

Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

„I feel that if a person cannot communicate, the very least he can do is to shut up”.

Tom Lehrer (1966)

INLEIDING

Het samenwerken in een team is moeilijk en vormt daarnaast een dankbaar object voor „evaluatie”. De evaluatieverslagen belichamen vaak een in esoterisch taalgebruik gehuld gedenkteken voor het gebrekkig inzicht in hetgeen er nu precies zo moeilijk is aan samenwerken en gemakkelijk aan solitair hulpverleners. In het algemeen berusten deze verslagen op interviews met de „werkers in het veld”, op de antwoorden, welke deze werkers gewillig en – door de regelmaat waarmee dit gebeurt – in toenemende mate behendig produceren. Een relatief gunstige uitzondering op dat patroon vormt het NIMAWO-rapport van Hein de Graaf „Op één lijn in de eerste lijn!”. Toch is de met dit rapport gegeven uitbreiding van het inzicht in samenwerken maar heel bescheiden.

In Ommoord hebben wij nu bijna tien jaar, gevuld met samenwerkings-lief en leed, achter de rug. Bij herhaling is over een aantal aspecten daarvan vanuit ons kernteam verslag gedaan. Met name is de inhoud van het artikel, Samenwerken in een team – een routebeschrijving door een ruig landschap – H. Lamberts (1974) huisarts en wetenschap 17, 15-23 – nog allerminst achterhaald. Achteraf gezien is het verbazingwekkend dat een van de meest voor de hand liggende aspecten van samenwerken in een team door ons over het hoofd is gezien. Ik doel op een nog belangrijk gevolg van een goede communicatie binnen een team: in welke mate en op welke manier vindt er overleg plaats over patiënten? De uitkomsten van een zeer simpel onderzoek, op bovenstaande tweeledige vraag gericht, komen hier aan de orde.

Een derde vraag kan slechts zeer ten dele worden beantwoord: wat is het verschil tussen het communicatiepatroon

van hulpverleners in het team en dat van hulpverleners er buiten? De reden is dat over het reilen en zeilen van de solitair werkenden zeer weinig bekend is en wij in dit onderzoek slechts beschikken over zeer beperkte gegevens, welke betrekking hebben op patiënten in Ommoord.

HET ONDERZOEK

Gedurende één maand hebben alle leden van het kernteam voor elk contact, dat over een patiënt/cliënt plaatsvond, een formuliertje ingevuld. Steeds is vastgelegd wie actief het contact met wie (passief) opnam, of het ging om een verwijzing, een éénmalig overleg of een vervolg-overleg (follow up). Tenslotte is aangetekend of het contact vis à vis, telefonisch of schriftelijk plaatsvond. Contacten over patiënten in de vorm van casuïstiekbesprekingen of „formele consultatie” (met bijvoorbeeld de kinderpsychiater) blijven hier geheel buiten beschouwing.

Alvorens de resultaten te bespreken is het nodig enige informatie over de werkomvang van de leden van het kernteam te geven.

a De groepspraktijk telt acht huisartsen die de zorg dragen voor ongeveer 19.000 mensen. Ommoord telt ongeveer 27.000 bewoners, zodat 8.000 van hen een beroep doen op een huisarts buiten onze groep. De zes „oudste” huisartsen van de groep hebben praktijken waarvan de omvang schommelt tussen 2700 en 3300 mensen. De twee „jongste” huisartsen zijn bezig hun praktijk op te bouwen. Op het moment van het onderzoek telden hun praktijken respectievelijk 500 en 900 patiënten. Elke werkdag worden er door de groepspraktijk gemiddeld 225 – 250 verrichtingen gedaan, ongeveer 220 diagnoses gesteld en veertien nieuwe ac-

Samenvatting. Beschreven wordt de mate waarin en de wijze waarop de leden van het multidisciplinaire kernteam in het wijkgezondheidscentrum Ommoord met elkaar communiceren over patiënten. Het blijkt dat er frequent contact over patiënten bestaat. Er is vooral vis à vis contact over de voortgang van de behandeling. Een vijftal communicatiepatronen wordt onderscheiden. Geconcludeerd wordt dat wanneer men van mening is dat veelvuldig onderling contact over patiënten tussen hulpverleners nuttig is, wat dit betreft het kernteam in Ommoord goed aan het doel beantwoordt.

tuele leefproblemen besproken waarvan vijf tot zes zogenaamde relationele problemen.

b De afdeling fysiotherapie werd juist ten zijde van dit onderzoek met een vierde fysiotherapeute uitgebreid. Iedere fysiotherapeut heeft – exclusief de contacten met mensen in de zogenaamde ontspanningsgroepen – een „case load” van 125 tot 150 mensen. Tot de „case load” worden die mensen gerekend, met wie regelmatige, tenminste 1- tot 2- wekelijkse contacten bestaan. Tijdens het onderzoek had de afdeling fysiotherapie op die 1 tot 2 wekelijkse basis contact met 430 mensen. Praktisch deze gehele groep is door de huisartsen van de groepspraktijk naar de fysiotherapeut verwezen. In beginsel richten patiënten van huisartsen buiten onze groep zich vooral tot de fysiotherapeuten, die elders in de wijk zijn gevestigd.

c De twee verloskundigen hadden op de prenatale-zorg-lijst 102 zwangeren staan. Voorts zijn er uiteraard contacten over vrouwen in het kraambed. Tenslotte worden de verloskundigen, waar het gaat om patiënten van de groeps-

praktijk, in toenemende mate betrokken bij de anticonceptie. In beginsel kan iedereen uit Ommoord een beroep doen op de verloskundigen, die hun werk niet beperken tot de patiënten van de groepspraktijk.

d Het maatschappelijk werk in Ommoord wordt gedaan door twee maatschappelijk werkers. Tezamen hadden zij een „actieve” case load van 41 gevallen met 74 mensen. Tot de „case load” worden die gevallen gerekend waarmee regelmatig, tenminste op een 1- tot 2-wekelijkse basis, contact bestaat. Praktisch alle gevallen zijn door de overige leden van het kernteam verwezen naar de maatschappelijk werkers, die in beginsel voor iedereen in de wijk toegankelijk zijn (te meer omdat zij de enige maatschappelijk werkers zijn in Ommoord).

e Het wijkverpleegkundig team bestond tijdens het onderzoek uit vier wijkverpleegkundigen en twee ziekenverzorsters. In curatieve „thuiszorg” (dat wil zeggen exclusief de mensen die alleen injecties kregen) op een regelmatige, vaak dagelijkse maar hooguit op een 1- of 2-wekelijkse basis, waren 111 mensen. Van deze groep behoorden 26 tot de praktijk van huisartsen, die geen lid van de groepspraktijk zijn.

De consultatiebureaus zijn gericht op 1949 kinderen, van wie 420 zuigelingen. Van deze groep behoorden er 493 tot

praktijken van huisartsen buiten het Gezondheidscentrum.

f De praktijkverpleegkundige tenslotte werkt binnen de groepspraktijk, waarbij zij het introductiegesprek doet met nieuwe patiënten en in de behandelkamer dagelijks met 25 tot 30 mensen contact heeft. Tenslotte doet zij dagelijks vier tot vijf huisbezoeken.

Grafiek 1 laat zien hoe in de periode van 24 maart tot en met 25 april 1975 de communicatie over patiënten verliep. Het overleg tijdens het weekend is bij de maandag opgeteld. Alleen het Paasweekend (inclusief Goede Vrijdag) is apart weergegeven. Gedurende deze periode – ter lengte van één maand – vonden 1624 contacten tussen twee hulpverleners over patiënten plaats. De grafiek laat zien dat er geen sprake is van een „inzinking” of van een geleidelijk afnemen van de contactfrequentie. Dit is opmerkelijk, omdat het steeds opnieuw invullen van formulieren een grote wissel trekt op de gemotiveerdheid van de hulpverleners. De schommelingen door de week heen lijken weinig wetmatig. Er is geen speciale „communicatiedag”.

Tabel 1 geeft de gemiddelden en de standaarddeviaties aan van het aantal contacten en van de aard daarvan. Elke werkdag zijn er gemiddeld 68 contacten

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties tussen haakjes van het aantal en de aard der contacten.

| | |
|------------------------------------|-------------|
| Gemiddeld aantal contacten per dag | 67,9 (22,0) |
| waarvan: | |
| vis à vis | 49,9 (19,4) |
| telefonisch | 8,9 (5,1) |
| schriftelijk | 9,6 (5,8) |
| Daarbij was sprake van: | |
| „follow up” | 39,1 (13,5) |
| éénmalig overleg | 18,0 (9,1) |
| verwijzing | 10,5 (5,1) |

over patiënten waarbij dus 136 keer een hulpverlener is betrokken. Het is duidelijk dat de grote meerderheid der contacten vis à vis is en het karakter heeft van vervolg-overleg (follow up). Het is even duidelijk dat dit nu juist de contacten zijn die door het bestaan van een Gezondheidscentrum kunnen worden bevorderd en die in de solo-situatie het moeilijkst tot stand komen. Het aantal telefonische contacten is opvallend gering en komt dan nog praktisch geheel op rekening van contacten met hulpverleners buiten het Gezondheidscentrum. De schriftelijke contacten komen grotendeels op rekening van de verwijzingen naar de fysiotherapeuten (vereist!) en de verloskundigen en op het schriftelijk eindverslag van de fysiotherapeuten, wanneer een behandeling wordt afgesloten.

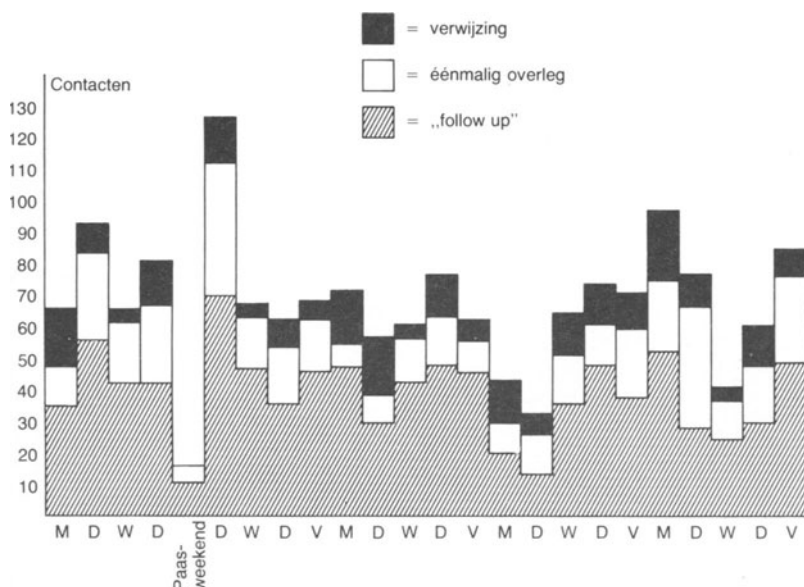
Vervolgens is voor elke discipline berekend hoeveel contacten er binnen de eigen beroepsgroep plaatsvonden en hoeveel contacten er met elk der andere groepen tot stand kwamen. In figuur 1 is dit overzichtelijk gemaakt. In elke cirkel staat het aantal contacten binnen de eigen groep vermeld. De dikte der pijlen is een maat voor de dichtheid van de communicatiestroom. De grootte van de pijlpunt karakteriseert de voorkeursrichting in deze stroom.

Een aantal aspecten van figuur 1 valt op:

1 De groep huisartsen bezet een centrale plaats in de communicatiestructuur. Zij communiceert in absolute termen met alle groepen het meest.

2 De huisartsen zijn beslist niet het meest actief bij het leggen van contacten. De wijkverpleegkundigen zijn iets actiever dan de huisartsen; de fysiotherapeuten en de maatschappelijk werkers zijn even

Grafiek 1. Aantal contacten tussen twee hulpverleners gedurende de periode maandag 24 maart 1975 tot en met 25 april 1975. Het overleg tijdens het weekend is bij de maandag opgeteld; het paasweekend inclusief Goede Vrijdag is apart weergegeven.



actief, en de verloskundigen zijn wat vaker passief.

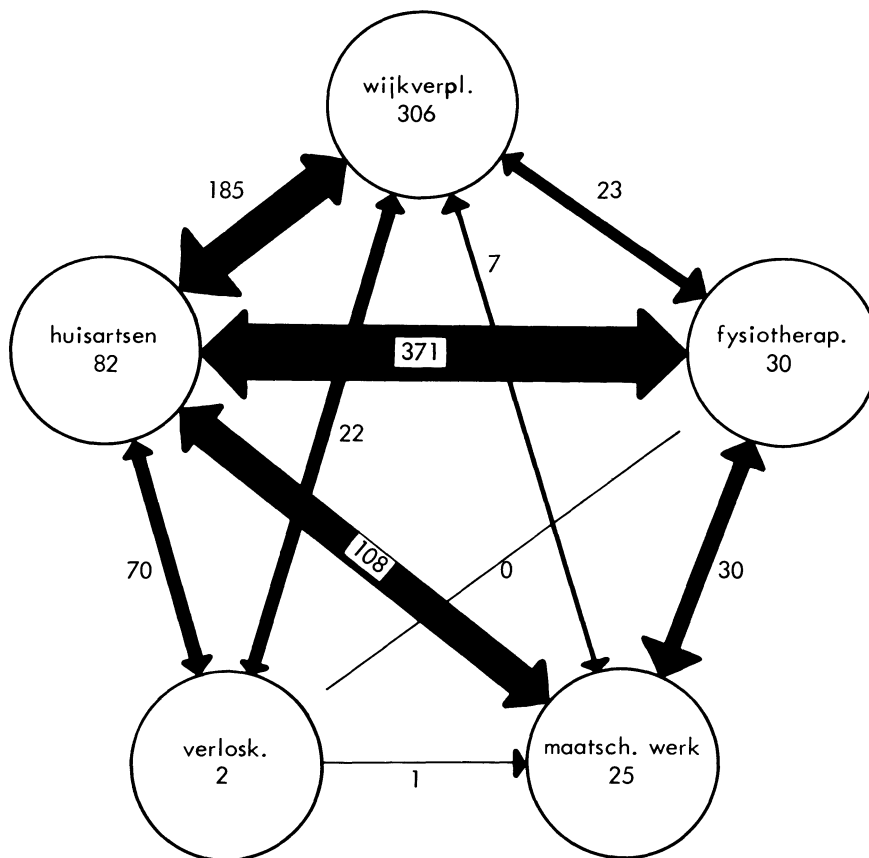
3 Het is duidelijk dat de communicatie „buiten de huisartsen om” substantieel is, te meer wanneer men rekening houdt met de „case load” per discipline. Vooral de wijkverpleegkundigen en de fysiotherapeuten communiceren frequent met de overige teamleden. De verloskundigen en de maatschappelijk werkers nemen een relatief geïsoleerde positie in. Vooral de communicatie tussen de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen is opvallend gering. Hiermee wordt opnieuw de vinger gelegd op iets dat wij al wisten maar wat steeds lijkt te worden verdrongen: de drempel naar het algemeen maatschappelijk werk is via de wijkverpleging praktisch niet te overschrijden. Het is opvallend dat via fysiotherapie daartoe wel kans wordt gezien.

4 Vooral de wijkverpleegkundigen kennen een intensief „intercollegiaal” overleg over patiënten. De twee verloskundigen hebben praktisch geen onderling contact over patiënten. De overige groepen kennen – zeker indien gerelateerd aan de „case load” – regelmatig contact over patiënten binnen de eigen beroepsgroep.

In tabel 2 is vervolgens op een rij gezet hoeveel contacten elke beroepsgroep (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundigen, de maatschappelijk werkers, enzovoort) per dag gemiddeld over patiënten heeft. In deze tabel zijn ook de apotheker, de overige hulp- en dienstverleners binnen en buiten Ommoord (exclusief medische specialisten) en de overige huisartsen, die patiënten (ongeveer 8.000) in Ommoord hebben, opgenomen. Opnieuw is duidelijk dat de wijkverpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten tenminste even vaak actief het contact beginnen als dat zij passief worden benaderd. De huisartsen worden even vaak benaderd als dat zij anderen actief benaderen. De maatschappelijk werkers zijn duidelijk passiever dan de overigen. Dit geldt ook enigzins voor de praktijkverpleegkundige.

Heel uitgesproken is dat de „overigen” in Ommoord en de „overigen” buiten Ommoord door de leden van het

Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.



kernteam actief worden benaderd en betrekkelijk zelden zelf het initiatief tot contact over patiënten nemen. De „overige huisartsen” (onder wie ook de huisarts, die na het aangaan van het dienstverband op 1 januari 1975 uit de groepspraktijk stapte en nu zelfstandig in Ommoord werkt) nemen ten behoeve

van 8.000 mensen gedurende één maand slechts elf keer contact op met de wijkverpleegkundigen, de verloskundigen en de maatschappelijk werkers in ons centrum. Deze laatsten nemen daarentegen vier keer vaker contact op met „de overige huisartsen”. Nog schrijnender wordt dit gegeven wanneer men zich realiseert dat het actief contact nemen door de „overige huisartsen” praktisch geheel op rekening komt van de in Ommoord gevestigde ex-groepspraktijkhuisarts.

Tabel 2. Gemiddeld aantal contacten per discipline per dag; tussen haakjes de standaarddeviatie.

| | „Actief” | „Passief” |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Wijkverpleegkundigen (6) | 22,8 (11,2) | 17,3 (10,1) |
| Maatschappelijk werkers (2) | 3,7 (3,6) | 5,3 (5,0) |
| Verloskundigen(2) | 2,8 (3,6) | 2,2 (2,8) |
| Fysiotherapeuten (4) | 10,8 (6,3) | 9,1 (4,8) |
| Huisartsen (8) | 22,4 (7,4) | 22,5 (8,2) |
| Praktijkverpleegkundige (1) | 2,0 (1,9) | 2,5 (2,0) |
| Apotheker (1) | 0,2 (0,4) | 0,5 (0,8) |
| Overigen in Ommoord | 2,0 (2,3) | 4,8 (4,6) |
| Overigen buiten Ommoord | 0,4 (0,9) | 1,3 (1,3) |
| Overige huisartsen | 0,5 (0,8) | 2,0 (2,6) |

Tot nu toe zijn vooral de disciplines als groep aan de orde gekomen. Het ligt voor de hand aan te nemen dat niet iedereen binnen een subgroep op dezelfde wijze over patiënten communiceert. In tabel 3 staat voor ieder kernteamlid afzonderlijk aangegeven het gemiddeld aantal contacten dat hij of zij actief of passief met ieder der anderen heeft gehad. De standaarddeviatie geeft daarbij een maat voor spreiding. Een hoog gemiddelde met een kleine standaarddeviatie betekent dat de contactfrequentie met alle kernteamleden even hoog is; een ten

opzichte van het gemiddelde grote standaarddeviatie houdt in dat met sommigen veel vaker contacten bestaan dan met anderen.

Het is duidelijk dat de verschillen zeer groot zijn. Bijvoorbeeld wijkverpleegkundige A is relatief passief en wordt – zie de standaarddeviatie – door een beperkt aantal mensen zeer vaak aangesproken, terwijl de overigen nauwelijks contact over patiënten met haar zoeken. Wijkverpleegkundige B is zeer actief, zowel wat de richting als wat het aantal contacten betreft. Wijkverpleegkundige C neemt relatief vaak het initiatief maar beperkt zich daarbij tot een relatief beperkt aantal teamleden. Verloskundige B neemt zelf heel zelden contact over een patiënt op in tegenstelling tot haar collega A. Ook bij de fysiotherapeuten is veel variatie. B is erg afwachtend, terwijl C nogal actief op een beperkt aantal mensen afstapt. Bij de huisartsen vallen A en E op door de relatief hoge contactfrequentie. B en D laten een relatief lage frequentie en een passieve instelling zien. Het verschil tussen G en H, die beiden sinds kort zijn gevestigd en slechts een kleine praktijk hebben, is groot. H is zeer actief maar wordt in vergelijking daarmee betrekkelijk weinig door de anderen benaderd. Overigens zij opgemerkt dat de praktijkgrootte niet alleen bepalend is voor de mogelijkheden tot het opnemen van contact over patiënten voor G en H, omdat zij beiden meewerken in de overige praktijken.

In de derde kolom getallen in *tabel 3* staan de absolute contactfrequenties per kernteamlid (de som van al deze contacten is uiteraard het dubbele van 1624 omdat bij elk contact twee mensen zijn betrokken). Ook hier treden weer aanzienlijke verschillen op.

Het is duidelijk dat met *tabel 3* het individuele communicatiepatroon van ieder kernteamlid nog onvoldoende is gekarakteriseerd. In het kader van dit artikel is het echter ook overdreven op een en ander meer gedetailleerd in te gaan. Het is echter wel mogelijk een vijftal patronen te onderscheiden.

1 De actieveling zonder onderscheid des persoons. In dit patroon gaat het om de

Tabel 3. Gemiddeld aantal contacten van ieder kernteamlid actief of passief met ieder der andere kernteamleden. Tussen haakjes de standaarddeviatie.

| | | Richting contact | | Contacten totaal |
|--------------------------|---|------------------|-----------|------------------|
| | | Actief | Passief | |
| Wijkverpleegkundige | A | 2,7 (4,2) | 4,1 (9,6) | 177 |
| | B | 6,5 (6,3) | 4,0 (5,9) | 278 |
| | C | 5,3 (9,3) | 2,8 (5,0) | 211 |
| | D | 3,3 (4,5) | 2,0 (3,3) | 146 |
| Ziekenverzorger | E | 0,9 (2,1) | 2,0 (4,3) | 79 |
| | F | 2,3 (4,6) | 0,6 (1,3) | 73 |
| Maatschappelijk werkster | A | 1,3 (2,2) | 2,2 (3,5) | 89 |
| | B | 2,2 (4,1) | 2,8 (4,3) | 128 |
| Verloskundige | A | 1,8 (2,3) | 0,9 (1,6) | 71 |
| | B | 0,5 (1,3) | 1,1 (1,9) | 48 |
| Fysiotherapeut | A | 2,8 (3,8) | 2,5 (3,7) | 137 |
| | B | 2,5 (2,9) | 1,7 (2,5) | 110 |
| | C | 4,0 (5,4) | 1,9 (2,8) | 151 |
| | D | 0,8 (1,1) | 2,5 (3,9) | 85 |
| Huisarts | A | 3,9 (4,9) | 3,7 (5,4) | 199 |
| | B | 1,3 (2,4) | 2,8 (3,9) | 100 |
| | C | 2,0 (2,2) | 1,9 (2,5) | 101 |
| | D | 1,0 (1,3) | 2,7 (3,2) | 95 |
| | E | 4,0 (5,4) | 3,7 (4,5) | 205 |
| | F | 3,2 (3,9) | 3,3 (3,5) | 171 |
| | G | 1,0 (1,5) | 1,1 (1,5) | 56 |
| | H | 4,0 (4,1) | 1,8 (2,0) | 151 |
| Praktijkverpleegkundige | | 1,9 (3,0) | 2,6 (4,1) | 106 |
| Apotheker | | 0,2 (0,5) | 0,5 (1,0) | 16 |
| Overigen binnen Ommoord | | 2,0 (3,5) | 4,1 (5,8) | 160 |
| Overigen buiten Ommoord | | 0,6 (1,4) | 1,0 (2,3) | 46 |
| Overige huisartsen | | 0,3 (0,7) | 2,7 (5,1) | 59 |

mensen die zowel actief als passief met praktisch alle teamleden (rekening houdend met de potentiële contactmogelijkheden) communiceren over patiënten. Zij hebben juist niet met één bepaalde huisarts of fysiotherapeut of maatschappelijk werker eigenlijk veel vaker contact dan met een ander. Dit type komt in ons team betrekkelijk weinig voor (wijkverpleegkundige B, fysiotherapeut B, huisarts F).

2 De actieve maar selectieve communicerder. Er zijn hier wel veel contacten, doch vooral met bepaalde teamleden, van wie sommigen dan vooral actief worden benaderd, terwijl tot anderen de houding meer afwachtend kan worden genoemd. Dit type wordt vooral vertegenwoordigd door wijkverpleegkundige A, maatschappelijk werker B, fysiotherapeut A, huisartsen A en E en de praktijkverpleegkundige.

3 De binnenvetter. Dit type communiceert relatief vaak binnen de eigen be-

roepsgroep. Voorbeelden zijn wijkverpleegkundige D, ziekenverzorger E, maatschappelijk werker A, fysiotherapeut D.

4 De afwachtende zwijger. Dit type vindt men vooral onder de huisartsen (B en D). Binnen dit communicatie-type wordt afgewacht tot de ander het initiatief neemt, hetgeen inderdaad frequent gebeurt.

5 De solist. Deze komt maar weinig in ons team voor. Hij neemt niet alleen weinig contact op maar wordt ook weinig benaderd door de anderen. De communicatiefrequentie ligt opvallend laag. De ziekenverzorgsters lijken tot dit type te neigen, verloskundige B en huisarts G eveneens.

DISCUSSIE

Samenwerken in een team behoeft – gezien het voorgaande – geen loze kreet te zijn als het gaat om de praktische hulpverlening. Het is duidelijk geworden dat er in ons team zeer intensief contact

over patiënten plaatsvindt, het is even duidelijk dat het werken in één gebouw, de gezamenlijke ochtendkoffie en de ruime toegankelijkheid van iedereen dit bevorderen.

Duidelijk is ook dat formele casuïstiekbesprekingen deze grote hoeveelheid informatie nooit kunnen kanaliseren. Het is trouwens onze ervaring dat casuïstiekbesprekingen vooral dan zinvol zijn, wanneer het leereffect ervan op de voorgrond staat en in perioden waarin wordt gezocht naar nieuwe samenwerkingsstrategieën. Naar mijn mening moet er voor worden gewaakt dat casuïstiekbesprekingen te lang worden voortgezet en verworden tot een gestereotypeerde discommunicatie.

Een team bestaat uit volwassen, zelfstandige mensen, die een voor een verantwoordelijk zijn voor hun aandeel in het uitvoeren van de gemeenschappelijke doelstelling. De beschrijving en de typologie van de individuele communicatiepatronen, welke hiervoor is gegeven, vormt echter wel degelijk aanleiding te bezien in hoeverre – bijvoorbeeld door gerichte casuïstiekbesprekingen – bepaalde teamleden gesteund kunnen (en willen) worden.

Onze verwachting, dat het contact met de overige hulpverleners binnen en buiten de wijk (dienstencentrum, gezinszorg, sociaal raadsman, LM-bureaus en M.O.B.'s, controlerende- en bedrijfsartsen, sociale psychiatrische dienst, priesters, vormingswerkers, enzovoort) een zeer eenzijdig verloop zou hebben, is be-

vestigd. Het zijn in de eerste plaats de teamleden zelf die actief met anderen buiten het team contact zoeken over patiënten. De respons daarop van buitenaf is zeer gering in omvang.

Zeer gering in omvang is de communicatie over patiënten met de „overige huisartsen”. Wanneer men zich realiseert dat het aantal contacten over de wijkverpleging, de kinderhygiëne, de verloskunde en het maatschappelijk werk voor 8.000 wijkbewoners praktisch te verwaarlozen klein is, dan is het duidelijk dat daar iets aan moet worden gedaan. Overigens komt deze conclusie goed overeen met de uitkomsten van het rapport Wijkverpleegkundige en huisarts in de Huisgezondheidszorg.* De helft van alle wijkverpleegkundigen – volgens dit rapport – zegt gemiddeld twee keer per maand of nog minder contact te hebben met één of meer huisartsen en voor eenkwart is dat zelfs maximaal eenmaal per maand. Slechts eentiende rapporteerde in totaal ten minste negen contacten per maand, hetgeen neerkomt op een gemiddelde van ongeveer tweemaal per week. In grote steden is een en ander dan nog weer slechter dan op het platteland.

Er zijn onvoldoende aanwijzingen voor de conclusie dat de drempel, welke het Gezondheidscentrum in Ommoord oplevert voor de hulpverleners erbuiten, hoger is dan de drempel welke moet worden overschreden in wijken waar geen samenwerkingsverband bestaat.

Tenslotte is het nuttig er de nadruk op

te leggen, dat niet elk contact over een patiënt tussen hulpverleners, identiek is aan een betere behandeling of aan een beter resultaat. Maar wat dit probleem betreft is er praktisch geen enkele behandeling in de hulpverlening, welke wel kan bogen op een goed omschreven en gekwantificeerd oordeel over het effect ervan. Ook de vraag welke contacten essentieel voor de hulpverlening zijn, welke overbodig en welke misschien zelfs ongewenst, wordt met dit onderzoek niet beantwoord.

Wanneer men er van uitgaat dat onderling contact over patiënten nuttig is – en die mening wordt algemeen beleden – dan is in elk geval aangetoond dat, wat dit betreft, het kernteam in Ommoord goed aan het doel beantwoordt.

Summary. Talking about patients: a quantitative approach to communication within a multidisciplinary team. This paper describes the extent to which and manner in which members of the multidisciplinary permanent team in the Ommoord district health centre communicate about patients. Contacts about patients prove to be frequent; there is mainly personal across-the-table contact about progress of therapy. Five patterns of communication are distinguished. It is concluded that the Ommoord permanent team fills the bill if one maintains that frequent inter-helper contact about patients is useful.

* Instituut voor toegepaste sociologie, Nijmegen, 1975.

Huisartsen en hun probleempatiënten: kwaliteit van de arts-patiënt communicatie

DOOR C. J. J. M. IJZERMANS EN H. C. SCHOUWENBURG*

INLEIDING

In het kader van een exploratief onderzoek naar eigenschappen van patiënten, die volgens hun huisarts hun psychische of sociale problemen tot uitdrukking schijnen te brengen in vage

* Instituut voor huisartsgeneeskunde universiteit van Amsterdam (directeur: B. S. Polak).

lichamelijke klachten (*Van Loon en Schouwenburg*), werd de betreffende patiënten een lijst voorgelegd van mogelijke persoonlijke probleemgebieden (*bijlage 1*). Daarop kon worden aangegeven welke probleemgebieden de patiënt op zichzelf van toepassing achtte in een periode van anderhalf jaar, voorafgaand aan het moment waarop de vragenlijst werd ingevuld. Vervolgens werd een

soortgelijke lijst (met dezelfde vragen) aan hun respectieve huisartsen voorgelegd (*bijlage 2*). Op deze wijze kon per probleemgebied afzonderlijk worden nagegaan hoeveel de betreffende huisarts van zijn individuele patiënten wist of dacht te weten met betrekking tot hun psychosociale achtergrondproblematiek. De gemiddelde overeenstemming tussen de dokter en zijn patiënten aan-