

Het drieluik: een opleidingsmethode voor huisartsopleiders

Inleiding

Vanaf de start van de beroepsopleiding in Leiden (1976) hebben de opeenvolgende groepen huisartsopleiders een hele ontwikkeling doorgemaakt. Kwamen de huisartsopleiders eerst maandelijks bijeen om ervaringen uit te wisselen en praktische informatie te krijgen, geleidelijk aan kwamen er meer vragen naar voren over het opleiden zelf. De vragen om aandacht voor de concrete onderwijssituatie werden dringender en de opleider ontwikkelde zich duidelijk van gelegenheidsgever tot docent-opleider. Sinds 1978 heeft de begeleiding van de huisartsopleiders daarom binnen de Leidse Vakgroep Huisartsgeneeskunde hoge prioriteit gekregen. De opleiding van de arts-assistenten vindt immers voor een belangrijk deel plaats bij de huisartsopleider, onder andere door middel van dagelijkse werkbesprekingen.

De behoefte groeide aan een, didactisch gezien, systematischer opleidingsprogramma voor de huisartsopleiders. Hierin zou met name een antwoord gegeven moeten worden op de vraag: „Wat moeten de huisartsopleiders de arts-assistenten leren? En hoe?” Tot nu toe was deze fase in het opleidingsproces – het gericht werken met leerdoelen

– overgeslagen. Op zich niet zo verwonderlijk, want hoewel er veel rapporten zijn verschenen over de taken van de huisarts, blijkt in de dagelijkse praktijk steeds weer dat huisartsen uiteenlopend denken over wat een huisarts doet of behoort te doen en dus ook over wat een arts in opleiding tot huisarts moet leren. Uiteraard waren wij niet in staat dit hete hangijzer van de huisartsgeneeskunde op te lossen. Wel menen wij dat met de drieluikmethode als opleidingsinstrument voldoende waarborgen zijn ingebouwd om de vele facetten van het huisartsgeneeskundig handelen bespreekbaar te maken voor opleider en arts-assistent. Daarbij kunnen beiden een gezonde mate van autonomie behouden.

Achtereenvolgens wordt in dit artikel aandacht besteed aan:

- de premissen bij de ontwikkeling van het drieluik als onderwijskundige methode;
- de doelstelling;
- de drieluikmethode zelf;
- de toepassingsmogelijkheden en -varianten ervan.

De premissen

Het belangrijkste uitgangspunt betrof de huisartsopleider en luidde als volgt: wij gaan ervan uit dat de kennis, vaardigheid en attitude voor het functioneren als huisarts bij de opleider in voldoende mate aanwezig zijn. Dat wil zeggen dat de huisartsopleider in staat is de dagelijkse problematiek in de huisartspraktijk te hanteren. Onze vooronderstelling met betrekking tot de arts-assistent was dat de klinische kennis, vaardigheid en attitude vanuit de basis-

opleiding voldoende zijn. (Overigens beseffen wij dat beide premissen discutabel zijn, maar die discussie willen wij hier niet voeren.)

Voorts leefde bij ons de wens een zodanig programma te ontwikkelen, dat de zelfwerkzaamheid van de huisartsopleider bij de opleiding van zijn arts-assistent alle kansen krijgt.

De doelstelling

De doelstelling was: de huisartsopleider leren bewust en systematisch te werken met leerdoelen in de één-op-één onderwijsrelatie met zijn arts-assistent.

Om onderwijs te geven moet de docent weten welke stof hij de leerling wil bijbrengen en waartoe hij hem wil opleiden, kortom, wat zijn leerdoelen zijn. De kracht van de huisartsopleider is zijn ervaring en zijn in de praktijk opgedane kennis en vaardigheid. Vaak echter zijn deze kennis en vaardigheid en de bijbehorende attitude niet zodanig bewust en gestructureerd bij de huisartsopleider aanwezig, dat hij in staat is datgene wat hij dagelijks doet en wat bepalend is in zijn dagelijks handelen, om te bouwen tot concrete leerdoelen ten behoeve van de opleiding van de arts-assistent.

De drieluikmethode beoogt hem daarbij te helpen.

De drieluikmethode

Het drieluik als methode om tot het werken met leerdoelen te komen bestaat uit drie fasen:

1. de huisartsopleider wordt zich bewust van zijn onderwijsdoelen;
2. de arts-assistent wordt gestimuleerd (door de huisartsopleider) zijn leerdoelen te ontdekken;
3. de onderwijsdoelen van de huisartsopleider en de leerdoelen van de arts-assistent worden op elkaar afgestemd.

● *Fase 1.* De eerste fase van het werken met de drieluikmethode is gericht op de huisartsopleider en helpt hem om vanuit zijn dagelijkse werk te komen tot het opstellen van onderwijsdoelen. Hiertoe dient hij gebruik te maken van een drietal vragen, het zogenaamde drieluik (figuur 1). Ter verduidelijking geven wij in figuur 2 een voorbeeld met betrekking tot het onderwerp hypertensie; wij zullen er verderop uitvoeriger op terugkomen.

De onderwijsdoelen van een huisartsopleider weerspiegelen de ervaring die hij heeft opgedaan, en zijn dus sub-

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

¹ Klinisch psychologe, destijds medewerker Vakgroep Huisartsgeneeskunde, thans medewerker afdeling Medische Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam. ² Klinisch psychologe, medewerker Vakgroep Huisartsgeneeskunde.

³ Huisarts, hoogleraar Vakgroep Huisartsgeneeskunde. ⁴ Destijds huisarts en medewerker Vakgroep Huisartsgeneeskunde, thans directeur patiëntenzorg Diaconessenhuis Leiden.

Figuur 1. Het drieluik.

Vragen	Toelichting
1. Wat kom ik regelmatig tegen met betrekking tot onderwerp x?	De huisartsopleider gaat hierbij uit van de dagelijkse huisartspraktijk (en niet van de klinische geneeskunde).
2. Wat is daar moeilijk aan?	Het gaat er vervolgens om dat de huisartsopleider zich realiseert welke aspecten voor hemzelf, voor de patiënt en diens omgeving, voor zijn praktijkvoering, enzovoort, problemen (kunnen) opleveren c.q. hebben opgeleverd.
3. Wat wil ik mijn arts-assistent hierover leren?	Op natuurlijke wijze volgt nu uit de vragen 1 en 2 welke onderwijsdoelen de huisartsopleider als belangrijk beschouwt.

Figuur 2. Het drieluik toegepast op hypertensie.

Vragen	Antwoorden
1. Wat kom ik regelmatig tegen met betrekking tot hypertensie?	Oude mensen met hoge bloeddruk die niet op therapie reageren.
2. Wat is daar moeilijk aan?	Wat is nu schadelijker: de hoge bloeddruk of krachtadig de tensie naar beneden drukken?
3. Wat wil ik mijn arts-assistent hierover leren?	Het afwegen van het klinische beeld tegen statistisch-epidemiologische gegevens. Het behandelen van de patiënt en niet de bloeddruk.

jectief. Iedere huisartsopleider vindt andere aspecten van een onderwerp, een ziektebeeld of een patiënt belangrijk of moeilijk en daarom de moeite waard om te bespreken met zijn arts-assistent. Dit hangt samen met de soort praktijk, de praktijkvoering en vooral de ervaring van de opleider. Wanneer de opleider deze ervaring aan de arts-assistent overdraagt met de boodschap „zo doe/deed ik het altijd, zo is het altijd goed gegaan”, of „dat willen de patiënten nu eenmaal”, dan is het onderwijskundig effect hiervan niet zo groot. Het risico bestaat zelfs dat de huisartsopleider de arts-assistent opleidt tot een spiegelbeeld van zichzelf in plaats van tot een zelfstandig denkende en functionerende nieuwe huisarts.

Zoals gezegd, zijn er nog geen unanieme afspraken over de taken van de huisarts en is het dus ook niet mogelijk om unanieme onderwijsdoelen te hebben. De huisartsopleider leert de arts-

assistent dus wat hij zelf belangrijk vindt. Des te noodzakelijker is het dat de huisartsopleider hierbij vermeldt hoe het komt dat hij een bepaald aspect (van een onderwerp, van een ziektebeeld, bij een patiënt) benadrukt. Pas dan kan het een arts-assistent duidelijk worden dat de onderwijsdoelen van de huisartsopleider gebaseerd zijn op de problemen die deze in de afgelopen jaren zelf heeft ervaren, én op de positieve of negatieve ervaringen die hij met de gekozen oplossingsstrategieën heeft gehad. Om dit te kunnen dient de huisartsopleider na te gaan hoe zijn gewoonte om een probleem op een bepaalde wijze aan te pakken tot stand is gekomen. Dit betekent dat hij het proces van ervaringen opdoen, dat hij zelf als huisarts heeft doorgemaakt, terugroept in zijn beleving en zich dat opnieuw bewust maakt (figuur 3). Hierdoor realiseert de huisartsopleider zich tevens preciezer, waarom hij voor een bepaalde oplossingsstrategie heeft gekozen. De overdracht hiervan aan de arts-assistent maakt dat de arts-assistent de overstap van de klinische geneeskunde naar de huisartsgeneeskunde veel doelgerichter leert maken. Vervolgens kan de arts-assistent zelf beslissen of hij deze oplossingsstrategie wel of niet overneemt, omdat deze al dan niet past bij zijn eigen denk- en handelwijze.

Hieronder volgt een voorbeeld van het proces van „het terugroepen in de beleving”. We gebruiken hiervoor het in figuur 2 beschreven leerdoel „De patiënt en niet de bloeddruk te behandelen”. De huisartsopleider licht dit leerdoel toe met de volgende casus:

Mevrouw Zijlstra-Jansen, oud 75 jaar, had al enkele jaren een hypertensie – meestal met behandeling ongeveer 200/110. Uitvoerig specialistisch onderzoek leverde geen extra informatie op. Af en toe voelde zij zich ineens rot en depressief. De bloeddruk was dan 110/70. Na het staken van de antihypertensiva liep de tensie vrij snel op en moest de behandeling opnieuw gestart worden. Daar de

Figuur 3. Het proces van het „terugroepen in de beleving” door de huisartsopleider.

Heden zonder reflectie:	„Ik doe het zo.”
Terug naar vroeger:	„Waarom eigenlijk?” „Hoe ben ik ertoe gekomen?” „Welke ervaring heeft aanleiding gegeven tot deze oplossingsstrategie?”
Heden na reflectie:	„Ik weet weer wat mij er toe gebracht heeft deze oplossing te kiezen. Ik zal mijn arts-assistent die ervaring van vroeger vertellen.”

Figuur 4. Het drieluik van de huisartsopleider met betrekking tot hypertensie.

1. Wat kom ik regelmatig tegen in de dagelijkse praktijk?	2. Wat is daar moeilijk aan?	3. Wat wil ik mijn arts-assistent hierover leren?
Hoe ver moet ik gaan met (systematisch) opsporen?	Aan één gedragslijn vasthouden.	Consequent beleid te voeren.
Soms onverwacht flink hoge bloeddrukwaarden, die na korte tijd weer redelijk is.	Je eigen schrikreactie niet op de patiënt overbrengen. Niet te snel therapie instellen.	De patiënt niet het slachtoffer van onze medische onzekerheid te laten worden. Kritisch te staan tegenover farmacotherapie.
Oude mensen met hoge bloeddrukwaarden die niet op therapie reageren.	Wat is nu schadelijker; de hoge bloeddruk of krachtadig de tensie naar beneden drukken?	Af te wegen het klinische beeld tegen statistisch-epidemiologische gegevens. De patiënt en niet de bloeddruk te behandelen.
De controles (frequentie, enz.)	Ongerief van de patiënt.	Volgens een vast schema de controles te doen. De patiënt te informeren over nut en zin ervan. Schema NHI te gebruiken.
Cholesterol-neurose.	Het opboksen tegen de invloed van de media en pgo-instanties.	Kritischer het begrip van hypercholesterolemie te benaderen.
Moeilijk instelbare hypertensie.	Afwegen van therapeutische werking en bijwerking van medicamenten.	Kennis te hebben en toe te passen over werking, bijwerking en contra-indicaties van antihypertensiva.
Slechte therapietrouw.	Motiveren van patiënt. Vrijheid van patiënt accepteren.	Goede voorlichting, instructie en begeleiding te geven. Te functioneren als arts met maximale vrijheid voor iedere patiënt.

bloeddruk hier weinig op reageerde, werd de dosering en variatie van middelen verhoogd tot ze na enkele maanden ineens weer in een forse hypotensie schoot. Thans accepteer ik dat zij niet behandelbaar is, en zij is er dankbaar voor dat ik haar niet meer, zo nodig krachtadig, „moet” behandelen. Later ben ik hierdoor ook bij andere bejaarden voorzichtiger geworden met een krachtige aanpak.

Als de huisartsopleider op deze wijze zijn onderwijsdoelen toelicht, voorkomt hij dat de arts-assistent klakkeloos zijn probleemoplossingen overneemt, en hij geeft de arts-assistent volop de gelegenheid bewust en kritisch lering te trekken uit de ervaringen van de opleider. Doordat deze zijn onderwijsdoelen direct relateert aan de dagelijkse huisartspraktijk, bouwt hij bovendien de mogelijkheid tot relativeren in. De geldigheid van een handeling en de twijfel daaraan zijn bespreekbaar geworden. De arts-assistent kan zijn eigen denken en handelen hier tegenover plaatsen. Hoe een door een huisartsopleider gemaakt drieluik over hypertensie er uit

zou kunnen zien, is weergegeven in *figuur 4*.

- *Fase 2.* De kans dat de huisartsopleider, als hij eenmaal weet wat hij de arts-assistent wil bijbrengen, actief aan het onderwijzen gaat, is groot – met alle risico's van dien, dat het effect ervan minder groot is dan gehoopt. De oorzaak daarvan kan zijn, dat de arts-assistent heel andere aspecten met de huisartsopleider wil doornemen. De arts-assistent komt zo uit de kliniek en heeft wellicht moeite met zaken waarvan de huisartsopleider zich nauwelijks kan voorstellen dat zij een probleem zijn. Bovendien is het ook voor de arts-assistent noodzakelijk, wil hij gericht leren en ervaring opdoen, dat hij onderkent wat hij niet weet, en waar hij moeite mee heeft. Dat wil zeggen: zijn leerdoelen ontdekt, dit om te voorkomen dat waarheid wordt wat R. D. Laing zo aardig beschrijft in een gedicht dat wij wel eens het gebed van een arts-assistent noemen (*figuur 5*).

Wij achten het een belangrijke taak van de huisartsopleider de arts-assistent te helpen bij het ontdekken van diens leer-

behoeften, te meer daar de arts-assistent de huisartsgeneeskunde nog niet kent en overziet. De huisartsopleider introduceert daarom het drieluik bij de arts-assistent en helpt hem bij het beantwoorden van de vragen. Hij legt tevens uit wat hij met deze systematische werkwijze beoogt.

De drieluikvragen voor de arts-assistent luiden dan als volgt:

Vraag 1: Wat ben ik in de dagelijkse praktijk (tot nu toe, vandaag, bij deze patiënt, met betrekking tot dit onderwerp) tegengekomen?

Vraag 2: Wat vind ik daar moeilijk aan? Wat ervaar ik als belemmerend om tot een adequate oplossing te komen?

Vraag 3: Wat wil ik nu concreet met betrekking tot dit aspect leren?

Als de arts-assistent eenmaal weet om te gaan met het drieluik, kan hij (net als de huisartsopleider) ter voorbereiding van een werkbespreking een drieluik maken (*figuur 6*).

- *Fase 3.* Als huisartsopleider en arts-assistent ieder een drieluik met betrekking tot een bepaald onderwerp hebben

Figuur 5. Het „gebed van een arts-assistent”.

Er is iets wat ik niet weet
 wat ik verondersteld word te weten
 Ik weet niet wat ik niet weet
 en toch verondersteld word te weten
 en ik heb het idee dat ik een stomme indruk maak
 wanneer ik het zowel niet schijn te weten
 als niet schijn te weten wat ik niet weet
 Daarom wend ik voor het te weten
 Dat is zenuwslopend
 aangezien ik niet weet wat ik moet voorwenden te weten
 Daarom wend ik voor alles te weten

Ik heb het idee dat jij weet wat ik verondersteld word te weten
 maar je kunt me niet zeggen wat het is
 want je weet niet dat ik niet weet wat het is

Jij weet misschien wat ik niet weet, maar niet
 dat ik het niet weet,
 en ik kan het je niet zeggen. Dus zul je me alles moeten vertellen.

(Uit: Ronald D. Laing, *Toestanden*.)

gemaakt, is het zaak dat zij gezamenlijk een onderwijsprogramma over deze leer- en onderwijsdoelen opstellen. Dit betekent dat zij aangeven of en in welke volgorde en in welke mate zij aan de respectieve doelen aandacht gaan besteden. De leerdoelen van de arts-assistent krijgen hierbij prioriteit. Het voorbijgaan aan de op dit moment aanwezige vragen en onzekerheden van de arts-assistent is didactisch gezien niet juist en

kan de arts-assistent belemmeren om een open oor te hebben voor de onderwijsdoelen van de huisartsopleider. In tweede instantie brengt de huisartsopleider zijn onderwijsdoelen in en dient hij na te gaan of deze een probleem vormen voor de arts-assistent. Ook al geeft de arts-assistent aan dat hij zich zeker voelt ten aanzien van een bepaald onderwijsdoel, dan nog is het aan de huisartsopleider om te beslissen

of hij daaraan alsnog aandacht wil geven. In dat geval behoort de huisartsopleider na te gaan of zijn arts-assistent inderdaad het betreffende onderwijsdoel heeft bereikt, dat wil zeggen of hij volgens de criteria van de huisartsopleider (als docent) de in het onderwijsdoel geformuleerde kennis, vaardigheid of attitude bezit en de geformuleerde „situatie” adequaat weet te hanteren. Als dat niet het geval is, wordt er in hun onderwijsprogramma nog expliciet aandacht aan besteed.

Het is niet zinvol bij de bespreking van een onderwerp aan alle onderwijs- en leerdoelen tegelijkertijd aandacht te besteden. Het is onderwijskundig beter aan een beperkt aantal doelen grondig aandacht te besteden. Het systematisch en logisch analyseren van ervaringen uit de dagelijkse praktijk en het koppelen aan de kennis uit de medische en de sociale wetenschappen heeft zo een versterkend effect op het totale huisartsgeneeskundig handelen. Overigens hebben veel leer- en onderwijsdoelen betrekking op algemene aspecten van de huisartsgeneeskunde, zoals het versterken van therapietrouw, het motiveren van patiënten, het geven van voorlichting of instructie, en het begeleiden en regelen van controle-afspraken.

Bij het opstellen van het onderwijsprogramma kan de huisartsopleider een keuze maken uit verschillende onderwijsmiddelen en -methoden om het onderwijsdoel te bereiken. Te denken valt

Figuur 6. Het drieluik van de arts-assistent met betrekking tot hypertensie.

1. Wat kom ik in de dagelijkse praktijk tegen?	2. Wat is daar moeilijk aan?	3. Wat wil ik nu concreet over dit onderwerp leren?
Oude patiënten die al jaren behandeld worden.	Beslissing of onderzoek weer opnieuw gedaan moet worden.	Afwegen van het effect van diverse onderzoeken (vooral bij oudere patiënten).
Hoe ver moet ik gaan met diagnostiek?	Ingrijpendheid van grondige diagnostiek versus zeer geringe trefkans op afwijkingen.	Te ontdekken hoe groot de kans is dat een grove pathologie schuilt achter een hypertensie. Af te wegen de ingrijpendheid van een specialistisch onderzoek tegenover het voor de patiënt te verwachten nut.
Therapieproblemen.	Wisselende inzichten en adviezen; telkens duiken nieuwe preparaten op. Goede therapie kan voor patiënt flink ingrijpen.	Bijwerkingen en contra-indicaties kennen Een keus te maken uit het aantal beschikbare preparaten en daarvan slechts gemotiveerd af te wijken. Een therapieschema te hebben per leeftijdsgroep.
Iets te hoge bloeddruk bij pilcontrole.	Wat is belangrijker: goede AC of streng zijn op te hoge bloeddruk?	Alternatieve AC-methoden kennen, kunnen bespreken en toepassen.

aan het opstellen van beleidsschema's, toets- en kennisvragen, studie van recente vakliteratuur, overleg of consultatie met specialist, rollenspel, observatie van spreekuurconsulten, enzovoort.

De toepassingsmogelijkheden en varianten van het drieluik

Binnen de één-op-één onderwijsrelatie tussen huisartsopleider en arts-assistent zijn de toepassingsmogelijkheden als volgt:

- ter voorbereiding van een thema;
- ter voorbereiding van de nabespreking van een aantal spreekuurconsulten (bijvoorbeeld één leerdoel per patiënt noteren);
- ter voorbereiding van de nabespreking van een op de band opgenomen spreekuurconsult.

In deze volgorde geven de toepassingsmogelijkheden ook aan hoe de aandacht aanvankelijk vooral gericht kan worden op de kennisaspecten (dus: „Wat moet de arts-assistent weten”) en vervolgens op hetgeen er tussen arts-assistent en patiënt gebeurt (de interactionele en communicatieve vaardigheden van de arts-assistent).

Het regelmatig gebruiken van het drieluik stelt de opleider bovendien in staat aan het einde van de opleidingsperiode te overzien welke aspecten van de huisartsgeneeskunde systematisch doorgenomen zijn. Hij krijgt zo een archief van onderwijsprogramma's, literatuurexcerpten en beleidsschema's. Dat is niet alleen voor hemzelf nuttig, maar ook voor een volgende arts-assistent in opleiding.

Daarnaast wordt het drieluik in de arts-assistentengroepen op de terugkomdag gebruikt ter voorbereiding van een onderwerp dat behandeld zal worden door een groepslid, een van de begeleiders of een gastdocent.

Wij hebben in dit artikel uitvoerig stilgestaan bij een methode om systeem en structuur te geven aan de onderwijs situatie van huisartsopleider en arts-assistent. De oefeningen met deze drieluikmethode in de groepen (zowel van huisartsopleiders als van arts-assistenten) bleken van groot belang. Wij realiseren ons echter terdege dat de praktijk van alledag maakt dat de methode in onverkorte vorm niet dagelijks hanteerbaar is. Het netto resultaat, na enige oefening, is echter wel dat opleider én arts-assistent gericht gaan denken en werken met wat ze elkaar te bieden hebben en van elkaar kunnen leren. Een uitvoerig uitgewerkt drieluik is dan vaak niet meer nodig.

Samenvatting. Sinds het begin van de beroepsopleiding tot huisarts (1976) is in Leiden gewerkt aan de ontwikkeling van programma's voor huisartsopleiders. Een van de resultaten daarvan is het Drieluik, een opleidingsmethode voor huisartsopleiders. In deze methode ligt het accent op een bewustwording van de onderwijsdoelen bij de huisartsopleider en van de leerdoelen bij de arts-assistent. Tevens wordt het belang van het op elkaar afstemmen van deze doelen verduidelijkt. De basisstof voor het genereren van de onderwijs- en leerdoelen wordt gevormd door de dagelijkse praktijkervaringen. Hierdoor behoudt het huisartsgeneeskundig handelen zijn kernfunctie in de nabespreking tussen opleider en arts-assistent. Door het methodisch hanteren van een aantal onderwijskundige principes krijgen voorts de rol en de taak van de huisartsopleider als docent-begeleider meer inhoud.

Summary. The Triptych: a method of training general practitioners to be a trainer.

Since the start of vocational training in general practice (1976), Leiden University Department of General Practice has worked on the development of programmes to train general practitioners. One of the results of this work is the Triptych, a method of training them. This method emphasizes awareness of the teaching goals in the trainer, and of the learning goals in the trainee. It also stresses the importance of attuning these goals. The basic elements for the formulation of teaching and learning goals are found in the daily experiences of actual practice. This ensures that the general practice activities retain their central function in the retrospective discussions between trainer and trainee. The methodical application of a number of teaching principles, moreover, enhances the substance of the role and task of the general practitioner who trains as teacher-mentor.

Literatuur

Bij het ontwikkelen van de drieluikmethode hebben wij ons onder meer laten inspireren door:

- Byrne, P. S. en B. E. L. Long. Leren zorgen. De huisarts als opleider. *Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht*, 1975.
- Fabb, W. E., et al. Focus on learning in family practice. *Royal Australian College of General Practitioners, Melbourne*, 1976.

Vervolg literatuur p. 431

- Custers, J. en G. van der Aa. Huisartsenvrouw – huisartsenman, huisartsenpraktijk en huisartsengezin. (1982) *Med. Contact* 37, 4.
- Family. The — doctor's family. Editorial (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 28, 579.
- Goedvolk, C. De vrouw van de huisarts en het dienstverband. [Brieven]. (1981) *Med. Contact* 36, 718.
- Jaarverslag Nederlands Huisartsen Instituut. *Utrecht*, 1980.
- Nelson, S. B. Some dynamics of medical marriages. (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 28, 585.
- Neomagus, C. Huisartsenvrouw. [Brieven]. (1981) *Med. Contact* 36, 1438.
- Savory, J. N. Group discussions with doctors' wives. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 29, 173.
- Schueler, J. B. Huisartsenvrouw. [Brieven]. (1981) *Med. Contact* 36, 1150.
- Skipper, J. K. and W. A. Gliebe. Forgotten persons: physicians' wives and their influence on medical career decisions. (1977) *J. med. Educ.* 52, 766.
- Voort, J. P. M. van der en H. O. Sigling. Het verwerven en voeren van een huisartsenpraktijk. (1981) *Med. Contact* 36, 477-481.
- Weekenddienst. De — in Nederland. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG, *Utrecht*, 1977.
- Wierenga, R. E. De moraal van de arts. *Servire, Den Haag*, 1949.
- Yens, D. P. and J. L. Hornsby. Attitudes of family practice residents' spouses toward practice location. (1981) *J. Fam. Pract.* 12, 761-763.
- Zandstra, H. en A. van de Bruinhorst. Huisartsenvrouw, een oproep. [Brieven]. (1981) *Med. Contact* 36, 1596.

Vervolg literatuur p. 434

- Ley, P. Psychological studies of doctor-patient communication. In: S. Rachman (ed.). *Contributions to medical psychology I. Pergamon Press, Oxford*, 1977.
- Murray, T., D. Haldane, R. Colville et al. Evaluation of structured and unstructured training for general practice. (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 28, 360-361.
- Steinwachs, D. M., S. Shapiro, R. Jaffe et al. The role of new health practitioners in a prepaid group practice. (1976) *Med. Care* 14, 95-120.
- Urban, H. B. and D. H. Ford. Some historical and conceptual perspectives in psychotherapy and behaviour change. In: A. E. Bergin and S. L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York*, 1971.