2. De ontwikkeling van gezondheidscentra in enkele getallen	2
3. Enkele jaartallen met betrekking tot de National Health Service	2
4. De National Health Service en de gezondheidscentra	3
5. Betalingswijze van de huisartsen	4
II. DE WERKERS IN EEN GEZONDHEIDSCENTRUM	5
6. De huisartsen	5
7. De secretarial, administration staff	5
8. De "practice nurse"	5
9. "Home-nurse", "health visitor" en "midwife"	6
10. De "Local health authority"	6
11. De maatschappelijk werkers	7
12. Andere werkers in gezondheidscentra	7
13. Verhouding tot de medische specialisten	7
III. HET WERKEN IN GEZONDHEIDSCENTRA	9
14. Organisatie van de samenwerking	9
15. De samenwerking tussen de huisartsen en de anderen	9
16. De samenwerking tussen de niet-artsen	9
17. Samenwerking tussen de werkers en de mensen (patiënten/cliënten)	10
18. Doelstelling van gezondheidscentra	10
19. Evaluatie	11
IV. KONKLUSIES	12
20. Verhouding groepspraktijk - gezondheidscentrum	12
21. De breedte van het pakket aangeboden diensten	12
22. Nieuwe dimensies ten aanzien van het werk	13
LITERATUURLIJST	14

VERANTWOORDING.

De kern van de opdracht was een beeld te geven van de ontwikkeling op basis van literatuurstudie van de gezondheidscentra in Engeland en Schotland o.a. als documentatie voor hen die in Nederland met gezondheidscentra bezig zijn.

Voor ieder die zich zelf zou willen oriënteren m.b.v. de situatie in Great Britain is het raadzaam daarbij te bedenken dat daar samenwerking in de 1e-lijns hulpverlening zich maar voor een klein deel in gezondheidscentra afspeelt en voor een groot deel in de talloze groepspraktijken van huisartsen met daarin vertegenwoordigers van andere disciplines.

Evenals mej. Feldmann die een vergelijkbare opdracht voor de Verenigde Staten kreeg, heb ik een medische opleiding. Financiële regelingen, sociaal-economische verhoudingen, vakorganisaties en vakopleidingen van niet-medische werksoorten zijn in eigen land voor de arts al moeilijk te begrijpen. T.a.v. het buitenland is men al blij als men de grote lijnen een beetje kan volgen.

Als bronnen zijn tijdschriften en brochures gebruikt betrekking hebbend op geneeskunde, verpleegkunde en maatschappelijk werk.

Het wat afwijkend woordgebruik vloeit voort uit de wens t.a.v. de beroepsaanduiding kwa sexe neutrale woorden te gebruiken, terwijl t.a.v. de patient-arts verhouding is gekozen voor het gebruik van het woordenpaar "mens"- "werker". Een "werker" is een "mens", die tegen betaling iets doet voor een "mens"; in het gezondheidscentrum is de arts "werker" en de bakker "mens", (i.p.v. patient) in de bakkerswinkel is de arts "mens" (i.p.v. "klant") en de bakker "werker".

J. Tak.

I. INLEIDING.

1. Wat betekent het woord "gezondheidscentrum"?

In het huidige spraakgebruik van hen, die in het Verenigd Koninkrijk in een gezondheidscentrum werken betekent "Gezondheidscentrum":

Gebouw waarin: één of meerdere groepen huisartsen met hun helpers en de "local health authority", en soms nog andere werksoorten, zijn ondergebracht;

dat eigendom is van de plaatselijke of landelijke (Engeland, Schotland e.d.) overheid, (een gezondheidscentrum dat geen eigendom is van de overheid wordt liever niet "gezondheidscentrum" genoemd (34);

en dat voor dat doel gebouwd (of verbouwd) is.

Ideaal is "a team approach to patient care" (47). Uitdrukkelijk wordt in de basisfilisofie in dezen ook aan een inbreng van het ziekenhuis en de specialist gedacht. Daarbij denke men dan aan "regular visits by consultants from the local hospital" (46) maar ook aan ziekenhuisachtige faciliteiten t.b.v. röntgendiagnostiek alsook aan bouw op het terrein van het ziekenhuis.

Dat is dus een wat andere benadering dan in Nederland gebruikelijk is.

2. De ontwikkeling van gezondheidscentra in enkele getallen. (5) (36)

Aantallen gezondheidscentra

gebouwd in '51-'67:	Engeland: 28	Schotland: 4
'67-'71:	241	30
voorbereiding in '71:	205	

% huisartsen, dat in een gezondheidscentrum werkt:

in '70 :	Engeland: 5%	Schotland: 5%	Wales: 7%	Noord Ierland: 12%
'72	9%	9%	13%	21%

Een verwachting luidt dat eind 1974 1/6 van de huisartsen in Engeland en Wales in gezondheidscentra zullen werken. (13).

Ter vergelijking: in '70 werkte 7% van de huisartsen in een solo-praktijk
18% getweeën
75% in groepspraktijk met 3 of meer huisartsen.

Per gezondheidscentrum werkte in '71 in Engeland 5,5 huisartsen,
in Schotland 4,9.

Er zijn meer gezondheidscentra op het platteland en in kleine stadjes dan in grote steden. (36) (45)

20 Jaar geleden had 1/4 van de in gezondheidscentra werkende huisartsen ook nog een eigen praktijkruimte, nu minder dan 1/10.

3. Enkele jaartallen met betrekking tot de National Health Service.

1 juli 1948: begin van de N.H.S. Uitgangspunt is klassieke hulp bij lichamelijke problemen.

Van '48 - '74 heeft de N.H.S. 3 grote takken:

- Hospital and Specialist services
- Local Health Authority Services
- General medical, dental and pharmaceutical services.

Maatschappelijk werk valt niet onder de N.H.S., maar onder het "local authority social services department".

1959: "geestelijke gezondheidszorg" opgenomen in de N.H.S.

1971: "geestelijke gezondheidszorg" uit de N.H.S., naar het "local authority social services department"

1974: totale reorganisatie binnen N.H.S.: regionalisatie, parallel met nieuwe bestuurlijke indeling.

De oorspronkelijke drie grote takken worden gebundeld en gedecentraliseerd over 14 'regional health authorities' en 93 'area health authorities'.

Deze laatsten zijn geen instrumenten van de gemeentelijke overheid. De "local health authority" bestaat dus niet meer.

Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk blijven vallen onder het 'local authority social services department', wel een gemeentelijke dienst.

De literatuur die aan deze studie ten grondslag ligt heeft betrekking op de periode vóór 1974.

4. De national Health Service en de gezondheidscentra.

Aneurin Bevan, de Minister van Volksgezondheid onder wiens bewind de N.H.S.-wetgeving tot stand kwam beschouwde de te ontwikkelen gezondheidscentra als hoekstenen van de nieuwe gezondheidszorg waarin de geplande samenwerking gestalte behoorde te krijgen. Experimenten met verschillende soorten centra werden afgewezen op grond van de noodzaak maar snel te beginnen.

Door de geweldige achterstand in de bouw en de noodzaak de door bombardementen ontstane schade te herstellen, kwam van de geplande nieuwbouw niet veel terecht. De eerste nieuwe centra, John Scott in Woodberry Down en Sighthill in Edinburgh waren weinig geschikt om enthousiasme te wekken. Ze waren duur en de inrichting noodde zeker niet tot samenwerken. (46)

Binnen een overzichtje van de betekenis van de N.H.S. voor de ontwikkeling van gezondheidscentra hoort vermeld te worden de angst van huisartsen ambtenaren van N.H.S. te worden. Op vele manieren - als uitgewerkt argument en als onderdrukte frustratie - en op vele plaatsen - overheidsrapporten, verslagen van huisartsen - komt dit naar voren. (28) (36) (38).

Sommigen hopen dat die angst zal verminderen door de ervaringen van huisartsen met de 'local health authority' bij de plaatsing van 'local health authority' werkers in hun praktijk, en, door de opheffing per 1-4-'74 van de 'local health authority' als dienst van de gemeentelijke overheid, ook al is nog niet duidelijk hoe de 'area health authorities' zullen werken.

In Engeland en Wales is de ontwikkeling van gezondheidscentra een gemeente-zaak. De 'local health authority' is sinds '66 (5) in Engeland verantwoordelijk voor ontwikkeling en beheer.

In Schotland is het een zaak van de Minister (Secretary of State) maar deze delegeert wel vaak deze zaak.

In genoemde situaties is de 'local health authority' de eigenaar van de gezondheidscentra.

De 'local health authority' is dan ook overal een deelnemer in het gezondheidscentrum met zijn programma ter voorkoming van ziektes en enkele bijzondere soorten behandeling, zie 10.

Het werkterrein van de 'local health authority' beslaat grofweg dat van de Nederlandse GG en GD + dat van de Nederlandse Kruisverenigingen (die in het Verenigd Koninkrijk niet bestaan). De verpleging van zieken in hun eigen huis wordt gedaan door de 'district nurse' die als basis een werkruimte van de 'local health authority' heeft en in een welomschreven woongebied werkt, waarin geen andere 'district nurses' werken.

Evenals de 'health visitor' en de verloskundige kan de 'district nurse' in de praktijk van een bepaalde huisarts of meestal huisartsengroep, geplaatst worden. Daarbij blijft ze in loondienst bij de 'local health authority', maar werkt alleen met die mensen die naar die bepaalde huisarts of huisartsengroep gaan.

In een zelfde straat kunnen dan dus verschillende 'nurses' over de vloer komen. Hun titel wordt in verband daarmee aangepast: 'home-nurse'.

De laatste regeling wordt massaal toegepast, zulks in tegenstelling tot een vergelijkbare regeling met het 'local authority social service department' over plaatsing van maatschappelijk werkers. Zie hiervoor 9.

Het is moeilijk te bezien of de opheffing van de 'local health authority' als gemeentelijke dienst ook het contact zal bemoeilijken tussen gezondheidscentra en het 'local authority social services department', waarin zowel het maatschappelijk werk als de "geestelijke gezondheidszorg" zijn ondergebracht.

5. Betalingswijze van de huisartsen.

In het begin werd het bouwen van eigen groepspraktijken (eventueel verbouwen van bestaande panden) door de Engelse artsen als een goede oplossing gezien om de dreiging van het tot stand komen van gezondheidscentra met de gevreesde overheidsinvloed op een afstand te houden. Het beschikbaar stellen van leningen waarover geen rente behoefde te worden betaald stimuleerde deze ontwikkeling. Daarom verreezen er tussen 1953 en 1963 ook vrijwel geen gezondheidscentra.

Daarna was het alleen maar mogelijk geld te lenen van de overheid op basis van een normale (commerciële) rentevoet, hetgeen onder de huisartsen de belangstelling voor huisvesting in door de local authority gebouwde gezondheidscentra aanmerkelijk deed toenemen. Hier kwam bij dat er nogal wat nieuwe wijken en steden werden gebouwd en soms het gebied rondom het oude praktijkpand in het centrum ontvolkte waardoor toch naar andere huisvestingsmogelijkheden moest worden omgezien. (46)

Tot 1966 gold een systeem van betaling per ingeschreven persoon. Daarna kwam een verfining tot stand: een basisbedrag voor iedere ingeschreven persoon plus toeslagen voor oudere mensen, avond- en nachtwerk, preventief werk, bijscholing, dienstjaren en voor werk in een streek met weinig artsen. Verder kreeg men 100% vergoeding van de praktijkkosten en 70% vergoeding van de personeelskosten. Men ontving 100% vergoeding van de huur van het praktijkgebouw of de geschatte huurwaarde en een 'group practice allowance' d.w.z. toeslag voor werken in groepspraktijk van 3 of meer huisartsen of gezondheidscentrum.

De toeslag voor werk in een gezondheidscentrum is gelijk aan de toeslag voor werk in een groepspraktijk. (5) (28) en (40).

II. DE WERKERS IN EEN GEZONDHEIDSCENTRUM.

6. De huisartsen.

De huisartsen zijn geen werknemers in dienst van de N.H.S., maar gaan een kontrakt aan met de N.H.S. voor medische hulp aan degenen die zij als patiënt inschrijven.

De opleiding is in het kort de volgende: na een 6-jarige opleiding tot "basisarts" kan men als huisarts gaan werken. Steeds meer gaan echter eerst een voortgezette opleiding volgen, die steeds duidelijker geïnstitutionaliseerd wordt. Volgens de plannen is in 1977 een 3-jarige huisartsenopleiding verplicht: 1 jaar in een ziekenhuis, 1 jaar in een huisartsenpraktijk, weer 1 jaar in een ziekenhuis. (8)

Ook in Engeland heeft de huisarts veel werk moeten afstaan aan de medische specialisten. Er is een duidelijke wil dit proces terug te dringen. Er zijn veel proeven om mogelijkheden hiertoe uit te proberen, en een deel daarvan speelt zich in gezondheidscentra af. Ook denkt men er bijvoorbeeld in Schotland aan per huisarts één ziekenhuisbed beschikbaar te stellen.

In een gezondheidscentrum solliciteren nieuwe artsen bij de daar al werkende.

7. De secretarial, administration staff.

In Nederland spreekt men meestal van doktersassistente, men zou ook kunnen spreken van algemeen werker. In vrijwel elke huisartspraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum werken algemeen werkers. (5)

Over hun plaats in een gezondheidscentrum wordt niet vaak geschreven, als een probleem waarover nagedacht wordt. Ik heb geen tijdschrift van deze werksoort gevonden (maar kende dat tot voor kort ook in Nederland niet). Ik heb uit verspreide opmerkingen nu een beeld van deze werksoort moeten vormen: een rest functie; alles waar geen uitgebreide opleiding voor nodig is, doet de algemeen werker, behalve dweilen e.d. In sommige groepen functioneert ook een "secretary of the staff", een soort directie-secretaresse die optreedt als hoofd van het hulp-personeel.

Algemeen werkers zijn in loondienst van de huisarts of huisartsengroep. Van de N.H.S. krijgt de huisarts zoals gezegd 70% van de loonkosten van de algemeen werker terug.

8. De "practice nurse".

Hieronder verstaat men een verpleger, die in het gezondheidscentrum eenvoudige medische handelingen uitvoert, alleen of met de huisarts. In Nederland behoort dit werk tot de taak van de doktersassistente al zien we wel dat in groepspraktijken en gezondheidscentra hiervoor ook hulpkrachten met een meer specifieke opleiding worden aangetrokken (verpleegsters).

Naarmate de mensen meer hieraan wennen, de huisarts de mogelijkheden van de practice nurse beter in de gaten krijgt en de mogelijkheden van de practice nurses toenemen, breidt hun werkterrein zich uit, en werken ze zelfstandiger.

In tegenstelling tot de meeste groepspraktijken hebben gezondheidscentra altijd een behandelkamer. Bij overgang van een groepspraktijk naar een gezondheidscentrum stijgt het aantal behandelingen door de practice nurse met de helft, ook als het gezondheidscentrum dicht bij een ziekenhuis ligt.

De overheid is zich onvoldoende bewust van deze ontwikkeling en van de hierdoor toegenomen behoefte aan practice nurses (11).

De practice nurses zijn in loondienst van de huisartsen die ook in dit geval 70% van hun loonkosten vergoed krijgen. Er zijn veel vrouwen-met-kinderen die halve dagen dit werk doen.

In 1967 "gebruikte" 1% van de huisartsen een practice nurse in 1971 63% van de huisartsen in groepspraktijken en 78% van de huisartsen in gezondheidscentra. (19)

9. "Home-nurse", "health visitor" en "midwife".

De home-nurse doet ongeveer hetzelfde als de Nederlandse wijkverpleger. Bij samenwerking met een health visitor wordt de taak van de home-nurse beperkt.

De health visitor (17) (20) (31) volgt na een wijkverpleegkundige opleiding een gerichte opleiding van 1 jaar: 9 maanden theorie (psychologie, sociologie) en 3 maanden praktijk.

De werkopdracht is: preventie, vroegdiagnostiek, voorlichting, provision of care, although the health visitor is not actively engaged in technical nursing procedures.

In de praktijk doet de health visitor vooral veel preventief jeugdgeneeskundig werk. De huisarts raadpleegt de health visitor vaak bij maatschappelijke problemen.

Soms is dezelfde werker zowel home nurse als health visitor vooral op het platteland, waar ook vaker home-nurse, health visitor en midwife in één werker verenigd zijn.

De verloskundige (midwife) wordt in geschriften over gezondheidscentra alleen terloops genoemd; ik krijg uit de activiteiten waarover ik gelezen heb geen duidelijk beeld van deze werker en kan dus ook geen verschillen met de Nederlandse situatie aangeven, behalve het in loondienst zijn bij de 'local health authority'.

In 1970 was de helft van alle health visitors en district-nurses geplaatst bij huisartsen. (35)

In 1971 werkte in 32% van de algemene praktijken een home-nurse en in 35% een health visitor; in 26% een midwife. (5)

In 1973 waren 2/3 van alle home-nurses geplaatst in huisartsenpraktijken. (9)

De overgang van districts-gewijs werken naar praktijk-gewijs werken wordt overal als nuttig beschreven. Als belangrijkste voordeel wordt genoemd: het betere contact met de huisarts(en). Dat weegt ruimschoots op tegen de als belangrijkste nadeel beschreven langere rij-afstanden naar de huizen van de mensen, en het in dezelfde straat komen van meerdere home-nurses en van meerdere health visitors. (16) (17)

Het praktijk-gewijs werken wordt soms in gezondheidscentra even doorbroken bij groepswerk (b.v. voorlichting), waar iedereen uit de omgeving van het betreffende gezondheidscentrum naar toe kan. (11)

Er is een sterke neiging werk waar minder opleiding voor nodig is als een home-nurse heeft door minder geschoold personeel te laten doen, waarin dan óók weer graderingen in opleidingsniveau en verantwoordelijkheid worden aangebracht. Men kan dit vergelijken met de Nederlandse ontwikkeling waar naast de wijkverpleegkundige de ziekenverzorger komt en zich afvragen of met deze voortdurende afsplitsing de kwaliteit van de hulpverlening als zodanig gediend is.

10. De "Local health authority".

Het aandeel van de local health authority in de 1e-lijns-hulpverlening, zoals dat in gezondheidscentra wordt ondergebracht kan heel groot zijn, en weerspiegelt zich in het deel van de totale netto vloeroppervlakte dat rechtstreeks voor rekening van de local health authority komt, dat is soms wel 2/3.

De geboden diensten omvatten o.a.: child health services waaronder vallen inentingen, pedicure, spraakbehandeling, voedingsadviezen, ophthalmology en dentistry (in beide gevallen is het mij onduidelijk wat hier precies mee bedoeld wordt, hoogstwaarschijnlijk géén complete oogheelkundige en tandheelkundige hulp); verder opsporing van baarmoederkanker. Vaak verleent men ook huisvesting aan de plaatselijke afdeling van de "Family Planning Association".

De nadruk ligt bij de local health authority op preventief en voorlichtend werk.

11. De maatschappelijk werkers.

Maatschappelijk werkers zijn in Engeland in dienst van het local authority social services department en kunnen vandaar uit worden geplaatst bij huisartsen, solo, duo, groep, al of niet werkend in een gezondheidscentrum.

In 1971 werkte in 3% van alle huispraktijken een maatschappelijk werker (5). Ter vergelijking: home-nurse 32%, health visitor 35%. Daarbij werkt één maatschappelijk werker dan ook nog in verschillende praktijken tegelijk. (2) (27) Evenals de bij huisartsen geplaatste home-nurse en health visitor heeft de maatschappelijk werker ook alleen maar contact met de mensen die bij de betreffende huisartsen ingeschreven zijn.

De maatschappelijk werkers die in huisartsenpraktijken werken worden uitdrukkelijk medisch maatschappelijk werkers genoemd, die evenals de ziekenhuis maatschappelijk werkers een opleiding (horen te) hebben die gericht is op medische situaties. (26)

Door deze werkopvatting is er in gezondheidscentra ook nooit een vestiging van het local authority social services department, terwijl er wel een belangrijke vestiging is van de local health authority.

Een enkele keer kunnen mensen direkt naar de m.w. gaan zonder verwijzing, maar in het algemeen wordt de verwijzing door een huisarts, home-nurse, en vooral een health visitor als de eigenlijke toegang tot de maatschappelijk werker gezien.

Bij de aanpak van maatschappelijk werkers van problemen waarover zij geraadpleegd worden, is het klassieke "case work" (33) uitgangspunt, en worden van daaruit aanpassingen gezocht. (27) Uit de vakbladen van het maatschappelijk werk in Groot Brittannië blijkt dat men wel weet heeft van groepswork, werken vanuit het sociaal milieu, opbouwwerk e.d.

Het volgende citaat geeft enigermate een indruk van de ontwikkelingstendens zoals de beroepsgroep die ziet.

"At this time, when social work is adding to its repertoire of activities to reach a greater number of people, group and community work, social action demands a more serious mention since we would not want doctors to go over-board for case-work at a time when we are getting it into perspective." (26)

12. Andere werkers in gezondheidscentra.

In een enkel gezondheidscentrum werkt een fysio-therapeut, dit wordt algemeen als een wenselijke zaak gezien voor de toekomst. Op het moment is er zo'n gebrek aan fysio-therapeuten, dat men genoegen moet nemen met een goede samenwerking met de in ziekenhuizen werkende fysio-therapeuten.

Verder vindt men er hier en daar een of meer tandartsen met name in Schotland. (30) Dat zijn dan meestal gemeente-tandartsen. Van de 93 gezondheidscentra die in 1968 funktioneerden werkten er in 11 een tandarts, 5 daarvan funktioneerden er al vóór 1948, de rest kwam tussen 1948 en 1966.

In 9 is een apotheek, waarvan er 7 al vóór 1948 funktioneerden. (45)

De huidige situatie is dat enige tijd na opening van een gezondheidscentrum zich in de buurt daarvan veelal een apotheker vestigt. (39)

13. Verhouding tot de medische specialisten.

In Engeland en Wales zijn de medische specialisten en de ziekenhuizen weinig betrokken bij gezondheidscentra met uitzondering van enkele onderwijsziekenhuizen. Dit wordt vrij algemeen wel als een probleem beschouwd. Sommigen verwachten in dit verband wel wat van de herstrukturering van de N.H.S. per 1-4-1974.

Er bestaan wel voorbeelden van goede samenwerking tussen 1e-lijns-hulpverleners en psychiater.

Van de geplande integratie zoals die o.a. in het Dawson-report naar voren werd gebracht kwam dus niet veel terecht.

In Schotland staan een aantal gezondheidscentra op ziekenhuisterrein, en zijn de ziekenhuizen meer betrokken bij de 1e lijn. In de gezondheidscentra houden de specialisten vaak spreekuren en verder zijn de specialisten makkelijker te raadplegen. (2) (4) (8) (36) en (44)

Huisartsen hebben er vaak makkelijk toegang tot het ziekenhuis, laboratoria en een goede samenwerking met de afdeling fysiotherapie in het ziekenhuis.

Er zijn kleine ziekenhuisjes waar de huisartsen de mensen zelf behandelen: 'general practitioner hospitals', 'cottage hospitals' en huisartsenbedden in kleine ziekenhuizen.

Verder worden er proeven gedaan met half-specialisatie van huisartsen binnen een gezondheidscentrum samen met taakverschuivingen t.o.v. de andere werkers in het gezondheidscentrum. (44)

III. HET WERKEN IN GEZONDHEIDSCENTRA.

14. Organisatie van de samenwerking.

Werkbesprekingen zijn geen specifiek kenmerk van gezondheidscentra, er zijn gezondheidscentra waar ze totaal ontbreken. (10) In veel gezondheidscentra beperkt men zich tot gemeenschappelijke werkpauses die niet langer duren dan men gewend was.

Aan de andere kant staan gezondheidscentra én groepspraktijken met elke dag een uitgebreide werkbespreking.

Begeleiding van het werken in een groep door iemand die dit speciaal tot taak heeft, ben ik niet tegengekomen. Een behoefte daaraan wordt zelden vermeld, en als die wel uitgesproken wordt, dan is dat door een "director of nursing services" (in Nederlandse verhoudingen: hoofdwijkverpleger) (11), en een sociaal psychiatisch verpleger (14).

Wel wordt er door instanties, voor zover ik weet niet door de werkers zelf, gesproken over de wenselijkheid van het aanstellen van een administrateur of manager. (41)

15. De samenwerking tussen de huisartsen en de anderen.

Over de inhoud van de samenwerking zelf is weinig gepubliceerd, een beeld daarvan krijgt men enigszins door terloopse opmerkingen elders,

Bij de oprichting, de inrichting, het zoeken van deelnemers, en ook de verslaggeving spelen huisartsen een overheersende rol. De anderen worden steeds weer beschreven als "hulpkrachten van de dokter". (28) Verbetering van de samenwerking betekent dan dat de dokter de mogelijkheden van de anderen beter moet leren "gebruiken". De waarde van de anderen wordt afgemeten naar de hoeveelheid werk, die ze de dokter uit handen kunnen nemen.

De samenwerking tussen huisarts en home-nurse en health visitor eventueel midwife betekent voor dezen het opgeven van het districtsgewijze werken. Door de plaatsing bij de huisarts weet degene, die een huisarts kiest ook wie van de andere werkers hij thuis kan verwachten.

Verschil in inbreng tussen huisarts en anderen kan te maken hebben met het verschil in sociaal-economische positie. De huisarts is aannemer van werk bij de N.H.S., de anderen zijn in loondienst bij de huisarts of de local health authority.

De grote verschillen in aanpak tussen de diverse gezondheidscentra én grote verschillen binnen gezondheidscentra tussen de verschillende groepen bestaande uit één of meerdere huisartsen en hun hulpkrachten zijn velen opgevallen. Ze worden toegeschreven aan verschillen in werkopvatting van de huisartsen. (18)

16. De samenwerking tussen de niet-artsen.

Dat betreft dus grofweg: de algemeen werkers (assistentes of secretarial staff), practice-nurse, home-nurse, health visitor, midwife en maatschappelijk werker. Over hun onderlinge verhouding wordt weinig geschreven, nog het meest over die tussen health visitor en maatschappelijk werker.

Het lijkt alsof de hele groep meer op de huisartsen dan op elkaar betrokken is.

Er bestaat tussen de diverse werkerterreinen geen nauwkeurig afgebakende grens. De assistente is een veel meer ingeburgerde figuur als de practice-nurse die pas sinds 1967 wat algemener voorkomt. Ze zal mogelijk verwijs-handelingen verrichten die in de taakomschrijving van de practice-nurse staan.

De home-nurse helpt wel in de behandelkamer, wat het werkerterrein van de practice-nurse is. Het werk van de health visitor heeft een duidelijke overlapping met dat van de home-nurse die vanouds een signalerende en adviserende functie had.

T.a.v. de health visitor is er weer een duidelijke overlapping met het werk van de maatschappelijk werker, een overlapping die waarschijnlijk nog de meest problematische is.

De health visitor is van oorsprong verpleger, en staat kwa mentaliteit dichter bij de huisarts dan de maatschappelijk werker. (17)

De health visitor heeft enige kennis van maatschappelijk werk-methoden, maar veel minder uitgebreid dan de maatschappelijk werker. Echter in de ogen van de huisarts voldoende om af te werken wat hij wil "delegeren". (2) (8)

(Over samenwerking h.v. - m.w.) "Initial suspicions were overcome largely by an arbitrary differentiation in age groups" (.....) Future studies of this kind must contribute, more to the solution of the long standing problems between health visiting and social work. (25)

17. Samenwerking tussen de werkers en de mensen(patiënten/cliënten).

De gangbare houding van de werkers wordt weergegeven door de huisarts die de houding van de mensen beschreef na de opening van een gezondheidscentrum: "The patients took time to adjust but in the main adapted cheerfully. Some were unhappy at the clinical atmosphere, but soon realised the relationship with their own doctor had not changed". (10)

Ik heb geen aanwijzingen gevonden dat gezondheidscentra bij de realisatie van onderlinge hulp e.d. een rol spelen of bedoeld zijn te spelen.

18. Doelstelling van gezondheidscentra.

Het doel van de oprichting van gezondheidscentra wordt door de verschillende betrokkenen, overheid, beroepsorganisaties, werkers in gezondheidscentra verschillend gezien. Hier beperk ik mij tot de werkers in gezondheidscentra.

In gezondheidscentra wordt weinig aan het formuleren van een doelstelling gedaan. Uit de verslagen komt de indruk naar voren dat bij dit weinige de huisartsen een overwegende rol spelen. In het algemeen gaat het hierbij om een proces dat als resultaat een doel heeft. In dit geval is het proces zo weinig bewust en het resultaat zo vaag, dat de woorden "doel" en "doelstelling" niet van toepassing zijn en je beter kunt praten over de motieven, en dan dus de motieven van de huisartsen. (10) (21) Enkele voorbeelden van een doelstelling zijn:

".... for the benefit of the patients, the doctors and ancillary staff".

".... for the future development of community medicine", waarbij onduidelijk is wat "community medicine" is en waarom dat pas in de toekomst kan.

Die motieven van de artsen zijn:

Het streven naar een betere werkruimte, betere uitrusting, werkzamer organisatie. Doordat het gebouw nieuw is, voor dit doel gebouwd is, en de overheid zich niet van zijn allerverzuimigste kant liet zien was dit vaak wel te realiseren.

Schaalvergroting door grotere concentratie van werkers b.v. door meerdere groepspraktijken in één gezondheidscentrum onder te brengen geeft extra mogelijkheden voor organisatie, uitrusting, bijscholing e.d. (10) (13) (16)

De grotere werkruimte betekent dat sommige huisartsen nu pas plaats kunnen bieden aan de werkers van de local health authority vooral home-nurse en health visitor. In deze gevallen kan dus de wens tot samenwerking of althans delegatie een motief voor een gezondheidscentrum zijn. (16)

Kontakt met de activiteiten van de local health authority elders in het gezondheidscentrum wordt ook als motief naar voren gebracht.

Het blijkt verder dat de eerste twee motieven de belangrijkste rol spelen en wat dat betreft is er dan veel overeenkomst met wat gold voor de eerste Nederlandse huisartsen die in groepspraktijken en soms in gezondheidscentra wilden gaan werken. Ook hier speelde het motief: "bereiken van technische verbeteringen t.a.v. de praktijkvoering" een grote rol. (Zie N.H. Idee No.1.)

19. Evaluatie.

Er zijn enkele instituten die sinds 1973 bezig zijn aan een beoordeling van gezondheidscentra, o.a. "The health services research unit at Canterbury", Universiteit van Kent, maar die hadden april 1974 nog niet gerapporteerd.

Er bestaan twee kleine en praktisch onbruikbare pogingen, (6) (7) waar verder iedereen naar verwijst.

De behoefte aan een methodische beoordeling komt vooral van beleids- en onderwijsinstellingen. De werkers in de gezondheidscentra zelf vertonen weinig interesse.

IV. KONKLUSIES.

20. Verhouding groepspraktijk - gezondheidscentrum.

Een "group practice" is een groep huisartsen met hulppersoneel, een "health centre" is een gebouw.

Binnen één gezondheidscentrum werken vaak verschillende groepen huisartsen met hulppersoneel, ieder met zijn eigen benadering van de patiënten en hun zorgen. De werkwijze binnen een aparte groepspraktijk met veel hulppersoneel is wezenlijk dezelfde als die in een gezondheidscentrum is gevestigd. "In many instances health centres differ little, except in administration details, from large group practices making extensive use of auxiliary services, and it therefore seems that there is a very real danger of perpetuating the existing pattern of primary care under a different name". (45)

Het deel van een gezondheidscentrum van de local health authority leidt een eigen bestaan.

De huisartsen worden in beide gevallen volgens hetzelfde uitgekende betalings-systeem betaald. De "group practice allowance" is voor huisartsen in gezondheidscentra niet groter, er is geen nieuwe post voor overleg, studie, organisatie e.d. De verhouding tot de patiënten is dezelfde, de gebruikers zien in een gezondheidscentrum ook niet iets anders dan een beter uitgeruste groepspraktijk.

Geen wezenlijke verschillen, maar wel verschillen. De gezondheidscentra zijn nieuwer; een groepspraktijk die naar een gezondheidscentrum verhuist, begint wel niet met een schone lei, maar een nieuwe werkplaats werkt toch op de verbeelding.

In gezondheidscentra werken verder vaak meer mensen dan in een groepspraktijk-gebouw. Meer mensen betekent nieuwe mogelijkheden voor taakverdeling en overleg, ook zijn zaken als Röntgen- en E.C.G.-apparatuur eerder rendabel te maken. De aanwezigheid van de local health authority in het gebouw, het huurkontraat met de local health authority is een uitdaging en een bedreiging, die de groep huisartsen in gezondheidscentra ondergaan, eventueel over zich heen laten gaan. Dit kan zowel enige selectie als andere ontwikkelingsmogelijkheden betekenen.

21. De breedte van het pakket aangeboden diensten.

Men kan de vraag stellen: voor welk deel van zijn bestaan mag iemand verwachten dat de werkers in een centrum er voor zullen openstaan? Dit moet zich dan weer spiegelen in de samenstelling van de bemanning, vooral het al of niet meewerken van maatschappelijk werkers en hun plaats en werkwijze.

In de gezondheidscentra zijn geen zogenaamde "geestelijke-gezondheidszorg"-voorzieningen opgenomen. Maatschappelijk werkers in gezondheidscentra, als ze al aanwezig zijn, krijgen dus een deel van de druk die daar het gevolg van is op hun schouders.

Het maatschappelijk werk in gezondheidscentra is echter uitdrukkelijk medisch maatschappelijk werk, geen algemeen maatschappelijk werk, geen opbouwwerk.

Het aantal maatschappelijk werkers in gezondheidscentra is opvallend klein, mensen komen doorgaans op verwijzing, ze werken alleen met namen uit de praktijk van de betreffende huisarts(en). In het geheel van het samenwerkingsverband is een eigen inbreng van de werksoort maatschappelijk werk nauwelijks terug te vinden.

Een ontwikkeling, al is het slechts ten dele in de richting van een welzijnscentrum, is dus niet te bespeuren.

22. Nieuwe dimensies ten aanzien van het werk.

De inhoud, de zin van beroepshulp verlopen soms als die niet stelselmatig worden bewaakt. Onderzoek, vragen over de doelstelling, beoordeling, inspraak enz. kunnen stimulerend werken. Stelt men zich daar voor open, dan werkt dit in het algemeen kwaliteitsverbeterend. Veel was hierover in de geraadpleegde literatuur niet te vinden.

De scheiding tussen privé-leven en werk: de onderlinge verhoudingen tussen de werkers, de persoonlijke ontwikkeling van de werker en zijn werksituatie e.d. komen weinig ter sprake.

Specialisatie en lange opleiding blijft gekoppeld aan een hogere honorering en macht over anderen, in deze bedrijfstak versterkt door een aantal specifieke factoren.

Taakopdeling betekent ook hier dat iemand in het algemeen liever niet dat werk doet dat ook door een goedkopere werker gedaan kan worden. Taakverbreding geeft een betere ontplooiing van de werkers en meer samenhang. In de spanning tussen taakopdeling en taakverbreding overweegt hier de opdeling.

Er is geen wederkerigheid in de band tussen werkers en mensen: de werkers kijken niet verder dan hun onmiddellijke behoeften, voelen geen medeverantwoordelijkheid voor de levensomstandigheden van de mensen. De mensen laten de zorg als consumenten over zich heen komen: geestloos, vervreemd en onmondig.

- (1) Methods of evaluating health centres. Rao e.a.
Brit.J. Prev. Soc. Med., 26, '72, 46-52
Niet aangehaald, want gaat over gezondheidscentra in India.
- (2) A review of thirteen health centres in Scotland. Thomson W., Pract., '71, Vol. 206, 538 - 45
- (3) "Dawson Report 1920". Report in the future provision of medical and allude services. H.M. Stationary Office London.
- (4) Todd Report ('68). Royal Commission on medical education H.M.S.O.
- (5) Present state and future needs of general practice,
3 rd. ed., march '73, JRCGP.
- (6) Health centres and excellend medicine, a patient survey.
Millar, D.G. JRCGP, dec. '72, Vol. 22, No. 125, 866-74.
- (7) An evaluation of health centra practice. Dixon, P.N. JRCGP Vol. 21,
No. 111, okt. '71, 574 - 9.
- (8) De huisartsgeneeskunde in Schotland. Kosy, S. van der, Huisarts en
Wetenschap, 16, '73 - 374.
- (9) The district nurse as health educator. Nursing Times 13 - 9 '73, 1187.
- (10) Sighthill - The evolution of a health centre. Dean, R.M. JRCGP, 22, '72, 161
- (11) The nurses'role in health centra planning. Audrey Verley, Nursing Times
'73, 904.
- (12) Health centres, a design guide.
Dep. of health and social security, 1970, H.M.S.O.; London.
- (13) Surgical procedures in a health centra. Eric Bloomfield. Nursing Times,
'73 - 299.
- (14) The general practitioner and the family health-team. Izzard.
Nursing Times, '72, 572 - 4.
- (15) Health centres. Thomson, W. Nursing Times '71, 101 - 5.
Nergens speciaal aangehaald, alleen gebruikt voor controle van
mijn beeld van gezondheidscentra.
- (16) Nursing attachment to general practice. Nursing Times '71, 838.
- (17) A new breed from the statutory body. Maureen Lennon, Nursing Times '70 of '71.
- (18) The health centre nurse. Dixon, P.N. Nursing Times '70, 399 - 400.
- (19) The nurse and the primary contact. June Clarke. Nursing Times '71, 1546 - 7.
- (20) Careers in nursing - Key Figure of the future: the health visitor,
Helen Mc.Carrick. Nursing Times '71, 1243.
- (21) Glasgow's bid for better health, Una Duncan, Nursing Times 14 - 2, '74.

- (22) Memorandum to the department of health and social security working party, British ass. of soc.workers working party on social work support for the health service, 1974. Social work to-day 583 - 5.
- (23) Organisation of group practice. Dep. of health and social security. Welsh office H.M.S.O. London '71.
- (24) Prospects for social work in general practice. Harwin, B-G e.a. The lancet 12-9-'70, 559-61. Bespreking in "Social work to-day".
- (25) Social work in general practice. Goldberg, E.M. e.a., Nat.Inst.Soc.Serv. Library '72.
- (26) Bespreking in "Social work to-day"; Social work and medical Practice. Herschel Prins e.a.
- (27) Social work in general practice: The Derby scheme. Cooper, B. The lancet 13-3-'71.
- (28) Group practice premises in a modern office block, Conway, J.F. Pract. '70, 205, 361 - 8.
- (29) Nursing attachments to general practice. Study no. 1 of the soc.sci.res.u.of the min. of health and soc.sec. H.M.S.O. Bespreking in Pract. '70, 203 - 3.
- (30) Dentists in health centres. Lancet '70 I 151.
- (31) Health visitors. Lancet '71 I 151.
- (32) Horizons in teamwork. Practitioner 206, '71, 801 - 6.
- (33) What is social case-work? pract. '72, 208, 801 - 6.
- (34) When is a health centre not a health centre? Pract. dec. '73, 211, 753 - 62.
- (35) Annual report of the dep. of health and soc. sec. '70, HMSO.
- (36) Today's health centres. The directory of British health centres. Published by King Centre. Not for sale. Compiled by Curwen, M.P. and B. Brookes. Comment by H.S. Bury in Medical World nov. '71.
- (37) General Practitioners observed - a study of personality, intellectual factors and group behaviour. Byrne, S.P. e.a. Brit, J. Medical educ.'70, Vol. 4, 176.
- (38) The natural history of a health centre. 1 Lloyd, P.L. Update '72 Vol 4, No. 5, 642 - 5.
- (39) Id. 2 Update 1-4-1972, Vol. 4, 843.
- (40) Id. 3 Update 15-4-1972, Vol. 4, 1013.
- (41) Id. 5 Update 1-6-1972, Vol. 4, 1365.
- (42) Preparing for a health centre. Teaching students and trainers Norett, J.S. Update Vol. 7, No. 7, 771 - 8, oktober 1973.
- (43) Id. Clinical roles. Update, Vol 6, No.11, june '73, 1615 - 22.

- (44) Annual reports from general practice '71. Craigshill health centre.
Update Vol. 6, No.6, April '73, 1183.
- (45) Recent developments in general practice: health centres an evaluation of
past and present development. Clarke, M. Update Nov. '72, 1185.
- (46) Segregated health care, the origins and design of health centres,
B.Brooks, Built Environment, oktober 1973.
- (47) Health Centres and the Hospital. W. Thomson, Health Bulletin 27 - 1969.

