

and personality traits (1). A group of patients who fairly regularly consulted the family doctor during a given period („high-rate patients”) and a group of patients who did not consult the family doctor over a long period („low-rate patients”) were both studied with the aid of a personality questionnaire (ABV), a complaints questionnaire and a health questionnaire. It was found that the group of the high-rate patients had a higher psychoneurotic and functional neurotic instability score than the group of the low-rate patients: they had experienced more symptoms in the preceding week and showed some characteristic features related to fair or poor health. One year later the same groups of patients were again approached with the same personality questionnaire and complaints questionnaire. At that time both groups had personality and complaints scores which were strikingly identical to the scores on the preceding occasion. This stability of the results is discussed.

Aakster, C. W. Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances - A socio-

logical approach. Academisch proefschrift, Groningen, 1972.

Aakster, C. W. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 194-199 en 199-203.

Brouwer, W. en F. Touw-Otten (1974) huisarts en wetenschap, 17, 3-15.

Cassee, E. Th. Naar de dokter (enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg). Boom, Meppel, 1973.

Van Dijk, R. en H. M. van der Ploeg (1976) T. Psychiat., 18, 291-312 en 355-363.

Folmer, H. R. Huisarts en IJsborg. Academisch proefschrift, Utrecht, 1968.

Giel, R. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 365-371.

Giel, R. en C. P. J. Le Nobel (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 949-954.

Goldberg, D. P., The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London, 1972.

Kellner, R. en B. F. Sheffield, Abridged manual of the Symptom Rating Test, University of Liverpool (ongepubliceerd), 1972.

Luteijn, F., De constructie van een persoonlijkheidsvragenlijst (De NPV). Aca-

demisch proefschrift, Groningen, 1974.

Oliemans, A. P., Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Philipsen, H. Afwezigheid wegens ziekte. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1969.

Van der Ploeg, H. M., De Klachtenvragenlijst, bewerking van de Symptom Rating Test door Kellner en Sheffield (ongepubliceerd), 1972.

Van der Ploeg, H. M. (1975) T. Psychiat., 17, 501-513.

Spitz, J. C., Statistiek voor psychologen, pedagogen, sociologen. Noord-Hollandische Uitgeversmaatschappij, Amsterdam, 1965.

Tjoa, A. S. H., De Edwards Personal Preference Schedule. Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1973.

Velden, H. G. M. van der, Huisvrouw - Huisarts - Huisgezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1971.

Wilde, G. J. S., Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst-methode. F. van Rossen, Amsterdam, 1970, tweede vermeerderde druk.

## Een nieuwe huisarts in het team\*

DOOR DR. J. D. MULDER, B. DE BEER EN H. D. M. JANSEN, HUISARTSEN

Toen onlangs een nieuwe partner moest worden gezocht voor de huisartsengroepspraktijk werd een nieuwe procedure gekozen, die alle betrokkenen goed is bevallen. Door onze methodiek wat gedetailleerder weer te geven dan V. Dubois onlangs deed - (1976) huisarts en wetenschap 19, 178 - hopen wij een nuttige aanvulling op zijn publikatie te geven.

### FASE 1

Sollicitatiebrieven kunnen worden vergaard via:

A. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het voordeel hiervan is dat de sollicitanten meteen iets weten over de financiële mogelijkheden, die de praktijk heeft te bieden en dat er op bonafide grondslag wordt onderhandeld. Overigens moet in een latere fase de Maatschappij het contract toch goedkeuren.

B. Door middel van een advertentie, bijvoorbeeld de tekst van Maarssebroek of Randweg, Rotterdam. Het duurt dan echter een maand langer voordat de procedure kan beginnen.

C. Door persoonlijke relaties aan te boren. De keus is dan veel kleiner.

\* Uit het Gezondheidscentrum „Wantveld” te Noordwijk aan Zee.

De blijvende huisartsen bekijken de sollicitatiebrieven afzonderlijk op een aantal voor ieder van hen persoonlijk relevante criteria, zoals ervaring in een groepspraktijk, beroepsopleiding enzovoort. Zij verdelen de brieven daarna in drie groepen: ja/nee/misschien. Vrijwel dagelijks maakten wij samen uit de groep „ja” en „misschien” een lijst op van de potentieel op te roepen sollicitanten. Deze groep kreeg vervolgens uitvoerige documentatie over het Gezondheidscentrum en de groepspraktijk in de vorm van een artikel (1974) huisarts en wetenschap 17, 299, een jaarverslag over de episode 1974-1976 en een curriculum vitae van de huisartsen. Enkelen haakten hierop af omdat dit niet het type praktijk was dat zij zochten.

### FASE 2

Drie sollicitanten werden - zonder partner - op hetzelfde tijdstip opgeroepen. Ieder van hen had eerst een gesprek met één van de drie huisartsen, die informatie gaf over de reden van het ontstaan van de vacature en over de procedure. Na een half uur en vervolgens na een uur rouleerden de sollicitanten naar een andere huisarts. De laatste liet hen na het gesprek het gebouw zien en beantwoordde hun vragen onder andere naar

**Samenvatting. Verschillende fasen van de selectie-procedure voor een nieuwe huisarts in een groepspraktijk en gezondheidscentrum worden beschreven.**

aanleiding van de toegezonden documentatie.

In de eerste drie maal een half uur was er tussen de drie huisartsen een verdeling afgesproken betreffende vragen over:

1. Jeugd, opleiding en werk tot nu toe.
2. Ervaring en visie op diverse gebieden van de huisartsgeneeskunde.
3. Ervaring in het samenwerken met artsen en andere hulpverleners onder andere ook tijdens de studie, en visie op het onderwijs.

In een *bijlage* is deze vragenlijst, die vooral als leidraad diende, opgenomen.

Direct na afloop van deze twee uur kwamen de drie huisartsen bij elkaar om de tijdens de gesprekken ingewonnen informatie uit te wisselen en hun zeer persoonlijke indruk weer te geven. Vervolgens gaven zij de kandidaten gemeenschappelijk een rangnummer voor zover zij tenminste niet meteen afvielen. Na elke zitting werden de nieuwe kandidaten in de ranglijst ingepast. Wij gingen niet uit elkaar voordat unanimititeit over de volgorde bestond. Mede door alle sollicitanten binnen enkele dagen te zien, gelukte het ons de verschillende sollici-

tanten vrij gemakkelijk in volgorde te plaatsen.

#### FASE 3

De vier kandidaten die het hoogst genoteerd stonden, werden vervolgens uitgenodigd met hun partners een tweede bezoek te brengen. Zij ontvingen voor dit bezoek uitvoerige financiële inlichtingen, onder andere een door de Olma opgemaakte analyse over hun mogelijkheden. Tevens kregen zij een opgave van de te verwachten verdeling van de werkbelasting tussen de vier huisartsen: een soort taakomschrijving. Inmiddels werden de opgegeven referenties nagetrokken.

Twee sollicitanten kwamen nu samen met hun partner gelijktijdig voor een gesprek; het ene koppel ging met de drie huisartsen gezamenlijk praten onder andere over de toegezonden gegevens; het andere koppel had een gesprek met enkele vertegenwoordigers van de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen uit het gezondheidscentrum. Na drie kwartier tot een uur werd gewisseld. Vervolgens brachten de sollicitanten met hun partner een bezoek van een klein uur bij ieder van de huisartsen thuis, waardoor onze echtgenotes zich eveneens een oordeel konden vormen. Uiteraard kwamen tijdens deze gesprekken thuis andere onderwerpen aan de orde.

Zodra de twee ronden van ieder twee kandidaten achter de rug waren, brachten in een bijeenkomst met de huisartsen zowel de echtgenotes als de andere me-

dewerkers in het gezondheidscentrum een pre-advies uit over de volgorde. De afspraak was dat bij ontbreken van unanimiteit de huisartsen hiermee ernstig rekening zouden houden, hoewel de verantwoordelijkheid voor de eindbeslissing bij hun zou liggen.

#### FASE 4

Bij de kandidaat die op dat moment als nummer 1 eindigde werd vervolgens gedurende een halve dag door één of twee van de huisartsen in de praktijk waar hij werkzaam was, meegelopen om te zien of zijn stijl van werken en probleem oplossen aansloot bij de wijze van functioneren in het gezondheidscentrum. Bovendien liep deze kandidaat een dag mee in het gezondheidscentrum. Pas daarna werd definitief beslist of beide partijen aan een kennismakingsperiode van drie tot vijf maanden wilden beginnen.

Uit een vorige sollicitatie-episode weten wij hoe belangrijk het is een sollicitant te zien functioneren. Het kan daarbij duidelijk worden dat ondanks alle goede indrukken in gesprekken en op referentie-adressen toch iemands stijl van werken zodanig is dat in het team spanningen zouden kunnen ontstaan.

Op deze wijze hopen wij een methode te hebben gevonden, die naast efficiëntie een grote informatie-uitwisseling verzekert. Bovendien wordt het blokkerende effect van sollicitatiegesprekken met een groep huisartsen ondervangen. Zowel wij als de sollicitanten hebben vroeger met deze gesprekken in een groter verband moeite gehad.

*Bijlage. Vragen en onderwerpen ter bespreking met sollicitanten.*

*Biografische anamnese.* Waar en hoe opgegroeid.

Relatie: scholen-familie-studententijd.

Echtgenote: binding aan regio/beroep; wensen ten aanzien van de praktijk/doktersvrouw zijn.

Studie: vertragingen en reden daarvoor.

*Huisartsenwerk.* Werkbelasting: vrije tijdsbesteding/werktempo.

Bijbanen: alcoholproef/straatongevallen/keuringen/controles.

Intercollegiaal: geven en accepteren van kritiek.

Houding ten opzichte van patiënten: autoritair/democratisch/manipuleren.

Principes: euthanasie/abortus/geboortenregeling.

Maatschappelijk: politiek/godsdiens/inkomen.

Trainingen: gespreksvaardigheid/gedrags-training.

*Samenwerken.* Vroeger: ooit eerder samengewerkt/studentenprojecten/co-assistententijd.

Vergaderen: open of gesloten/voor eigen mening uitkomen/andere disciplines de ruimte geven/van hen kritiek ontvangen en verwerken.

Zelfkennis: hoe sta ik tegenover psychotecnisch onderzoek, kan ik prioriteiten stellen.

Onderwijs: actief meewerken/co-assistenten/wetenschappelijk onderzoek.

*Summary. A new general practitioner in the team. A description is given of several phases of the procedure of selecting a new general practitioner in a group practice and health centre.*

## Gezinsgeneeskundige colloquia XIII\*: „Versneden verdriet”

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN\*\*

### INTRODUCTIE DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn verslag van een casus uit de huisartspraktijk handelt over een 35-jarige vrouw. Zij is thans weduwe. Haar man is in 1974 plotseling overleden aan een hartaandoening. Zij bleef met drie kinderen achter, een zoon van twaalf jaar en

\* Zie voor inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

\*\* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

twee dochtertjes van respectievelijk elf en zeven jaar. Ik kwam met haar in contact tijdens het spreekuur van mijn gastheer. Zij bleek overigens herhaaldelijk op het spreekuur te komen. Terwijl zij tot voor enige jaren goed gezond was, heeft zij na het overlijden van haar man voortdurend allerlei klachten. Aanvankelijk klaagde zij vooral over hardnekkige rugpijn, maar ook wel over hoofdpijn, pijn op de borst en pijn in de buik.

In het begin stond de rugpijn op de

voorgond. Zij werd naar een neuroloog verwezen die een hernia nuclei pulposi vaststelde. Zij is hiervoor kort daarop geopereerd. De rugklachten zijn sindsdien minder geworden maar niet verdwenen. Andere klachten traden inmiddels meer op de voorgrond, met name buikpijn, waarvoor door de huisarts geen organische verklaring werd gevonden. Wegens aanhoudende klachten is zij tenslotte door een internist onderzocht die als zijn vermoeden uitsprak dat patiënte voornamelijk nerveuze bezwaren