

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.

Deze maken overigens het kleinste deel uit van de 65 uitspraken welke wij aan de zes huisartsen tweemaal hebben voorgelegd. In totaal bleken 15 meningen een duidelijke verschuiving te hebben ondergaan.

De samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker (uitspraak 17) wordt in 1968, dus aan het begin van de P.G.P., nog erg belangrijk gevonden om tot een betere beroepsuitoefening te komen. Twee jaar later acht men een samenwerking om deze reden nog nauwelijks relevant. Wanneer men dit verschil overdenkt, is deze uitkomst van veel betekenis (zie ook uitspraak 48). Immers omtrent het begin van de P.G.P. en daarna is de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker ruim in de belangstelling komen te staan (*Vlamings*). Een verklaring zou kunnen zijn dat de huisartsen meer taken, welke zij vroeger aan een maatschappelijk werker toedachten, thans tot de hunne rekenen. Een aanwijzing hiervoor zien wij in de grotere nadruk die de betrokkenen bij hun werk willen leggen op psycho-sociale aspecten van ziek-zijn (uitspraak 45). Zij hechten de tweede keer echter ook meer belang aan een goede pediatische en chirurgische opleiding (uitspraak 38). Men zou daarom uit deze verschillen misschien eerder mogen afleiden, dat de huisartsen door hun onderlinge samenwerking minder behoefte hebben gekregen aan samenwerking met anderen.

Bij de vergelijking van de uitkomsten valt verder op dat zij minder waarde hechten aan onafhankelijkheid van de beroepsuitoefening en dat zij de ziekenfondsen als minder bedreigend zijn gaan zien. Dit laatste kan mogelijk mede worden verklaard door de nawerking van het conflict tussen L.H.V. en ziekenfondsen in 1968. Het alléén moeten nemen van belangrijke beslissingen en de inherentie van continue beschikbaarheid aan het huisartsberoep zijn zwaarder gaan tellen.

Het is opmerkelijk te constateren dat de vaak aangehaalde overbelasting van de huisarts door de zes

*Bijlage I. Gemiddelde scores van de huisartsen van de pseudo-groepspraktijk op een vragenlijst over aspecten van het werk van de huisarts, in 1968 en 1970 afgenomen\**

	Eerste keer (1968)	Tweede keer (1970)
17. De samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkers is voor de huisarts een belangrijke voorwaarde om tot een betere beroepsuitoefening te komen.	+ 2	— 0.3
36. Het huisartsberoep is vooral aantrekkelijk omdat de huisarts de gehele gezinssituatie in de beoordeling van zijn patiënten kan betrekken.	+ 2	+ 1.8
19. De huisarts dient over dezelfde vrije tijd te kunnen beschikken als beoefenaars van andere vergelijkbare dienstverlenende beroepen.	+ 1.8	+ 1.5
44. Het dagelijks visite-rijden door de huisarts zou tot een minimum moeten worden beperkt; de huisarts zou de nadruk moeten leggen op het spreekuur.	+ 1.8	+ 1.5
54. De mogelijkheden van de huisarts zouden beter tot hun recht komen indien de huisarts in een of andere vorm in een groepspraktijk zou werken.	+ 1.8	+ 1.5
1. Buitentijdse boodschappen behoren nu eenmaal tot het werk van de huisarts.	+ 1.5	+ 1.8
4. De meeste huisartsen zijn tegenwoordig overbelast.	+ 1.5	+ 0.3
27. De aantrekkelijkheid van het beroep huisarts is vooral gelegen in het feit, dat hij door de patiënten wordt beschouwd als iemand bij wie zij met al hun moeilijkheden terecht kunnen.	+ 1.5	+ 1.5
55. De meeste huisartsen zijn door overbelasting niet in staat voldoende tijd aan hun patiënten te geven.	+ 1.5	+ 0.8
66. Als zijn gezin eronder lijdt kan de huisarts beter een betrekking in dienstverband aangaan.	+ 1.5	+ 0.8
58. Door het feit dat de huisarts in belangrijke mate financiële zekerheid bezit door het bestaande abonnementensysteem, wordt hij in staat gesteld alle aandacht te geven aan zijn eigenlijke medische werk.	+ 1.3	+ 1.3
12. De huisarts is nooit zeker van zijn tijd.	+ 1	+ 1
31. De onafhankelijkheid van de huisarts is de belangrijkste voorwaarde om het beroep van huisarts op een juiste manier te kunnen uitoefenen.	+ 1	+ 0
24. De belasting van de meeste huisartsen zou aanzienlijk kunnen worden verminderd door een nauwe samenwerking met de wijkverpleegster.	+ 0.8	+ 1.3
39. Het feit dat de oudedagsvoorziening voor de huisarts door de huisarts zelf moet worden geregeld, maakt het risico van het beroep groot.	+ 0.8	+ 0.8
40. Het is voor een huisarts met een drukke praktijk onmogelijk om voor iedere patiënt tijd uit te trekken om over problemen buiten diens onmiddellijke klachten te praten.	+ 0.8	+ 1.5
49. Voor een optimale inspanning door de huisarts is de huidige vorm van het vrije beroep onontbeerlijk.	+ 0.8	— 0.8
59. Het werk van de huisarts vertoont een sterk routinematig karakter.	+ 0.8	+ 0.3
60. Het kiezen van het beroep van huisarts betekent afzien van verdere promoties of carrière in de loopbaan als arts.	+ 0.8	+ 0.3
3. Wenselijk zou zijn dat de praktijkruimte van de huisarts niet gekoppeld is aan zijn woonhuis.	+ 0.5	+ 1.5
5. De vraag naar behandeling is zo groot, dat er nauwelijks tijd kan worden uitgespaard je bezig te houden met de preventie van ziekte.	+ 0.5	+ 0
11. Als een huisarts zijn werk goed wil doen, houdt dit al te vaak in, dat hij zijn privé-leven ondergeschikt maakt aan zijn werk.	+ 0.5	+ 0.5
21. Het streven naar optimale praktijkvoering zou worden bevorderd indien dit op een of andere wijze duidelijk zou worden gehonoreerd.	+ 0.5	+ 1
63. Bij spoedvisites hebben patiënten toch veel liever de eigen huisarts.	+ 0.5	+ 0.8

\* Een hoge, positieve score betekent, dat men het met een uitspraak eens is. Voor 1968 zijn de gemiddelde scores in volgorde van grootte gezet (van „mee eens” tot „niet mee eens”).

64. Vooral de stoornissen van de nachtrust in de huisartspraktijk vormen een zware belasting.	+ 0.5	+ 0.5
16. Het verlangen van veel patiënten bij ziekte te worden verwezen, geeft de huisarts vaak het gevoel, dat hij als medicus niet al te hoog wordt aangeslagen.	+ 0.3	— 0.5
29. De meeste mensen die geïnteresseerd zijn in psychiatrie hebben zelf emotionele problemen.	+ 0.3	— 0.3
42. Door de grote onregelmatigheid in de arbeidstijden van de huisarts wordt het vrijwel onmogelijk voor de huisarts een normaal gezinsleven te leiden.	+ 0.3	+ 0.5
43. Het feit dat een huisarts veel patiënten moet verwijzen, ontnemt hem de kans zich als medicus waar te maken.	+ 0.3	+ 1.3
61. De eisen die door zijn eigen gezin aan de huisarts worden gesteld, zijn niet of nauwelijks te combineren met een juiste beroepsuitoefening.	+ 0.3	— 0.8
2. Patiënten houden in het algemeen voldoende rekening met de vrije tijd van de huisarts.	+ 0	+ 1
23. Psychiatrische behandeling is meer een luxe dan een noodzaak voor de meeste patiënten die ervoor worden verwezen.	+ 0	— 0.8
28. Veel patiënten maken misbruik van de continue beschikbaarheid van de huisarts.	+ 0	— 0.3
41. Het voordeel als huisarts verzekerd te zijn van een ruim inkomen weegt zwaarder dan bepaalde aan het beroep verbonden nadelen.	+ 0	+ 0.5
53. Als een huisarts bij zijn patiënten wordt geconfronteerd met problemen als huwelijks- of opvoedingsproblemen, doet hij verstandig een gespecialiseerd bureau in te schakelen.	+ 0	— 0.3
62. Door de geringe „absolute” vrije tijd, waarover de huisarts kan beschikken, mag van hem niet worden verwacht, dat hij deze besteedt aan sociale activiteiten buiten zijn eigen gezin.	+ 0	+ 0.5
65. Over het algemeen kan de huisarts ondanks een drukke praktijk voldoende tijd aan zijn gezin besteden.	+ 0	+ 0.3
8. De aandacht die allerwegen wordt gegeven aan de gespecialiseerde geneeskunde, is nadelig voor het prestige van de huisarts.	— 0.3	— 0.3
50. Aangezien de meeste volwassenen gewoonten hebben ontwikkeld, kom je bij hen niet ver met adviezen over het voorkómen van ziekte.	— 0.3	— 0.3
6. De specialisten in een ziekenhuis hebben een ongunstig oordeel over het medisch werken van de huisarts.	— 0.5	+ 0.3
9. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is vergeleken met curatieve geneeskunde veel minder interessant.	— 0.5	— 1
14. Ziekte-preventie behoort meer tot de verantwoordelijkheid van officiële gezondheidsinstellingen dan tot die van praktiserende artsen.	— 0.5	— 0.3
22. De samenwerking huisarts-specialist is voor de huisarts vaak zeer teleurstellend, daar de specialist onvoldoende rekening houdt met de mening en wensen van de huisarts.	— 0.5	+ 0.3
45. Een huisarts moet er zich voor hoeden bij zijn werk veel nadruk te leggen op psychosociale aspecten van ziekte.	— 0.5	— 1.5
56. Het ongemotiveerd beroep op de huisarts wordt door het bestaande ziekenfondsstelsel zeer in de hand gewerkt.	— 0.5	— 1
13. Uitsluitend gebruik maken van geruststelling, van placebo's, van sedativa of „tranquillizers” bij de behandeling van neurotische patiënten is gerechtvaardigd, gezien de geringe effectiviteit van meer gecompliceerde therapieën.	— 0.8	— 1
18. Het belangrijkste in de taak van de huisarts is, dat hij zijn patiënten somatisch juist helpt.	— 0.8	+ 0
33. Het voortdurend alleen belangrijke beslissingen moeten nemen is een te zware psychische belasting voor de huisarts.	— 0.8	+ 0.3
37. De honorering van de huisarts zou uitsluitend een zakelijke aanlegenschap tussen de arts en zijn patiënten dienen te zijn.	— 0.8	— 1.3
47. Een huisarts ondervindt weinig dankbaarheid van zijn patiënten.	— 0.8	— 1
52. De waardering van de patiënten voor de huisarts is vaak afhankelijk van de mate, waarin de huisarts tegemoetkomt aan de subjectieve verlangens van de patiënten.	— 0.8	+ 0.5

betrokkenen na twee jaar duidelijk minder wordt ervaren, terwijl zij ook menen dat de eisen van het gezin veel beter te combineren zijn met het huisartsberoep dan vroeger.

De groepspraktijk biedt kennelijk vele voordelen op het praktische, alledaagse vlak. Andere verschillen uit *bijlage I* en uit *bijlagen II en III* duiden hierop eveneens. Dat de belasting van het gezin nog verder zou mogen worden verminderd, spreekt uit de grotere wenselijkheid van loskoppeling van praktijkruimte en woonhuis.

De houding ten opzichte van de patiënten is op tenminste twee punten duidelijk veranderd. In 1970 zijn de zes van oordeel dat de patiënten voldoende en méér rekening houden met de vrije tijd van de huisarts en dat de waardering van de patiënten voor de huisarts vaak afhankelijk is van de mate waarin de huisarts tegemoetkomt aan hun subjectieve verlangens. Men kan hierin een aanwijzing zien voor de veronderstelling, dat ook aan de patiënten meer verantwoordelijkheid en eigenstandigheid wordt toege-dacht.

Concluderend mag men uit de resultaten van dit onderzoek onzes inziens tenminste stellen, dat de zes betrokkenen zich als beoefenaars van het huisartsberoep bewuster en vrijer hebben opgesteld.

## 2. ATTITUDES VAN DE HUISARTSEN

Doordat zes mensen in hun werk nauwer gaan samenwerken mag men verwachten dat zich in de loop van de tijd bepaalde attitudes zullen wijzigen. Het aantal en de soort attitudes die aan personen kunnen worden toegeschreven is bijzonder groot. Daarom moest een keuze worden gemaakt, bovendien nog beperkt vanwege het sterk beschrijvende karakter van dit onderzoek en het kleine aantal deelnemers.

*Interpersoonlijke waarderingen.* Men kan van een individu nagaan welke motiveringen en drijfveren aan het gedrag ten grondslag liggen. Deze laatste vormen tezamen het waarde-

57. In de structuur van onze gezondheidszorg hebben de ziekenfondsen een te grote invloed, doordat zij de vrijheid van de arts belemmeren.	- 0.8	- 1.8
7. Het feit dat de huisarts zich dikwijls intensief moet bemoeien met alle mogelijke sociale moeilijkheden van zijn patiënten, gaat ten koste van zijn eigenlijke medische werk.	- 1	- 0.8
10. Bij spoedvisites moet toch bij voorkeur de eigen huisarts komen.	- 1	- 1
15. De specialisten nemen de huisartsen steeds meer het meest verantwoordelijke deel van hun taak uit handen, terwijl het minder verantwoordelijke voor hen overblijft.	- 1	- 1
35. De grote inzet en dienstvaardigheid van de huisartsen wordt door de ziekenfondsen onvoldoende gehonoreerd.	- 1	- 0.5
20. Een goede huisarts reserveert zijn tijd liever voor werkelijk zieke mensen dan voor neurotische.	- 1.3	- 0.5
30. De meeste geestelijke stoornissen zijn terug te voeren op erfelijkheid.	- 1.3	- 1.5
38. Voor een goed afgeronde medische opleiding is stage in pediatrie en chirurgie veel belangrijker dan in preventieve geneeskunde.	- 1.3	+ 0.3
46. De voor preventie noodzakelijke specifieke kennis is momenteel nog zo beperkt, dat de huisarts zijn tijd beter kan besteden aan curatief werk.	- 1.3	- 0.5
51. Indien in een huisartspraktijk een ervaren verpleegkundige beschikbaar is, bestaat er geen behoefte aan een maatschappelijk werker.	- 1.5	- 1
32. De huisarts moet meer dan wie ook altijd beschikbaar zijn voor zijn patiënten.	- 1.5	+ 0.8
25. De laatste tijd wordt in de professionele literatuur ten onrechte nogal de nadruk gelegd op psychosomatiek en op psychische aspecten van ziek-zijn.	- 1.8	- 1.8
26. Het beroep van huisarts leent zich niet voor nauwe samenwerking in team-verband met andere deskundigen.	- 1.8	- 2
48. In een huisartspraktijk bestaat geen behoefte aan een maatschappelijk werker.	- 2	- 1

*Bijlage II. Gemiddelde scores van de huisartsen van de pseudo-groepspraktijk op een vragenlijst over het gezinsleven en het werk van een huisarts, in 1968 en in 1970 afgenomen*

	Eerste keer (1968)	Tweede keer (1970)
1. Het gezinsleven zal een vastere regelmaat krijgen.	+ 3	+ 1.7
17. Het bijwonen van cursussen zal beter mogelijk worden.	+ 3	+ 2.7
35. Ik zal meer bevrediging in mijn werk vinden.	+ 3	+ 2.5
4. Planning op lange termijn zal gemakkelijker worden.	+ 2.8	+ 2.5
13. Ik zal zelf meer innerlijke rust krijgen.	+ 2.8	+ 2.7
2. Er zal meer tijd komen voor eigen hobby's.	+ 2.7	+ 2.7
5. Er zal meer gelegenheid komen voor studie.	+ 2.7	+ 2.2
20. Er zal meer gelegenheid komen voor betere ontspanning.	+ 2.7	+ 2.8
30. Ik zal mij in mijn werk minder geïsoleerd gaan voelen.	+ 2.7	+ 3
3. Ik zal meer aandacht kunnen besteden aan mijn echtgenote.	+ 2.5	+ 1.8
22. De werktijden zullen mijn echtgenote beter uitkomen.	+ 2.5	+ 1.5
32. De inhoud van mijn werk zal een hoger gehalte krijgen.	+ 2.3	+ 2
25. Er zal meer gelegenheid komen om vakliteratuur bij te houden.	+ 2.2	+ 1.5
27. Adviezen van collega's over mijn patiënten zullen meer effect krijgen.	+ 2.2	+ 2.5
29. Mijn echtgenote zal meer vrije tijd krijgen.	+ 2.2	+ 2.7
33. Mijn patiënten zullen betere hulp krijgen.	+ 2.2	+ 1.8
16. Er zullen meer spreekuurconsulenten zijn.	+ 2	+ 2.8
19. Mijn ervaring op medisch terrein zal vlugger toenemen.	+ 2	+ 2.2
21. Er zal meer uniformiteit tussen de zes huisartsen komen in behandelingswijze.	+ 2	+ 2.5
31. Ik zal mij meer kunnen wijden aan andere bezigheden dan strikt medische.	+ 2	+ 2.2
9. Belangrijke problemen van patiënten zullen meer aandacht krijgen.	+ 1.8	+ 2
15. Er zal minder onnodig werk zijn.	+ 1.8	+ 2.2

ringssysteem van waaruit het gedrag mede voortkomt. De persoonlijke satisfactie van een individu zal afhankelijk zijn van de mogelijkheid uitdrukking te geven aan zijn waarderingssysteem.

De door ons gebruikte schaal, de „survey of interpersonal values” van *Gordon* richt zich op die waarden, die betrekking hebben op de relaties van het individu tot anderen en van anderen tot hem. Conflicten binnen het eigen waardensysteem of tussen het eigen systeem en dat van anderen zouden kunnen leiden tot verminderde sociale aanpassing en werkprestaties. Deze schaal verschaft dus relevante informatie over de „bedrijfsituatie” van de huisarts. De betrouwbaarheid en de validiteit van de schaal zijn goed te noemen. Er bestaat geen verband met intelligentie.

Het gaat in deze schaal om zes factoren, die als volgt kunnen worden omschreven:

S — (support) = met begrip door anderen worden behandeld.

C — (conformity) = zich gedragen volgens de maatschappelijke normen.

R — (recognition) = bewonderd en geprezen worden.

I — (independence) = het recht hebben te handelen naar eigen goeddunken.

B — (benevolence) = dingen doen voor anderen.

L — (leadership) = aan anderen leiding geven.

Een hoge score betekent dat men veel waarde toekent aan de betreffende factor. Veel waarde aan de ene factor impliceert relatief minder waarde aan de andere: het gaat hier om een keuze tussen waarden.

Deze schaal is eveneens met een tussenpoos van twee jaar aan de huisartsen afgenomen. Wij zullen de resultaten (*schaal 1*) per factor kort beschrijven.

Eén huisarts blijkt na twee jaar meer waarde te hechten aan het door anderen met begrip worden behandeld, één huisarts aan conformiteit.

18. Er zal meer tijd komen voor maatschappelijke problematiek van de patiënten.	+ 1.8	+ 2.2
26. Mijn patiënten zullen niet meer weglopen dan vroeger.	+ 1.8	+ 2.3
12. Er zullen minder visites nodig zijn.	+ 1.5	+ 2.3
28. Er zal meer uniformiteit komen tussen de zes huisartsen inzake de receptuur.	+ 1.5	+ 2.5
14. De weekenddiensten zullen minder problemen opleveren.	+ 1.2	+ 2.7
10. Mijn kinderen zullen mij vaker kunnen zien.	+ 0.8	+ 1
34. Mijn kinderen zullen meer een beroep op mij gaan doen.	+ 0.5	+ 0.5
8. De patiënten zullen mij beter gaan waarderen.	+ 0.3	+ 0.8
6. De vakanties zullen minder regeling vooraf vergen.	+ 0	+ 1.3
11. Ik zal vaker een maatschappelijk werker inschakelen.	- 0.3	+ 0.2
24. Er zal meer tijd komen voor betaalde nevenfuncties.	- 0.5	- 0.5
7. Inschakeling van een wijkverpleegkundige zal gemakkelijker worden.	- 1	- 1
23. Het inkomen zal achteruitgaan.	- 1.3	- 2.8

*Bijlage III. Gemiddelde scores van de echtgenoten van de huisartsen van de pseudo-groepspraktijk op een vragenlijst over het gezinsleven en het werk van een huisarts*

	Eerste keer (1968)	Tweede keer (1970)
6. Mijn man zal beter cursussen kunnen bijwonen.	+ 3	+ 1.5
9. Mijn man zal meer gelegenheid krijgen vakliteratuur bij te houden.	+ 3	+ 2.3
12. Het gezinsleven zal een vastere regelmaat krijgen.	+ 3	+ 0.3
14. Planning op lange termijn zal gemakkelijker worden.	+ 3	+ 2.8
18. Er zal meer gelegenheid komen voor betere ontspanning.	+ 3	+ 2.8
20. We zullen vaker met het hele gezin iets kunnen ondernemen.	+ 3	+ 2
29. Ik ben vóór groepspraktijken.	+ 3	+ 2.5
35. Mijn man zal meer innerlijke rust krijgen.	+ 3	+ 1.5
3. Er zal meer gelegenheid komen voor studie van mijn man.	+ 2.8	+ 2.3
7. De werktijden van mijn man zullen mij beter uitkomen.	+ 2.8	+ 2.3
26. Mijn man zal zich in zijn werk minder geïsoleerd gaan voelen.	+ 2.8	+ 2.3
33. Mijn man zal betere werktijden krijgen.	+ 2.8	+ 3
1. Er zal meer tijd komen voor hobby's van mijn man.	+ 2.5	+ 2.3
31. Ik zal meer vrije tijd krijgen.	+ 2.5	+ 2.3
36. Ik zal 's avonds eens wat meer de deur uit kunnen gaan.	+ 2.5	+ 2.8
17. Ik zal zelf meer innerlijke rust krijgen.	+ 2.3	+ 1.8
23. Er zal meer rust in het gezin komen.	+ 2.3	+ 1.8
24. Het zal voor de kinderen prettiger worden.	+ 2.3	+ 2.3
32. Ik zal minder onnodig werk voor mijn man hoeven doen.	+ 2.3	+ 2.5
11. De kinderen zullen meer een beroep gaan doen op mijn man.	+ 2	+ 0.5
30. Mijn man zal meer aandacht aan mij gaan besteden.	+ 2	+ 0.5
5. Mijn man zal minder onnodig werk hoeven doen.	+ 1.8	+ 2.5
4. Mijn kinderen zullen mijn man vaker zien.	+ 1.5	+ 1.8
37. De kinderen zullen het rustiger krijgen.	+ 1.5	+ 1.3
10. Mijn man zal meer vrije tijd krijgen.	+ 1	+ 2.8
34. Ik zal vaker een beroep kunnen doen op mijn man.	+ 1	+ 0.3
40. Ik zal beter contact krijgen met andere artsenvrouwen.	+ 1	- 0.3
13. Er zal meer tijd komen voor eigen hobby's.	+ 0.8	+ 1.3
22. Ik zal mezelf meer kunnen wijden aan andere dan praktijk-bezigheden.	+ 0.8	+ 1
28. Er zal meer tijd komen voor hobby's voor mezelf.	+ 0.8	+ 0.5
21. Mijn man zal 's avonds vaker thuis blijven.	+ 0.5	+ 1.8
27. Ik zal beter in de gelegenheid zijn mijn contacten met andere mensen uit te breiden.	+ 0.5	+ 1.5
2. Ik zal meer aandacht kunnen besteden aan mijn man.	+ 0	+ 0.8
16. Mijn man zal minder visites hoeven te doen.	+ 0	+ 1
25. Ik zal meer naar de stad kunnen gaan.	+ 0	+ 0.8
38. Het zorgen voor het gezin zal gemakkelijker worden.	+ 0	+ 0.5
39. De tijd zal niet meer zo snel voorbij gaan als vroeger.	- 0.8	- 1.5
15. De vakanties zullen minder regeling vooraf vergen.	- 1	+ 2.3
8. Mijn man zal meer tijd krijgen voor betaalde nevenfuncties.	- 1.5	+ 0.8
19. Het inkomen zal achteruitgaan.	- 1.8	- 2.5

Bewonderd en geprezen te worden is iets waar alle huisartsen, zowel de eerste als de tweede keer, weinig waarde aan hechten. Het is zelfs zo, dat de huisartsen op één na bij de tweede meting er nog wat minder waarde aan hechten.

Het recht hebben te handelen naar eigen goeddunken is voor alle huisartsen nogal belangrijk. Twee huisartsen kenden bij de tweede meting nog meer waarde toe aan deze factor, één minder.

De factor „dingen doen voor anderen” wordt niet opvallend gewaardeerd. Eén huisarts steeg ten aanzien van de eerste meting, terwijl er één daalde. Wat betreft de factor leiderschap scoorden de meesten laag. Vijf van hen scoorden bij de tweede meting bovendien nog wat lager dan bij de eerste.

De factoren conformiteit (C) en autonomie (I) worden door de huisartsen als meest belangrijk gezien, terwijl vooral leiderschap (L) en bewonderd willen worden (R) als betrekkelijk onbelangrijk worden beoordeeld. Opvallend is dat juist de factoren conformiteit en autonomie de tweede maal nog meer waardering kregen, terwijl leiderschap en bewonderd worden nog minder relevant zouden zijn. Dit betekent dat aan deze verhouding tussen de factoren geldigheid moet worden toegekend. Wanneer wij ervan mogen uitgaan — blijkens het nog steeds voortduren tot tevredenheid der deelnemers — dat de P.G.P. een succes is, dan is dit misschien voor een deel toe te schrijven aan de grote waardering voor conformiteit en onafhankelijkheid. Dat deze keuze niet paradoxaal behoeft te zijn volgt uit de lage waardering voor leiderschap en bewonderd willen worden. „Ieder zijn eigen stuk en tezamen een deel volgens strikte afspraken” lijken de zes huisartsen te willen zeggen.

*De mate van autoritaire instelling.*  
In een artikel van Heydendael in dit tijdschrift is uitvoerig ingegaan op het begrip autoritaire instelling en het instrument (de F-scale) waarmee deze attitude kan worden gemeten. De

Schaal 1. Toepassing van de survey of interpersonal values" van Gordon op de zes huisartsen

Huisarts	S		C		R		I		B		L	
	1968	1970	1968	1970	1968	1970	1968	1970	1968	1970	1968	1970
1	18	19	22	21	5	3	19	30	20	14	6	4
2	21	19	14	18	12	9	23	31	9	7	11	7
3	22	25	9	10	10	8	23	21	9	16	17	12
4	18	18	22	28	6	3	26	27	13	12	5	5
5	10	7	24	23	4	7	20	23	26	25	6	4
6	8	14	25	22	4	4	26	21	20	23	7	6
X	16,2	17,0	19,3	20,3	6,8	5,8	22,8	25,5	16,2	16,2	8,7	6,3

lezer wordt hiernaar verwezen, omdat anders veel uit het gereleveerde artikel zou moeten worden herhaald. Op pagina 394 van dat artikel wordt een frequentieverdeling gegeven van de F-scale-scores van 73 huisartsen volgens een genormaliseerde verdeling in negen klassen. De zes huisartsen hebben de eerste keer eenmaal in klasse I gescoord, tweemaal in III, eenmaal in IV, eenmaal in V en eenmaal in VII. De tweede maal is er slechts één duidelijke verschuiving opgetreden: één huisarts die eerst in klasse I scoorde (extrem lage autoritaire instelling), scoort nu in klasse III. Anders gezegd: de autoritaire instelling van de zes is nauwelijks veranderd, en zeker niet ongunstiger geworden.

### 3. DE VERWACHTINGEN VAN DE HUISARTSEN

Aan de hand van de notulen van de gesprekken, welke wij regelmatig met de zes huisartsen hebben gehad, is een vragenlijst samengesteld die bij beantwoording een beeld geeft van wat zij en hun echtgenoten van de P.G.P. verwachtten. Na twee jaar is dezelfde vragenlijst voorgelegd ten einde een beeld te krijgen van het resultaat van de eerder gekoesterde verwachtingen.

De lijst voor de huisartsen bestaat uit 35 uitspraken die met zeven antwoordmogelijkheden, lopend van „volkomen mee eens” tot „volkomen oneens” werden aangeboden. De uitspraken hebben betrekking op een aantal gebieden (*bijlage II*). In de schaal zijn zij op volgorde geplaatst

naar de hoogte van de oorspronkelijke verwachtingen. Wanneer wij onze aandacht eerst richten op deze verwachtingen vóóraf blijkt, dat de huisartsen in het algemeen hoge verwachtingen van de onderlinge samenwerking koesterden, vooral ten aanzien van hun werk, vrije tijd en echtgenoten. Slechts met 5 van de 35 uitspraken waren zij het in meer of mindere mate oneens (waarbij de laatste bovendien nog negatief was gesteld).

Wanneer wij vervolgens onze aandacht richten op de mate waarin aan deze verwachtingen twee jaar later is beantwoord, kunnen wij constateren dat dit in het algemeen zeer goed is. Slechts enkele aspecten zijn beneden de verwachtingen gebleven. In de eerste plaats heeft het gezinsleven een minder vaste regelmaat gekregen dan men aanvankelijk dacht. Verder blijken de werktijden de echtgenoten toch niet zó veel beter te zijn uitgekomen als men twee jaar eerder meende.

Sommige zaken zijn echter zelfs boven de verwachtingen uitgekomen: de vakanties hebben minder regeling vooraf gevegd, de weekenddiensten hebben minder problemen opgeleverd en het inkomen is zeker niet achteruitgegaan. Verder is er meer uniformiteit inzake receptuur tussen de zes huisartsen gekomen dan men tevoren had verwacht.

Vat men bovenstaande samen, dan kan worden geconstateerd dat de (hoge) verwachtingen van de huisartsen in het algemeen zijn bevestigd. Slechts enkele aspecten van het ge-

zinsleven zijn beneden, sommige aspecten van het werk boven verwachtingen gebleken.

### 4. DE VERWACHTINGEN VAN DE ECHTGENOTEN VAN DE HUISARTSEN

Aan de echtgenoten zijn op dezelfde manier 40 vragen omtrent haar verwachtingen voorgelegd. Uit de resultaten van de twee waarnemingen kunnen wij het volgende constateren (*bijlage III*). Ook zij hadden hoge verwachtingen. Er zijn kleine verschillen in volgorde, vergeleken met de huisartsen: het gezinsleven en de vrije tijd staan misschien wat meer op de voorgrond. Bij de echtgenoten constateren wij een groter aantal aspecten die beneden de verwachting is gebleven dan bij hun man. De echtgenoten vinden dat hun man minder gelegenheid heeft gekregen om cursussen bij te wonen dan werd verwacht. Ook zouden de zes huisartsen minder innerlijke rust hebben gekregen dan hun vrouwen aanvankelijk dachten.

De kinderen zijn in mindere mate dan werd verwacht een beroep gaan doen op hun vader. De toeneming van een vastere regelmaat in het gezin bleef beneden verwachting, terwijl de vrouwen tevens van mening zijn dat zij minder vaak dan zij eerst dachten met het gehele gezin iets hebben kunnen ondernemen. De aandacht, hun door hun man geschonken, is niet, naar zij zeggen, zodanig toegenomen als zij zich hadden voorgesteld. Tenslotte heeft men niet beter contact gekregen met andere artsenvrouwen. Evenals bij hun mannen zijn de meeste verwachtingen echter min of meer bevestigd.

Sommige aspecten zijn zelfs boven de verwachting uitgekomen. Zo zou de echtgenoot meer tijd hebben gekregen voor bepaalde nevenfuncties, een mening die overigens in tegenspraak is met die van de huisartsen zelf (*bijlage II*). De echtgenoot heeft meer vrije tijd gekregen. Daar waar men het minst van verwachtte is de meeste winst, daar waar men het meest van verwachtte is de minste winst geboekt! De vakanties hebben

minder regeling vooraf gevegd dan verwacht. De echtgenoot hoeft minder visites te rijden en 's avonds is hij meer thuis gebleven dan bij het begin werd verwacht.

Ook uit de meningen van de echtgenoten komt naar voren, dat aspecten van het gezinsleven minder en zaken betreffende de praktijkvoering meer dan verwacht zijn uitgekomen. Hier en daar zijn er verschillen tussen de antwoorden van de huisartsen en die van hun vrouwen, doch deze zijn niet van dien aard dat er van een duidelijke discrepantie kan worden gesproken. Men zou wel, vooral bij de echtgenoten, kunnen zeggen dat de stelling opgaat dat geringe verwachtingen het eerst worden overtroffen en hoge verwachtingen vaker de kans lopen op teleurstelling. Als slotcon-

clusie mag echter gelden dat men erg positief denkt en is blijven denken over deze vorm van samenwerking.

*Summary. Investigations into a pseudo-group practice. II. The six general practitioners of the pseudo-group practice in Nijmegen received three identical questionnaires both at the start, in 1968, and two years later. Their wives were offered a single questionnaire at the same times. The questions concerned the activities of the practitioners, certain attitudes in relation to peer contacts, and expectations concerning family life. Substantial differences in response between the first and the second round have been the starting-point of this article. The results are to be viewed especially as illustrative of this form of collaboration. — It is concluded from the differences observed that the individual sense of responsibility of the practitioners involved seems to have increased, and that*

*they are assuming more liberal attitudes concerning their professional practice. It is also concluded that the six general practitioners are willing to collaborate but nevertheless wish to retain a degree of personal independence. It is finally concluded that both the practitioners and their wives had expected more positive changes in family life than actually transpired, while on the other hand the positive changes in the professional activities exceeded expectations. On the whole, this form of collaboration is apparently experienced as felicitous.*

Gordon, L. V. Survey of Interpersonal Values (S.I.V.). Bewerking van het Research Instituut voor Toegepaste Psychologie, Amsterdam, 1963.

Heydendaal, P. H. J. M. (1969) huisarts en wetenschap, 12, 391.

Vlamings, H. L. A., Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker, Academisch proefschrift, Nijmegen, 1967.

## De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten

Het rapport Project „nazorg ziekenhuispatiënten” in de groepspraktijk te Rhenen, samengesteld door de stafafdeling epidemiologie en informatica van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en verschenen in april 1973, geeft aanleiding tot enkele beschouwingen.

Het Woudschoten-rapport (1963) geeft ten aanzien van deze nazorg onder de punten 7 en 8 een duidelijk beeld van de taak van de huisarts:

7 ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan;

8 in overleg met behandelende en adviserende specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering daarvan.

Verscheidene jaren na deze in het Woudschoten-rapport gegeven beschrijving van deze taak van de huisarts heeft men het ene na het andere nazorgexperiment ondernomen en een rapportage daarvan zien verschijnen. De benadering van de pro-

blematiek en de opzet van de experimenten verschilden helaas dermate, dat vergelijkingen hierdoor worden bemoeilijkt. Enkele van deze rapportages zijn hier in herinnering te brengen:

In april 1970 besloot de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland tot de instelling van een commissie, met als taak een onderzoek in te stellen naar de concrete behoefte aan nazorg in deze provincie. Door middel van een enquête werd de behoefte aan een georganiseerde nazorg gepeild bij de huisartsen en de wijkverpleegsters buiten Amsterdam. De commissie maakte hierbij gebruik van het rapport „Nazorg ontslagen ziekenhuispatiënten” van G. J. Heringa. Bij de overgrote meerderheid der wijkverpleegsters bleek behoefte te bestaan aan de instelling van een georganiseerde nazorg, waarvan de invoering bij het overgrote deel van de huisartsen niet op weerstanden zou stuiten, mits de huisartsen in het overleg van alle handelingen zouden worden betrokken.

Van de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen en de Nationale Ziekenhuisraad verscheen in maart 1971 een rapport over de verpleegkundige zorg in het contact ziekenhuis / verpleegtehuis-kruisverenigingen. De hierbij gekozen onderzoeksmethode was eveneens de enquête; deze werd echter gehouden, via hun organisaties, bij alle ziekenhuizen en verpleegtehuizen die in de Nationale Ziekenhuisraad zijn vertegenwoordigd.

In mei 1972 startte een nazorgexperiment in Hoogeveen, waaraan meewerkten de besturen en de wijkverpleegkundigen van de Hoogeveense kruisverenigingen en de vertegenwoordigers van het Bethesda ziekenhuis, in het kader van het Welzijnsplan Zuidwest-Drenthe. Een wijkzuster kwam gedurende een half jaar twee keer per week in het ziekenhuis om op aanwijzing van het afdelingshoofd en de specialist de nazorg te stroomlijnen van die patiënten, die daaraan volgens deze stafleden van het ziekenhuis behoefte hadden. Zij zond haar collega en de huisarts, die het aanging, een afschrift van het