huisarts en wetenschap

maandblad van het nederlands huisartsen genootschap

Redactiecommissie: A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; Dr. H. Lamberts, Rotterdam; S. van der Kooij, Voorschoten en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.

Secretariaat: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen Genootschap: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen-Instituut: Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-319946.

Uitgever: Uitgeversmij. Kruyt B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend aan de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

Abonnementen: *f* 36,— + *f* 1,44 btw = *f* 37,44 per jaar; voor studenten *f* 18,— + *f* 0,72 btw = *f* 18,72; voor het buitenland *f* 38,—; losse nummers *f* 3,60 + *f* 0,14 btw = *f* 3,74.

Adreswijziging: Leden van het N.H.G. *uitsluitend* aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruyt B.V., Bussum.

Druk: Verweij, Mijdrecht, telefoon 02979-1251*.

17de JAARGANG

No. 4 — APRIL 1974

Inhoud: blz.

H. J. P. M. Dijkhuis: Het gezin en de thuisgezondheidszorg 165
F. J. A. Huygen, P. H. J. M. Heydendael en J. Persoon: Onderzoekingen rond een pseudo groepspraktijk (V) 169
H. S. Boogaart en R. S. ten Cate: De huisartsengroepspraktijk en het gezondheidscentrum te Wassenaar 175
W. H. F. H. Wijnen: Onderzoek naar de resultaten van een „Warffum"-cursus 181
E. van der Does, H. J. Haag en M. J. van Trommel: De diagnostiek van urineweginfecties in de huisartspraktijk 186
G. J. Bremer: Bijeenkomst docenten huisartsgeneeskunde, voorjaar 1974 te Berlijn 190
Referaten 191
Boekbesprekingen 192
Nascholing door middel van multiple choice vragen 193
Nota bene 194
Literatuurinformatie 194
Berichten 195
Doorlopende agenda 198
N.H.I.-rubriek 199
N.H.G.-rubriek 201
Het instrumentarium van de huisarts 201
Aanvullende ledenlijst 204

Het gezin en de thuisgezondheidszorg

DOOR PROF. DR. H. J. P. M. DIJKHUIS

De laatste tijd wordt wel de vraag opgeworpen of er een gezinsgeneeskunde moet worden ontwikkeld ter aanvulling of vervanging van de huisartsgeneeskunde, n'en deplaise het feit dat de huisarts — uiteraard — altijd veel belangstelling heeft gehad voor het gezin. Deze vraag is niet te beantwoorden zonder eerst enkele kenmerken, relaties, functies en problemen van het gezin te onderkennen. Dit is niet eenvoudig, omdat in de literatuur het begrip gezin verschillend wordt gedefinieerd en omdat de functies en relaties van het gezin op uiteenlopende wijze worden geïnterpreteerd.

Wat de definitie van een gezin betreft, wil ik hieronder verstaan een huishouding bestaande uit een echtpaar met hun eigen of geadopteerde kinderen, zonder te miskennen dat ook andersoortige huishoudingen in de primaire behoeften van hun leden kunnen voorzien. Voor het grootbrengen van kinderen is een gezinsmilieu praktisch onmisbaar, ofschoon, theoretisch gesproken, kinderen ook in een instituut kunnen worden opgevoed. *Bowlby* meent dat een slecht gezin altijd nog beter is dan een goed instituut. Deze uitspraak noemt de *Commissie Onderzoek Maatschappelijk Werk* overdreven en zij beroept zich daarbij onder meer op een onderzoek van *Wellman,* waaruit bleek dat kinderen uit lagere sociale kringen in een crèche betere intellectuele prestaties leverden dan thuis. *Fletcher* betoogt dat het gezin de primaire groep is die de emotionele groei tot stand brengt en de

grootst mogelijke vrijheid garandeert ten opzichte van de ingewikkelde samenleving. Deze gedachtengang vindt men ook bij *Dicks*: „The married pair (with or without children) constitutes the ultimate unit of social structure trough whom the continuity and the changes in the culture are transmitted. It is also the final social unit on which the waves of all social disturbance break". Hij geeft bovendien de reciprociteit aan van de relatie gezin-samenleving: het klimaat in de samenleving van de volgende generatie wordt grotendeels bepaald door de persoonsvorming, die heden binnen het gezin plaatsvindt.

Het gezin als primaire groep vervult een bemiddelende rol zowel tussen gezinsleden onderling als tussen de gezinsleden en de secundaire groepen (*Williams* en *Leaman*) zoals de schoolgemeenschap, de werkgemeenschap, verenigingen en instellingen, waaronder ook die voor de gezondheidszorg. Dankzij deze bemiddeling kan het gezin voorzien in de eerste behoeften van een individu, welke behoeften *Maslow* als volgt formuleert:

— fysiologische behoeften;
— behoefte aan veiligheid, bescherming en zekerheid;
— behoefte aan liefde, contact en geborgenheid;
— behoefte aan status, erkenning en sociale integratie;
— behoefte aan zelfontplooiing.

De bemiddeling binnen het gezin is een ingewikkeld proces gelet op de vele relaties die daarbinnen bestaan: moeder-kind, vader-kind, kind-moeder, kind-vader, broer-zuster, enzovoort. De communicaties in deze relaties vinden zowel verbaal als nonverbaal plaats: de plaats aan tafel, het knuffelen voor het naar bed gaan en het eigen beertje op de kast, het is alles communicatie, waardoor interactie op gang komt, informatie wordt overgedragen en gevoelens worden gewekt. Elk gezin ontwikkelt zo zijn eigen gezinsrituelen, die bijdragen onder meer tot het gevoel van geborgenheid; alleen al om deze reden is het vervangen van een moeder geen sinecure.

Behalve bepaalde actie-patronen ontwikkelen zich binnen het gezin ook opvattingspatronen, die zowel onschadelijke als schadelijke vormen kunnen aannemen: familie-geheimen, familie-thema's en familie-mythen. *The Royal College of General Practitioners* heeft er de huisarts op gewezen dat hij niet moet meedoen aan op familie-mythen berustende spelletjes, bijvoorbeeld dat binnen het gezin een bepaald kind als zwak van gestel wordt bestempeld; behandelt de huisarts dit kind als een fysiek zwak persoontje, dan wordt door zijn optreden de mythe bevestigd.

De communicatie tussen gezinsleden vindt lang niet altijd bewust plaats, hetgeen vooral geldt voor de non-verbale communicatie. Op deze manier kan het gebeuren dat een moeder haar zoon voortdurend de boodschap overbrengt dat hij anders moet zijn dan zijn of haar vader, zonder dat de moeder zich er van bewust is deze boodschap over te dragen.

De gezinsleden zijn, behalve gezinslid, ook lid van andere groepen en vervullen zodoende, behalve die van bijvoorbeeld zoon of broer, ook de rollen van scholier, voetballer, verloofde, enzovoort. Tezamen, als gezin, behoren zij dan weer tot andere groepen c.q. systemen zoals bijvoorbeeld de familie, de buurt, de samenleving, de kerk, de partij, de cultuur enzovoort. Door in te spelen op de wisselwerking (communicatie) die tussen al dit soort systemen bestaat of teweeggebracht kan worden, bemiddelt het gezin tussen de systemen, subsystemen en groepjes waarvan de gezinsleden afhankelijk zijn. De verzorgende functie van het gezin is dus in wezen een bemiddelende functie en berust op ingewikkelde communicatierpocessen.

Otto heeft een aantal criteria ontworpen waaraan de hechtheid van een gezin in dit opzicht kan worden gemeten, te weten:

— het vermogen om te voorzien in de lichamelijke, emotionele en spirituele behoeften van de gezinsleden;

Samenvatting. Aan de hand van een uitvoerige beschouwing over het gezin wordt het krachtenveld verkend, waarbinnen de mens opgroeit, functioneert, ziek wordt en geneest. Hierbij wordt onder meer stilgestaan bij de mogelijkheid dat patiënten in eerste instantie advies en geen uitgebreide medische hulp van de huisarts verwachten. Tegen de achtergrond van voornoemd krachtenveld wordt een pleidooi gehouden voor het maken van een breder front ter bestrijding van de hedendaagse morbiditeit. Het streven moet hierbij zijn gericht op een veelzijdige aanpak en niet op het bedrijven van zogenaamde integrale geneeskunde door één persoon, i.c. de huisarts.

— het vermogen om de behoeften van de gezinsleden aan te voelen;
— het vermogen om effectief te kunnen communiceren;
— het vermogen om steun, bescherming en aanmoediging te verstrekken;
— het vermogen om een groeiend proces in gang te zetten, waarbij relaties worden gelegd en ervaringen worden opgedaan;
— het vermogen om constructieve relaties in de gemeenschap op te bouwen;
— het vermogen om met kinderen mee te groeien;
— het vermogen om zichzelf te helpen en hulp te accepteren als dat aanwezig is;
— het vermogen om flexibel te zijn bij het vervullen van rollen binnen het gezin;
— het wederkerig respect voor de gezinsleden als individu;
— het vermogen een crisis aan te wenden als een middel voor verdere ontwikkeling;
— zorg voor eenheid en loyaliteit in het gezin en samenwerking met andere gezinnen.

In vele gevallen, waarin het gezin faalt als groep te functioneren, zal de huisarts dit kunnen constateren aan signalen als bijvoorbeeld een verhoogde medische consumptie van een of meer gezinsleden. Evenals individuele symptomen in meer lagen uiteenvallen — fysische stoornissen (enuresis), emotionele stoornissen (angst), gedragsstoornissen (huil-

buien) — vallen ook symptomen van gestoord gezinsleven in meer categorieën uiteen: *Howells* onderscheidt hier vijf dimensies:

— de individuele dimensie, bijvoorbeeld voedingsproblemen, dysmenorroe, maagklachten, migraine, spastische bronchitis;
— de relatie-dimensie, bijvoorbeeld ruzie, impotentie, frigiditeit, folie à deux;
— de groeps-dimensie, bijvoorbeeld veel ongevallen of ziekte in dezelfde familie;
— de materiële dimensie, bijvoorbeeld verwaarlozing van het werk of van de huishouding;
— de buurt-dimensie, bijvoorbeeld onenigheid met de omgevende bewoners, moeilijkheden met de school of met de politie.

Bell stelt zich het ontstaan van een familie-crisis als volgt voor: als in een gezin de communicatie enige tijd onvoldoende is gebleven, zal een van de gezinsleden zijn behoefte aan verandering op ongewone wijze uiten en wel meestal op meer primitieve en nonverbale wijze. Zijn ongewone gedrag brengt binnen het gezin opinievorming en stellingname teweeg; de subgroepjes, die hierbij worden gevormd, kunnen het betrokken gezinslid uitsluiten of opnemen. De verschijnselen van dit gezinslid worden dan onderdeel van de rol, welke de subgroep hem of haar toedenkt of laat spelen. Genezing van het gezinslid zal het nieuw bereikte evenwicht opnieuw verstoren en de kans op ziekte van een ander gezinslid vergroten. Op deze grond is het te verklaren dat mede-gezinsleden soms heimelijk wensen dat de ziekte van een hunner zal voortduren.

Van *Giliam* zijn de volgende vijf stadia in het proces, dat ziek-zijn is:

1. het stadium, waarin de symptomen worden onderkend en bezorgdheid daarover ontstaat;
2. het stadium, waarin lekenhulp wordt gezocht en de omgeving de patiënt er van overtuigt dat hij faalt wegens ziekte;
3. het stadium, waarin medische eenkomstig de spelregels van het lehulp in termen van diagnose en prognose wordt gezocht;
4. het stadium, waarin de rol van afhankelijk patiënt wordt vervuld;
5. het stadium, waarin rehabilitatie plaatsvindt en de oorspronkelijke rollen weer worden opgevat.

Het gezin speelt een grote rol in alle stadia van het ziek-zijn, doch vooral in het tweede stadium waarin het probleem ontstaat of de patiënt al dan niet de rol van zieke moet gaan opnemen. Als in dit stadium de huisarts wordt ingeschakeld, geldt hij als gezins-adviseur en niet als voorpost van de medische hulp; deze komt in een later stadium aan de orde. In dit tweede stadium kan het dus legitiem — dat wil zeggen overkenhulpsysteem — zijn om niet te diep of te indringend op alle psychische en somatische problemen in te gaan.

De samenhang tussen het patiëntzijn en het gezinslid-zijn hebben *Mertens* en vooral *Huygen* nader onderzocht en beschreven. De geneeskunde, reeds op heilloze wijze gescheiden in preventieve en curatieve geneeskunde, zou pas weer integraal kunnen zijn indien zij drie dimensies zou hebben: een somatische, een psychische en een sociale. De sociale dimensie zou voor de huisarts kunnen worden geconcretiseerd in het beschouwen van de patiënt als gezinslid. Opmerkelijk is dat *Huygen* reeds in een vroege fase van zijn werk tot de conclusie is gekomen, dat bij zo'n integrale aanpak structuurwijzigingen onvermijdelijk en onontbeerlijk zijn en als eerste aanzet daartoe het „home-team" introduceerde.

The Royal College of General Practitioners ziet de figuur van de gezinsarts nog niet direct en zet de volgende redenering op: „There is a difference between being a „family doctor" and being a personal doctor to all the members of a family. Only the new discipline of family psychiatry claims to take the whole family as its patient, and to treat its problems simultaneously; all other kinds of medcial practice deal with smaller units, usually individuals. The general practitioner is in an intermediate position: basically a personal doctor, he both posesses and uses knowledge about families. It is confusing and innaccurate to call him a „family doctor" in his present role, and there is no overwhelming reason to suppose that the future general practitioner will change this approach". (The Future General Practitioner 1972).

De praktische moeilijkheden worden nog wat breder uitgesponnen wanneer aan toekomstige huisartsen wordt uitgelegd voor welke problemen de dokter zal komen te staan wanneer hij als gezinsarts gaat optreden namelijk: „The general practitioner can have a relationship with a family only in so far as the members have some common ground. He may try to help them to be a family unit, but when their interests are in real conflict his relationship with them are individual.

The trainee will see, in serious marital disharmony, one partner seeking to intensify his relationship with the doctor while the other stays away or attends a different doctor. He will see the adolescent who perceives the general practitioner as his parents' doctor and who cannot believe that the same doctor can have an adult relationship with him. In circumstances such as these the general practitioner cannot be a family doctor. What may work in times of family harmony, when children are too young to rebel seriously, or when outside threats to the family increase its solidarity, will fail in times of internal disruption. An orthopaedic surgeon or ophthalmologist may be doctor in his specialty to a whole family, but the peculiar nature of the general practitioner's work can make this impossible and inappropriate for him".

Hiermede wordt duidelijk dat de bezwaren niet zo zeer de gezinsgeneeskunde op zichzelf betreffen als wel de moeilijkheid voor de arts om de uitoefening van individuele en gezinsgeneeskunde in één persoon te verenigen.

De Amerikanen hebben deze moeilijkheid niet. Zij stellen eenvoudig: „Zorg voor het gezin is eeuwig; de persoon die de zorg verleent wisselt". *(Curry en Grant).*

Interessant is dat in de Ver. Staten de gemeenschap in de gezinsgeneeskunde wordt betrokken. Blijkens de richtlijnen voor de Residency Training in Family Practice van de American Medical Association (1968) geldt onder andere „The family physician is one who... assumes responsibility for the patient's total health care within the context of his environment, including the community and the family or comparable unit".

Curry en Grant verdelen de functie van de huisarts in drie onderdelen: patient care role, coordinating role, community role. Bij de beschrijving van de „community role" menen zij dat de huisarts de publieke opinie moet leiden in „community health matters" en dat de huisarts een actieve „spokesman" moet zijn op het gebied van de „environmental and ecological control". Tenslotte betekent, menen zij, gezondheid dat er harmonie bestaat in het milieu van het individu, het gezin, de gemeenschap, ja zelfs in de gehele wereld.

Jack Medalie onderscheidde in 1965 vijf niveaus waarop de huisarts werkzaam is: als primary physician, als general practitioner, als personal doctor, als family physician en als community health physician *(Ten Cate).*

Alles overziende kan het volgende worden geconcludeerd.

1. Het beschouwen van de patiënt als groepslid c.q. onderdeel van een systeem biedt nieuwe mogelijkheden om het ziek-zijn te begrijpen en te behandelen. De groepen waarin een mens is opgenomen bepalen in belangrijke mate zijn emotionele ontwikkeling en opvattingen en derhalve ook zijn psychische weerstand tegen pathogene milieufactoren en zijn gedrag bij ziekte. De wisselwerking tussen een individu en de groepen, waartoe hij behoort, kan worden gebruikt om het ziekte-proces in gunstige zin te beïnvloeden: gezinstherapie, groepstherapie en inschakelen van lekenhulp en maatschappelijke sleutelfiguren.
2. Het gezin is een belangrijk knooppunt van systemen en communicatie en vervult een bemiddelende rol tussen individuen en secundaire groepen. Omdat in de westerse samenleving het gezin tot een zeer elementaire vorm is teruggebracht zijn goede gemeenschapsvoorzieningen en een goed samenlevingsklimaat onontbeerlijke levensvoorwaarden geworden.
3. Een afdoende gezondheidszorg vereist niet alleen preventie, eerste hulp, behandeling, reactivering en coördinatie, maar ook beschouwing en het benutten van het krachtenveld, waarbinnen het ziek-zijn tot stand komt dat wil zeggen gezinsgeneeskunde en sociale geneeskunde. De generalist in de gezondheidszorg moet derhalve veelzijdig zijn en op verschillende niveaus tegelijk kunnen werken.

Veelzijdige geneeskunde is een betere term dan integrale geneeskunde. Integrale geneeskunde kan pas worden bereikt wanneer de wereldsystemen, de samenlevingssystemen, de conceptionele zowel als de materiële systemen alsmede de daaraan onderhevige individuen harmonieus op elkaar kunnen worden afgestemd en bovendien het individuele ziek-zijn in al zijn lichamelijke, emotionele en gedragsuitingen kan worden begrepen.

De opkomst van de specialismen (inclusief de psychiatrie) heeft de veelzijdigheid van de geneeskunde in discrediet gebracht door een overwaardering van de persoonlijke behandeling. De individuele behandeling van de geïsoleerde patiënt tekent de poliklinische en klinische situatie; in de medische ethiek („groene boekje") wordt vóór alles de arts-patiënt-relatie beschermd; van alle werkzame en interfererende relaties krijgt vooral de arts-patiënt-relatie de volle aandacht en de persoonlijke dokter wordt voorgesteld als het geneesmiddel voor een patiënt *(Balint).*

Niettemin zijn grote resultaten in de gezondheidszorg verkregen door een veelzijdige aanpak. Bij de bestrijding van de besmettelijke ziekten, de deficiëntie-ziekten en de voedingsstoornissen maakte de gezondheidszorg een breed front: voorlichting, preventie, vaccinatie, riolering quarantaine, keuringsdiensten, opsporing, behandeling, controle, hygiëne, sociale acties tegen bekrompen behuizing, arbeidsinspectie en nieuwe structuren (Kruisverenigingen).

Het morbiditeitspatroon heeft inmiddels grote verschuivingen ondergaan en vooral het thuisfront wordt nu geconfronteerd met functiestoornissen, gemoedsstoornissen en relatiestoornissen. Om hiertegen front te maken moet de gehele thuisgezondheidszorg worden herzien: de lekenhulp zowel als de huisartsenhulp, de Kruisverenigingen zowel als de wijkzusters, de fysiotherapeuten zowel als de maatschappelijke werkers. Oude sleutelfiguren — onderwijzers en pastores — zullen moeten worden aangevuld met nieuwe: psychologen en opbouw-werkers. Het uitgangspunt moet daarbij niet zijn, dat dan nu eindelijk eens een integrale geneeskunde kan worden gegeven, maar heel gewoon, dat zodoende de veelzijdigheid van de thuisgezondheidszorg op nieuwe terreinen op gang kan komen.

Summary. The family and family health care. On the basis of a detailed analysis of the family, an outline is given of the field of forces within which man is brought up, functions, becomes ill and recovers. One of the points emphasized is the possibility that patients primarily expect advice rather than extensive medical assistance from the family doctor. With the abovementioned field of forces in mind, a plea is made for a broadening of the frontline in the fight against modern morbidity. Efforts in this respect should be aimed at a multidisciplinary approach rather than at the practice of so-called integral medicine by a single person: the general practitioner.

Bell, J. E. Recent advances in family group therapy. (1962) J. Child Psychol. 1-15.
Bell, N. W. (1962) Family Process I, 2.

Bell, N. W. & E. F. Vogel. The family. Free Press, Glencoe, Illinois, 1960.
Bowlby, J. Attachment and loss. Hogarth Press, London, 1969.
Cate, R. S. ten en anderen. (1970) huisarts en wetenschap *13*, 313.
Commissie onderzoek maatschappelijk werk. Bulletin 11. Kennis en theorie omtrent het gezin ten behoeve van het maatschappelijk werk. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966.
Curry, H. B. en S. W. Grant. Role of the family physician, in: Family practice. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1973.
Dicks, H. V. Marital Tensions. Routledge and Kegan Paul, London, 1967.
Fletcher, R. The making of the modern family, in: The Family and its Future. J. & A. Churchill, London, 1970.
Giliam, S. In: E. A. Suckman. Sociology and the field of public health. Russell Sage Foundation, New York, 1963.
Howells, J. G. Theory and practice of family psychiatry. Oliver & Boyd, London, 1968.
Huygen, F. J. A. (1974) huisarts en wetenschap *7*, 429-4355
Huygen, F. J. A. Gezin en gezondheid. Inaugurele rede, Nijmegen, 1968.
Huygen, F. J. A. (1970) huisarts en wetenschap *13*, 261-267.
Maslow, A. H. Motivation and Personality Harper & Row, New York, 1954.
Mertens, A. Th. L. M. en anderen. De patiënt als gezinslid. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen, 1965.
Otto, H. A. (1963) Family Process II-329.
The Royal College of General Practitioners. The future general practitioner. British Medical Journal, London, 1972.
Wellman, B. L. The effect of preschool attendance upon intellectual development. In: Child Behaviour and Development, New York, 1943.
Williams, J. I. en Th. L. Leaman. Family structure and function. In: Family Practice. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1973.

Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk*

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

Samenvatting. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de resultaten, verkregen bij een onderzoek naar de meningen van patiënten uit een pseudo-groepspraktijk over de voor- en nadelen van deze vorm van samenwerking van hun huisartsen. Hun verwachtingen en ervaringen blijken in het algemeen zeer positief te zijn, terwijl zij tegelijkertijd toch veel waarde blijken te hechten aan hun eigen huisarts vooral bij psychosociale problematiek. De relaties met een aantal achtergrondgegevens worden besproken. Deze uitkomsten wijzen erop dat patiënten, die het best tot oordelen in staat kunnen worden geacht, voor somatische aandoeningen spoedhulp door de eigen huisarts minder nodig vinden, terwijl zij daarentegen bij psychosociale problematiek de voorkeur geven aan de eigen huisarts.

VOOR- EN NADELEN, GEZIEN DOOR DE PATIËNTEN

In de inleiding tot deze reeks artikelen is reeds gewezen op het vrijwel ontbreken van gegevens omtrent de reactie van Nederlandse (potentiële) patiënten op groepsvorming onder huisartsen. Toch lijkt het, vooral voor een bepaling van het beleid te dezer zake, van groot belang de meningen en ervaringen van direct betrokken „consumenten" te leren kennen. Wij waren daarom bijzonder verheugd toen wij in staat werden gesteld hierover gegevens te kunnen verzamelen en bewerken van een grote aselecte steekproef uit de populatie van de zes huisartspraktijken van de pseudo groepspraktijk (P.G.P.). De verzameling van de gegevens geschiedde door een schriftelijke enquête op een tijdstip dat de pseudo-groepspraktijk reeds twee jaar functioneerde. Wij legden deze patiënten, naast andere vragen, negentien uitspraken voor die betrekking hadden op mogelijke effecten van deze samenwerking en verzochten hun op een vijfpuntsschaal aan te geven in hoeverre zij het met deze uitspraken al of niet eens waren. *Tabel 1* geeft een overzicht van deze uitspraken en de reacties hierop. De daarin gegeven presentatie geschiedt terwille van de overzichtelijkheid in de volgorde naarmate men het met de uitspraken geheel of gedeeltelijk eens was. De oorspronkelijke volgorde van de uitspraken wordt aangegeven door het daarvóór geplaatste cijfer.

Bij beschouwing van *tabel 1* komt een zeer gedifferentieerd en genuanceerd beeld naar voren. Enerzijds „gaat toch niets boven de eigen huisarts", anderzijds zijn de verwachtingen en ervaringen betreffende de samenwerking zeer positief. In het algemeen is men het eens met de uitspraken, behalve met de laatste drie, die negatief zijn ten aanzien van de samenwerking. De patiënten hebben zeer duidelijke antwoorden gegeven. Het percentage „geen mening" is in het algemeen betrekkelijk gering, relatief het hoogst bij uitspraken, die betrekking hebben op effecten die zich inderdaad aan de waarneming van patiënten onttrekken, zoals het volgen van cursussen en het vermeerderen van medische kennis.

Juist omdat de antwoorden van de patiënten zo gedifferentieerd en genuanceerd zijn — zodat er aanwijzingen zijn dat zij bij hun antwoorden met verschillende factoren rekening hebben gehouden — hebben wij een factoranalyse op dit materiaal uitgevoerd. Het resultaat hiervan ziet men in *tabel 2*.

Gemeten naar de reacties van de respondenten blijken in de uitspraken vier van elkaar onafhankelijke aspecten te onderscheiden, die tezamen ongeveer de helft van de variantie verklaren. Factor I (het gemeen-

* Zie voor I en II (1974) huisarts en wetenschap *17*, 23 en voor III en IV respectievelijk *67* en *99*.

** Hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut.
*** Verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen.