

zien. Iemand die het verzetten van werk het meest ter harte gaat, kan dat ergeren. Het is belangrijk voor dergelijke verschillen van instelling oog te hebben en te beseffen dat zij elk voor zich even geldig en zinvol zijn.

Andere modellen.

In deze bijdrage hebben wij drie modellen de revue laten passeren, waarmede een aantal proble-

men dat zich bij groepspraktijken kan voordoen, bespreekbaar en hanteerbaar kan worden gemaakt. Uiteraard zijn er veel meer. Aan ons derde en laatste artikel in deze reeks wordt een lijst toegevoegd van literatuur waar men die andere kan vinden. Centraal staat in het slotartikel de vraag voor welke problemen huisartsen die een groepspraktijk ingaan zich in grote lijnen zien gesteld, en hoe men als individu en als groep zijn vermogen tot probleemoplossing kan vergroten.

Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk

DOOR C. P. BRUINS, K. H. NOORDHOFF EN W. VERDENIUS, HUISARTSEN TE GRONINGEN*

Als een der voordelen van het werken in groepspraktijken wordt vaak genoemd de mogelijkheid tot intensief onderling overleg tussen de partners in situaties, waarin één hunner moeite heeft met het stellen van de diagnose of met het bepalen van het behandelingsbeleid. Teneinde dit door ons in onze samenwerking duidelijk aangevoelde en ervaren voordeel in concrete gegevens vast te leggen, hebben wij in de periode van maart tot en met november 1970 gegevens geregistreerd over onze onderlinge consultaties. Bij deze registratie zijn — om het begrip onderlinge consultatie duidelijk te markeren — buiten beschouwing gelaten de „coffeetalks” en andere nuttige maar moeilijk registreerbare vormen van beroepsmatig contact in een groepspraktijk. Ook zijn buiten beschouwing gelaten probleemsituaties met een overwegend psycho-sociaal aspect; aan dit soort problemen werden afzonderlijke groepsbesprekingen gewijd met de consulent-maatschappelijk werker. De registratie bepaalde en beperkte zich tot die situaties, waarin een van ons, in dubio, terstond en ter plaatse een van de partners kon verzoeken zich te verdiepen in de patiënt en diens problemen, er zijn oordeel over te geven en zodoende bij te dragen tot de besluitvorming.

Vormgeving aan de gang van zaken bij deze dan als zeer doelbewust aan te merken onderlinge consultatie was, dat de behandelende arts zich in verbinding stelde met de partner zijner keuze en consult verzocht. Deze aanvraag werd begeleid met een formulier (rubriek I). De consulent overlegde, nadat hij de betrokken patiënt had gesproken en onderzocht, met de behandelende arts, waarna deze

Samenvatting. Er wordt een experiment beschreven, waarbij de gevolgen van onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk werden geregistreerd. Het bleek dat in eenderde van de gevallen de consultatie tot een duidelijke beleidswijziging van de consultvragende arts leidde, over het algemeen resulterend in een minder „agressief” beleid.

Er zijn bescheiden aanwijzingen, dat de keuze van consulent samenhangt met het vakgebied, waarbinnen het probleem zich voordoet. In het algemeen worden de consulten door de deelnemende artsen positief gewaardeerd. Het „moral support”-aspect van een consult lijkt zeker even belangrijk als de „materiële” inhoud ervan.

Het lijkt mogelijk, om op grond van de genoemde waardering van consulten door de betrokken artsen, aanwijzingen te krijgen over het groepsdynamisch proces, die misschien gebruikt kunnen worden voor de ontwikkeling en beïnvloeding van dat proces.

Consultatie lijkt een waardevol hulpmiddel in (groeps-)praktijken; verder onderzoek, met name naar de waarde van consulten voor de patiënten, lijkt gerechtvaardigd.

laatste rubriek II van het drievoudige formulier invulde. De geconsulteerde arts schreef zijn inzichten neer — onafhankelijk van die van de consult gevraagd hebbende collega — in rubriek III van het formulier (*Bijlage*). De genummerde onderdelen van elk formulier werden in een bak gedeponereerd en na afloop van de registratieperiode bij elkaar gezocht. Op deze wijze werden 35 consulten geregistreerd.

Het bleek dat zestienmaal twijfel omtrent de diagnose reden was geweest tot aanvraag van een consult, veertienmaal twijfel over het te volgen beleid en in vijf gevallen een combinatie van deze

* Destijds werkzaam in de groepspraktijk van de afdeling Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Groningen, directeur Prof. Dr. K. J. van Deen.

redenen. In totaal vond tengevolge van deze onderlinge consultatie twaalfmaal verandering plaats van beleidscategorie, (zie bijlage, Ic en Iib) ergo in een derde der gevallen. Negenmaal kwam het voor dat een consult aanvullingen opleverde voor de beleidskeuze zonder dat dit leidde tot verandering van categorie — bijvoorbeeld uitbreiding van een voorgenomen onderzoekprogramma, wijziging in de geplande behandeling of verwijzing naar een andere specialist. In vier gevallen lag verder onderzoek reeds in het voornemen van de consult vragende arts ten tijde dat hij zijn consulent raadpleegde; in een van deze vier gevallen werd het voornemen na consultatie gewijzigd in het aannemen van een af-

wachtende houding. Eveneens vond eenmaal wijziging plaats in een verwijzing.

„Behandeling” stond elfmaal op het oorspronkelijke programma van de twijfelende arts. In twee van deze gevallen werd na consult besloten tot het aannemen van een afwachtende houding. „Verwijzing” was in zestien gevallen het voornemen van de behandelende arts, welk voornemen na consult viermaal werd gewijzigd in een behandeling. In vier gevallen had de consult vragende arts „geen enkele suggestie”; in deze gevallen werd tweemaal besloten tot afwachten, eenmaal tot behandeling en eenmaal tot verwijzing.

* * *

Bijlage

Nr.

Naam patiënt:

Adres:

I Voor het consult

- a. diagnose:
- b. reden consult-aanvraag: 1. diagnostische twijfel
2. beleidstwijfel
3. andere reden
- c. hoe zou de handelwijze zijn geweest indien geen consult had plaats gevonden? 1. verder onderzoek
2. behandeling
3. verwijzing
4.

II Na het consult

- a. diagnose:
- b. handelwijze na het consult: 1. verder onderzoek
2. behandeling
3. verwijzing
4.
- c. wijziging c.q. aanvulling ten gevolge van het consult: 1. ja
2. nee
- d. indien ja: 1. diagnose
2. beleid
3. verwijzen
4. andere reden
- toelichting:
- e. persoonlijke satisfactie door het consult: 1. beleefd als zinvol
2. beleefd als matig zinvol
3. beleefd als niet zinvol

afscheuren

III In te vullen door consulent

- a. ervaart de reden tot consultaanvraag ook als een probleem ja/nee
- b. heeft zelf de volgende mening over diagnose; over wenselijkheid van 1. verder onderzoek
2. behandeling
3. verwijzing
4.
- c. ervaart de consultaanvraag als een belasting* ja/nee

* Deze vraag betreft de mate waarin, vooral qua tijdsinvestering, het consult zowel voor consulent als voor aanvrager een belasting vormt en diengevolge hun satisfactie zou kunnen beïnvloeden.

Het aantal consulten is te klein om een gedetailleerde indeling te rechtvaardigen naar de aard van de problematiek. Bij indeling van deze problemen tekenden zich voor ons enigermate deze trends af, dat A en B veel consulten vroegen op dermatologisch gebied en C daarbij vaak als consulent optrad, dat A en C consulten vroegen op chirurgisch gebied, waarbij A evenwel ook dikwijls als consulent optrad en dat A menigmaal werd geraadpleegd op intern gebied.

In 8 van de 35 gevallen beoordeelde de consultvrager het consult als „matig zinvol”. In hoeverre er in dit opzicht verschil was met als „zinvol” ervaren consulten, is naar voren gekomen, dat aanvullingen relatief even vaak voorkwamen bij zowel de als zinvolle als bij de als matig zinvol ervaren consulten (tabel 1). Het bleek voor de satisfactie van de consultvrager evenmin verschil te maken of de consulent het probleem als zodanig had erkend of niet. Wel werd de indruk verkregen dat consulten, die als zinvol werden beleefd, relatief wat vaker tot categoriewijziging aanleiding hebben gegeven, doch dit verschil is niet significant.

Tabel 1 De samenhang tussen satisfactie enerzijds en het al dan niet voorkomen van aanvullingen, categoriewijzigingen en probleemherkenning anderzijds.

	aanvullingen		categoriewijzigingen		probleemherkenning	
	+	—	+	—	+	—
Zinvol	7	20	11	16	21	6
Matig zinvol ..	2	6	1	7	6	2

Uit verscheidene tabellen, welke wij op grond van de tijdens de registratie-periode verkregen gegevens hebben kunnen opstellen — over verdeling van de consulenten over de vakgebieden, samenhang tussen probleemherkenning enerzijds en het al dan niet voorkomen van aanvullingen, enzovoort — meenden wij de conclusie te mogen trekken dat dit soort registratie en de verwerking daarvan bepaalde trends in een groep zichtbaar kunnen maken, welke trends men zich, al bladerend in de eigen memorie,

niet of onvoldoende realiseert. Deze trends kunnen wellicht dienen als katalysator om onbewuste weerstanden of negatieve gevoelens tussen de groepsleden aan de orde te stellen of andere groepsdynamische fenomenen zichtbaar te maken. Ook lijkt het mogelijk met behulp van registratieperioden ontwikkelingen en verschuivingen binnen de groep te signaleren en ter discussie te stellen. Vooral ten behoeve van dit laatste, de interne discussie in de groep, kan dit soort registratiegegevens naar onze mening een vruchtbaar hulpmiddel of uitgangspunt zijn. Daarnaast zou men ook, de uitkomsten als een gegeven aanvaardend, efficiënter gebruik kunnen gaan maken van die „rolverdelingen”, die goed blijken te functioneren. Dit inzicht steunt dan mede op onze ervaring dat de consulten in het algemeen door de deelnemende artsen positief werden gewaardeerd.

Summary. Consultation between partners in a group practice. An experiment is described in which the consequences of consultation between partners in a group practice were recorded. Findings show that in one-third of cases the consultation led to a distinct change in the policy of the consulting physician, generally resulting in a less „aggressive” approach.

There are modest indications that the choice of consultant is related to the professional field in which the problem occurs. Participating physicians generally assessed the consultations as positive. The moral support aspect of the consultation seems at least as important as its actual contents.

It seems possible, on the basis of the recorded appreciation of consultations by the physicians involved, to obtain indications concerning the group-dynamic process which can perhaps be of use in developing and controlling this process.

Consultation would seem to be a valuable aid in (group) practices; further investigation, specifically into the value of consultations for the patients, seems justified.

De huisartsgeneeskunde in Schotland

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

Here 's tae us
Wha 's like us
Damn few
And they 're deid

Oriëntatie in het buitenland. Bij de gedachtvorming over de toekomstige structuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt gewoonlijk veel aandacht besteed aan de functie van de huisarts. Vaak acht men de positie van de huisarts in gevaar, maar men is ervan overtuigd dat huisartsen een onmisbaar element van de gezondheidszorg vormen. Wel zal aan de huisartsgeneeskunde het nodige moeten veranderen. De huisartsen zullen meer oog moeten krijgen voor de psycho-sociale factoren bij ziekte, meer aandacht moeten geven aan preventie en meer met andere disciplines gaan samenwerken; om dit te bereiken zal de opleiding van de huisarts moeten worden verbeterd en de huisartsen zullen in teamverband moeten gaan werken. Soms stelt men dat de huisarts als één van de leden van een „welzijnszorgteam” dient te gaan functioneren.

Met de opleiding tot huisarts is in Nederland een bescheiden begin gemaakt, maar met de verandering van de werkstructuur wil het nog niet erg lukken. In tegenstelling tot de veelheid van theoretische beschouwingen staat het kleine aantal „gezondheidscentra”, waarvan een deel als experiment is opgezet met behulp van speciale subsidies. Ondanks de interessante gegevens welke deze exper-

Samenvatting. Naar aanleiding van een studie-reis in Schotland worden onder meer de organisatie van de Schotse gezondheidszorg, de toekomstige reorganisatie, de filosofie van de Schotten over de taak van de huisarts in de gezondheidszorg en enige bezochte gezondheidscentra beschreven. Tussen sommige aspecten van de Schotse en Nederlandse gezondheidszorg wordt een vergelijking gemaakt. Hoewel de Schotten minder dan in Nederland spreken over de noodzaak de eerstelijnsgezondheidszorg in teams uit te oefenen en terwijl zij de huisarts nog een centrale plaats in de wijkgezondheidszorg toekennen, is men in Schotland duidelijk verder gevorderd met de totstandkoming van gezondheidscentra, interdisciplinaire en transmurale samenwerking. Enige mogelijke oorzaken hiervoor worden aangegeven.

imenten opleveren, bestaat het risico dat dergelijke gezondheidscentra alleen in bijzondere omstandigheden „haalbaar” blijken, zodat in feite het ontstaan van nieuwe structuren in de gezondheidszorg nadelig wordt beïnvloed. Het valt te betreuren dat ondanks de positieve uitspraken van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.), van de ziekenfondsen en van de overheid zo weinig zichtbare