

wordt steeds weer opnieuw opge-
maakt, de chaise-longue blijft voor de
drang tot samenwerking een belang-
rijke uitingsmogelijkheid.

*Summary. Collaboration in a team;
itinerary through a rugged landscape.
Developments in collaboration within a
team for district health care in Rotter-
dam-Ommoord through the past five
years are analysed. Four developmental
stages in team formation are further
defined.
It has proved to be very difficult to*

*attain the final stage of collaboration,
regarded as ideal, or maintain it for a
considerable time. There seemed to be a
spiral movement in the collaborative
situation within the team. The further
the objective is removed from the con-
ventional professional practice of the
various team members, the more colla-
boration can be impeded. An outline is
given of the various factors which make
the group a group, and of the various
problems which the group and its in-
dividual members encounter. Relational
problems in particular can obstruct the
formation of a well-knit team. Several
possible role conflicts are discussed. At-*

*tention is focused on the four types of
activity which jointly form the back-
bone of first-line health care: general
practice medicine, physiotherapy, social
work and district nursing.*

Blom, J. en J. C. van Es (1972) huisarts
en wetenschap 15, 325-341.

Hollander, H., J. F. van Ravenzwaay en
W. A. C. Whitlau (1973) huisarts en
wetenschap 16, 1-10 en 365-372.

Lamberts, H. (1972) huisarts en weten-
schap 15, 369-383.

Thelen, H. A. Dynamics of groups at
work. Univ. of Chicago, 1968.

Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (I)

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN*, HUISARTS, DR. P. H. J. M. HEYDENDAEL**, PSYCHOLOOG
EN DRS. J. M. G. PERSOON**, SOCIOLOOG

INLEIDING

In Nijmegen functioneert sinds 1
oktober 1968 een groep, gevormd
door zes huisartsen***. Aan deze
vorm van samenwerking heeft de
groep reeds spoedig de naam
„pseudo-groepspraktijk” (P.G.P.), ge-
geven, omdat het hier geen echte
groepspraktijk betreft. Een essentieel
kenmerk van een groepspraktijk, een
gemeenschappelijk praktijkgebouw,
ontbreekt. De zes deelnemende huis-
artsen oefenen ieder vanuit hun eigen
woning hun praktijk uit; een van hen
heeft een gescheiden woon- en prak-
tijkhuis. De samenwerking bestaat uit
de volgende punten:

a. elke werkdag neemt een van
hen waar voor naboodschappen
(spoedverrichtingen) vanaf 14.00 uur
tot 23.00 uur;

b. in de weekends neemt een van
hen waar van zaterdagmorgen 7 uur
tot maandagmorgen 7.30 uur; dit
geldt ook voor feest- en gedenkdagen;

c. tijdens vakanties wordt door de

andere deelnemers waargenomen;
iedere deelnemer heeft recht op vijf
weken vakantie, in twee of meer ge-
deelten op te nemen, maximum drie
weken aaneen;

d. iedere deelnemer heeft het recht
een week vrij te nemen voor nascho-
lingsdoeleinden; in deze tijd nemen
de anderen voor hem waar;

e. tijdens ziekte, ongeval of afwe-
zigheid wegens andere dringende re-
denen, wordt eveneens door de ande-
re deelnemers waargenomen, zolang
deze afwezigheid niet langer dan een
maand duurt. Gaat deze periode lan-
ger dan een maand duren, dan heb-
ben de andere deelnemers het recht
een waarnemer aan te trekken, voor
wie de kosten ten laste komen van de
zieke of afwezige deelnemer. Indien
het niet mogelijk is een waarnemer
aan te stellen dan blijven de andere
deelnemers de praktijk waarnemen,
doch krijgen daarvoor een vergoe-
ding in overeenstemming met de
Maatschappijnormen.

De deelnemers hebben onderling
een contract gesloten, waarbij een en
ander nader is geregeld. Hierin is ook
de verplichting opgenomen dat ieder
voor maximale bedragen verzekerd
moet zijn tegen gevolgen van ziekte
en invaliditeit.

De deelnemers hebben ieder een

Samenvatting. Dit is het eerste van
een reeks artikelen over een samen-
werkingsvorm van zes huisartsen in een
grote stad, die pseudo-groepspraktijk
wordt genoemd. De huisartsen werken
ieder vanuit hun eigen (praktijk)huis. Bij
toerbeurt neemt ieder van hen elke
werkdag van 14.00 tot 23.00 uur waar,
terwijl ook in de weekends en vakanties,
bij ziekte en voor nascholingsdoeleinden
voor elkaar wordt waargenomen. Er
wordt een inleiding gegeven op de publi-
katie van de resultaten van multidiscipli-
naire onderzoekingen omtrent de effec-
ten van deze samenwerkingsvorm op de
patiënten, de huisartsen en hun echtge-
noten. De beide laatstgenoemden bleken
hierover zeer tevreden te zijn.

telefoon-antwoordapparaat dat zij in-
schakelen na 14.00 uur. Ieder heeft
een tweede lijn met een geheim num-
mer, via hetwelk de waarnemer hen
zododig kan trachten te bereiken.
Gezamenlijk maken zij gebruik van
een semafoon, die ter beschikking
staat van degene die dienst heeft.
Iedere deelnemer heeft zich verplicht
de dienstdoende huisarts op diens
verzoek te assisteren in gevallen van
overstelpende drukte en dergelijke.
Bevallingen vallen buiten de waarne-
mingsregelingen, maar men kan
onderling hierover een regeling tref-
fen. De deelnemers komen op een
vaste dag eenmaal per week geduren-

* Hoofd van het Nijmeegs Universi-
tair Huisartseninstituut

** Verbonden aan het Instituut voor
Sociale Geneeskunde te Nijmegen

*** De deelnemende artsen zijn Th. M.
Asberg, J. P. van Dam, W. F. de
Jong, S. L. A. M. van der Kolk,
H. A. Nolet en H. Wernik.

de twee uur samen voor een onderlinge bespreking van praktijk- en samenwerkingsproblemen.

Patiënten kunnen onderling van elkaar worden overgenomen in overeenstemming met de hiervoor algemeen geldende procedure, met inachtneming van een wachttijd van een half jaar wanneer deze patiënten in waarneming zijn gezien, tenzij in onderling overleg anders wordt beslist.

DOELSTELLINGEN

De doelstellingen die de deelnemers beogen zijn in de volgende punten samen te vatten:

1. Verlichting van het werk en de druk op het gezin. Voor slechts enkele spoedverrichtingen moest ieder van de zes huisartsen altijd bereikbaar zijn, hetgeen een zware druk legde op de zes gezinnen. Deze last bleek zeer goed bij toerbeurt door een van de zes op te vangen, waarbij de semafoon hem in staat stelde voortdurend bereikbaar te zijn. Hier zij reeds vermeld dat het aantal spoedverrichtingen per werkdag gemiddeld slechts ongeveer zes bleek te bedragen, gemiddeld vier visites en twee consulten, waarvan één telefonisch. De andere huisartsen kunnen nu in de middagen rustig hun praktijk afwerken zonder interrupties.

2. Ten gerieve van de patiënten direct — via telefoon en semafoon — gehoor te kunnen geven aan spoedboodschappen.

3. Continuïteit in waarnemingen tijdens weekends en vakanties, waarbij de waarnemer geen vreemde is voor de patiënten.

4. Het streven naar een goede praktijkvoering onder meer door geregeld en intensief onderling overleg.

5. Vanaf het begin heeft de mogelijkheid voor ogen gestaan tot een betere samenwerking met anderen te komen. Hierbij werd gedacht aan de mogelijkheid van het aantrekken van een maatschappelijk werker, verpleegkundige of verloskundige.

6. Een laatste doel dat uitdrukkelijk moet worden genoemd is de op-

vang van de praktijken van collegae huisartsen niet-deelnemers, die wegens ziekte of andere oorzaken een zekere tijd minder kunnen presteren.

GESCHIEDENIS

Het ontstaan van deze groep heeft een vrij lange voorgeschiedenis. Het plan is oorspronkelijk bij een van de deelnemers opgekomen, onvoldaan als hij was over zijn eigen weekendgroep. Hij heeft daarna een tweede deelnemer benaderd. In gezamenlijk overleg hebben zij een derde uitgekozen. Op deze wijze is de groep van zes langzamerhand bij elkaar gekozen en begonnen aan onderlinge besprekingen, aanvankelijk onregelmatig, later regelmatig. Reeds in een vroeg stadium werd met de schrijvers van deze reeks artikelen contact gezocht met de vraag of de te vormen P.G.P. door hen wetenschappelijk zou kunnen worden begeleid. Met name stond hierbij voorop een poging tot evaluatie van deze samenwerkingsvorm. De deelnemers gingen ervan uit dat dit beter door derden zou kunnen geschieden.

Wij, de aangezochten, hebben deze geboden gelegenheid gaarne aangegrepen, waarbij twee overwegingen voorop stonden. In de eerste plaats meenden wij dat deze P.G.P. een vorm van samenwerking was die mogelijk zou kunnen leiden tot een echte groepspraktijk; over groepspraktijken wordt in Nederland veel gedacht, gesproken en geschreven (zie bijvoorbeeld het Rapport Groepspraktijken van het N.H.I.), maar het is duidelijk dat de realisering hiervan slechts uiterst moeizaam tot stand komt. Aan de andere kant is in Nederland wel sprake van een duidelijke groepsvorming onder huisartsen. Deze groepen nemen allerlei vormen aan. Men kan in dit verband denken aan plaatselijke nascholings- en studiegroepen, aan weekendwaarnemingsgroepen en praktijkgroepen. Indien vanuit dergelijke groepen een overgang naar groepspraktijken zou kunnen plaatsvinden, leek het bijzonder nuttig een dergelijk proces van nabij te kunnen volgen door een

multidisciplinaire werkgroep. Mogelijk zouden wij factoren op het spoor kunnen komen die een dergelijk proces bevorderen of remmen.

In de tweede plaats is in Nederland tot nu toe betrekkelijk weinig gepubliceerd over evaluatie van groeps- of pseudogroepspraktijken. Met name is eigenlijk niets bekend over de mening van de Nederlandse patiënten over deze groepsvorming, terwijl dit toch een zeer belangrijk aspect is. Op dit ogenblik kennen wij over dit onderwerp slechts drie scripties, berustend op een poging tot onderzoek, van vier Nijmeegse medische studenten die in het kader van hun keuzevak een onderzoek deden bij patiënten van de groepspraktijk in Hoensbroek, een scriptie van enige deelnemers aan de basis cursus sociale geneeskunde te Utrecht, die een onderzoek instelden in Stolwijk, en een scriptie van vier studenten van de Vrije Universiteit die onder leiding van Drs. Hans van der Voort, androgoog, een onderzoek deden naar de „Visie van patiënten op (mogelijke) samenwerking van huisartsen”.

Na overleg en in samenwerking met de deelnemers van de P.G.P. zijn wij gekomen tot een schema voor het evalueren van de effecten van deze samenwerkingsvorm. Hierover zal in de volgende artikelen verslag worden gedaan. Het gaat hierbij over de volgende gegevens:

A. DE HUISARTSPRAKTIJKEN

1. De zes huisartsen zelf. In een zeer uitvoerige vragenlijst zijn hun verwachtingen ten aanzien van de P.G.P. bij de start vastgelegd. Twee jaar later is nagegaan in hoeverre aan deze verwachtingen is beantwoord.

2. Hetzelfde is geschied ten aanzien van hun echtgenoten.

3. Getracht is na te gaan of er attitudeveranderingen bij de deelnemende huisartsen zijn opgetreden. Daartoe zijn bij het begin van de P.G.P. een aantal schalen van de deelnemende huisartsen afgenomen, die een zekere maat geven ten aanzien van hun sociabiliteit. Dit is twee jaar later herhaald. Bovendien is door de psycholoog en de socioloog

een aantal van de wekelijkse bijeenkomsten van de huisartsen bijgewoond om observaties te doen betreffende de vorm en inhoud van de onderlinge communicatie.

4. Omtrent het ziekenfondsgedeelte van de zes praktijken is een vrij groot aantal gegevens vastgelegd en gevolgd. Dit was mogelijk door de bereidwillige medewerking van het ziekenfonds B.A.Z. te Nijmegen, waarbij het merendeel van de verzekerden uit de zes huisartspraktijken is aangesloten. Daarbij kunnen vergelijkingen worden gemaakt met twee controlegroepen van qua leeftijd, praktijkomvang en lokalisatie vergelijkbare huisartspraktijken. Hierbij is onder meer aandacht geschonken aan het aantal overschrijvingen, aan verwijzingen, ziekenhuisopnamen en kosten van het ziekenfonds voor diverse posten, waaronder met name de farmacotherapie.

B. DE SPOEDVERRICHTINGEN

Hiervan is aan de hand van formulieren een groot aantal gegevens vastgelegd, zoals tijdstip, aard van de verrichting, aard van de aandoening, de urgentie, gezien vanuit de patiënt en gezien vanuit de dienstdoende huisarts, leeftijd en geslacht van de patiënten, het al of niet behoefte gevoelen aan het (telefonisch) raadplegen van de eigen huisarts en het al of niet hierin slagen, eventueel verwijzingen en ziekenhuisopnamen. De gegevens over het eerste volle jaar omtrent deze punten zullen in een van de volgende artikelen worden gepresenteerd.

C. DE PATIËNTEN

Door een subsidie van de Ziekenfondsraad hiertoe in staat gesteld, hebben wij een enquête kunnen verrichten bij een grote aselechte steekproef (ongeveer 2000 volwassenen) uit de populatie van de zes huisartspraktijken. Van deze personen hebben wij verscheidene gegevens verkregen, die als volgt schematisch kunnen worden aangeduid:

1. de houding ten opzichte van de huisarts;

2. welke factoren bepalend zijn voor de keuze van een huisarts;
3. de mate van voorkeur voor de eigen huisarts in verband met de aard van de aandoening bij een aantal hypothetische spoedeisende gevallen;
4. de kennis van de bestaande regelingen binnen de P.G.P. en het al of niet zelf hebben aangevraagd van spoedverrichtingen;
5. de subjectieve beoordeling van deze P.G.P. door de patiënten.

Globale Oriënterende Gegevens

Na een half jaar is een tussentijdse evaluatie verricht door middel van een interview met man en vrouw bij drie van de zes huisartsen. Hieruit kwam een zeer positief beeld naar voren. De acceptatie door de patiënten was erg meegevallen. Negatieve geluiden waren nauwelijks vernomen en er was ook geen sprake van een toeneming van verandering van huisarts. In de bezochte gezinnen bleek een ongekende mate van vrijheid verkregen, die vooral door de echtgenoten werd ervaren. De druk om voortdurend aanwezig te moeten zijn voor bel of telefoon bleek weggefallen. De echtgenoten konden weer eens rustig boodschappen doen of uitgaan.

Een duidelijk winstpunt voor de echtgenoten was ook dat zij nu niet meer het gevoel hadden patiënten aan de deur of aan de telefoon te moeten „afschepen”, wanneer bijvoorbeeld hun man 's avonds naar een vergadering was. Zij behoefden nu zelf ook niet meer te beoordelen of het geval dringend genoeg was om hun man te moeten storen. Zij voelden zich minder een stootblok tussen de patiënten en hun echtgenoot.

De diensten waren zowel man als vrouw zeer meegevallen. De patiënten bleken geen boodschappen op te sparen tot na 23.00 uur, wanneer de eigen huisarts weer dienst had; hierbij dient te worden aangetekend dat dit tijdstip van 23.00 uur in de aankondigingsbrief aan de patiënten niet uitdrukkelijk is genoemd. Sommigen zouden voelen voor een uit-

breiding van de dienst tot en met de nacht, maar achtten dit psychologisch moeilijk ten opzichte van de patiënten.

Twee van de drie echtgenoten vertelden spontaan dat zij hun man veranderd vonden: hij had meer plezier in zijn werk, was rustiger en meer ontspannen, vooral ook in het contact met de eigen kinderen. De avonden waren wat dit betreft meer harmonisch en rustiger geworden. De derde echtgenote was duidelijk teleurgesteld door het feit dat zij haar man niet méér zag dan voor het begin van de P.G.P. Deze bleek de vrij gekomen tijd nu aan hobby's te besteden. Hij was veel actiever geworden in organisatorische en wetenschappelijke bezigheden buitenshuis. Hij was echter veel rustiger en minder gejaagd.

Een gezin was, door de P.G.P. daartoe in staat gesteld, buiten de stad gaan wonen, hetgeen dit gezin een grote mate van rust en vrijheid had gegeven.

Het enige in deze interviews naar voren gekomen nadeel bleek te zijn dat de huisartsen in de middag en avond minder goed bereikbaar waren voor collegae, specialisten, controlerende artsen en medische adviseurs van verzekeringsmaatschappijen. Een der huisartsen kreeg hierdoor minder keuringen voor verzekeringsmaatschappijen.

Alles bijeen vond men de eventuele nadelen van de P.G.P. in het niet vallen bij de voordelen. Een der deelnemers zou zelfs zonder de P.G.P. het huisartsberoep, mede onder druk van zijn gezin, vaarwel hebben gezegd. Nu was hij echter weer met hart en ziel huisarts.

Het wekt dan ook geen verwondering dat na een jaar, toen het oorspronkelijke contract afliep, werd besloten tot een verlenging met vijf jaar. Een echte groepspraktijk is er tot nu toe niet uit gegroeid. Daarvoor bleken de belemmeringen te groot. Met name zou een gemeenschappelijk praktijkhuis grote investeringen vragen, tegelijk met het renteloos worden van het kapitaal, geïnvesteerd in huizen en praktijkverbouwingen. Bo-

vendien lagen de praktijken hiertoe wat teveel verspreid over de stad. Wel heeft men serieus overwogen en ook pogingen daartoe ondernomen een nauwe samenwerking met een verloskundige aan te gaan. Hierin is men echter tot nu toe niet geslaagd.

De onderlinge besprekingen, die aanvankelijk vooral op organisatorische zaken waren gericht, zijn zich geleidelijk meer gaan uitbreiden tot medische en farmacotherapeutische aangelegenheden. De deelnemers zijn tot een hechte groep gegroeid en ook

de verstandhouding van de echtgenoten onderling is uitstekend. Alles bijeen meent men dat de voordelen, behaald met de P.G.P., zo groot zijn, dat er weinig stimulantia meer over zijn voor een verdere uitbreiding of intensivering van de samenwerking.

Summary. Investigations concerning a pseudo-group practice. I. This is the first of a series of articles on a number of investigations concerning a form of collaboration of six general practitioners in a large city, which is called pseudo-group practice. Each works from his own surgery/residence, each in turn

taking weekday duties from 14.00 to 23.00 hrs; during weekends and holidays, in case of illness and for refresher courses, duties are also taken over. An introduction is presented to the publication of the results of multidisciplinary studies of the effects of this form of collaboration on the patients, the practitioners and their wives. The practitioners and their wives proved to be satisfied with the situation.

Widt, R. H. de. Groepspraktijken. De organisatie, financiering en bouw van groepspraktijken en medische centra in Nederland. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1971.

Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (II)

DOOR DR. P. H. J. M. HEYDENDAEL*, PSYCHOLOOG, PROF. DR. F. J. A. HUYGEN**, HUISARTS
EN DRS. J. M. G. PERSOON*, SOCIOLOOG

DE HUISARTSEN EN HUN ECHTGENOTEN

Wij hebben tijdens de beginperiode van de pseudo-groepspraktijk (P.G.P.) eind 1968 en begin 1969 acht wekelijkse bijeenkomsten van de zes huisartsen bijgewoond. Daarna hebben wij met drie echtgenoten uitvoerig gesproken en hebben wij frequent bijeenkomsten gehouden met de betrokken huisartsen. Uit al deze informatiebronnen is het mogelijk een aantal zaken betreffende de betrokkenen wat verder uit te werken. Het resultaat hiervan draagt uiteraard een globaal karakter vanwege de beperktheid van de waarnemingen. Illustratief voor het samengaan van huisartsen is het overigens zeker wel. In het eerste artikel van deze reeks is reeds aandacht geschonken aan een aantal meningen van de zes huisartsen en van hun echtgenoten. Een verdere uitwerking volgt hieronder.

Aan de huisartsen en hun echtgenoten is vlak na het begin van de pseudo-groepspraktijk, eind 1968, en twee jaar later, eind 1970, een aantal

vragenlijsten voorgelegd. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet in het oog worden gehouden dat de zes betrokken huisartsen en hun echtgenoten niet als een steekproef kunnen worden beschouwd. Evenmin hebben wij de hierna beschreven uitspraken getoetst aan een of meer controlegroepen. Het is dus denkbaar dat een aantal meningen veranderd is zonder dat er sprake is van een samenhang met het functioneren van de pseudo-groepspraktijk.

Teneinde een redelijk betrouwbare indruk te krijgen van de veranderingen die zich tussen 1968 en 1970 hebben voorgedaan, hebben wij alleen de meest uitgesproken verschillen genomen: op een 5-puntschaal is dit een gemiddeld verschil van tenminste 1 punt, op een 7-puntsschaal van tenminste 2 punten. In de bijlagen zijn, voor zover nodig, de volledige gegevens van de schalen opgenomen. In de tekst worden alleen de meest sprekende beschreven en zonodig van commentaar voorzien.

1. OPVATTINGEN OVER HET WERK VAN DE HUISARTS

In de opvattingen over het werk van de huisarts (*bijlage I*) is een aantal veranderingen opgetreden.

Samenvatting. De zes huisartsen van de pseudo-groepspraktijk te Nijmegen zijn zowel bij het begin, in 1968, als twee jaar later drie dezelfde vragenlijsten ter beantwoording aangeboden. Aan hun echtgenoten is op dezelfde tijdstippen één lijst voorgelegd. De vragen hadden betrekking op het werk van de huisarts, op enkele attitudes met betrekking tot contacten met de ander en op verwachtingen met betrekking tot het gezinsleven. Belangrijke verschillen in beantwoording tussen de eerste en de tweede keer zijn als uitgangspunt genomen voor dit artikel. De uitkomsten moeten vooral als illustratief worden gezien voor deze samenwerkingsvorm.

Uit de geconstateerde verschillen wordt geconcludeerd dat het besef van eigen verantwoordelijkheid van de betrokken huisartsen lijkt te zijn toegenomen en dat zij zich wat vrijer opstellen ten aanzien van hun beroepsuitoefening. Verder wordt geconstateerd dat de zes huisartsen wel willen samenwerken maar tegelijk toch een zekere eigenheid willen blijven houden. Tenslotte wordt vastgesteld dat zowel de huisartsen als hun echtgenoten meer positieve veranderingen hadden verwacht in het gezinsleven dan is uitgekomen, maar dat er aan de andere kant in het werk als huisarts meer positieve veranderingen zijn opgetreden dan werd verwacht. Al met al blijkt deze vorm van samenwerking als een gelukkige te worden ervaren.

* Verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen.

** Hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut.