19

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3503 CN Utrecht
Mariahoek 4 - tel. (030) 31 09 46

RELATIES

De interne relaties binnen groepspraktijk
en gezondheidscentrum

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

verslag van de

CONFERENTIE GROEPSPRAKTIJKEN

op 1 mei jl.

te Utrecht

Bewerking Dr. R.A. de Widt
stafmedewerker N.H.I.

prijs f 3,50

Uitgave van het: Nederlands Huisartsen Instituut
Mariahoek 4 te Utrecht, telefoon: 030 - 1 99 46

INLEIDING

Op 1 mei 1971 organiseerde het NHI een werkconferentie voor huisartsen, werkzaam in groepspraktijken of medische centra en voor degenen, die op het punt stonden die stap te doen.

Centraal thema was de relatie-problematiek binnen de groep. Een tweetal deskundigen werd bereid gevonden door middel van een korte inleiding de discussie op gang te brengen:

W.P. van den Hout, arts, werkzaam in het gezondheidscentrum te Hoensbroek, en
J.F. van Ravenzwaaij, zenuwarts, verbonden aan het N.I.P.G.

belichtten de vraagstukken vanuit respectievelijk een meer practisch en een wat meer wetenschappelijk gezichtspunt.

Van de conferentie werd een stenografisch verslag gemaakt door de heer B. Meier en de deelnemers kregen de toezegging dat zij dit zo spoedig mogelijk toegezonden zouden krijgen. Bij nader inzien leek het echter gewenst, dat ook niet-deelnemers over deze informatie konden beschikken. Voor vele initiatiefnemers op dit terrein is het van groot belang te beschikken over enig houvast in deze moeilijke materie. Het goed van de grond komen van de plannen hangt er vaak van af!

De directie van het Nederlands Huisartsen Instituut heeft daarom besloten het verslag voor een ruimere kring van geïnteresseerden ter beschikking te stellen, maar dit maakte enige aanpassing en bewerking noodzakelijk. Desondanks is dit duidelijk een verslag en geen studie "an sich" met een conferentie als basis, zoals met de uitgave "Groepspraktijken" het geval was.

Dr. R.A. de Widt,
hoofd afdeling Voorlichting

OPENINGSWOORD

Nadat Dr. R.A. de Widt enkele huishoudelijke mededelingen heeft gedaan, verleent hij het woord aan Professor Van Es. Deze opent de dag met een overzicht van hetgeen er tot nu toe heeft plaats gehad.

Prof. Dr. J.C. van Es: Het is mij een groot genoegen u welkom te heten in deze door het NHI georganiseerde werkconferentie inzake groepspraktijken. Als men een dergelijke bijeenkomst organiseert, heeft men immer de behoefte een blik achterom te werpen om te zien hoe alles tot stand is gekomen. In dit geval moest spreker teruggaan tot 1962, toen het NHG het eerste congres over groepspraktijken organiseerde. Slechts enkelen van degenen, die hier vandaag aanwezig zijn, zullen dat hebben meegemaakt. Het was een conferentie, die werd gehouden in een tijd, dat er nog geen groepspraktijken waren, behalve de Philipsgroepspraktijk. Deze conferentie was heel boeiend een gaf een eerste aanzet aan het NHG om de problematiek van de groepspraktijken aan te pakken.

Eén van de konklusies uit 1962 luidde: De motivering tot het vormen van een groep moet van binnenuit komen en niet van buitenaf worden opgelegd.

Er is daarna wel het een en ander gebeurd. Het NHI werd gesticht. Vrij kort na de oprichting van het instituut, meende het zich te moeten gaan bezighouden met de problematiek van de groepspraktijk en er werd een studiekommissie ingesteld, waaraan KNMG. LHV en NHG meewerkten, die echter zich op zeer theoretische wijze met de probleemstelling ging bezighouden.

Daarna kwam er een Staatskommissie Huisartsen, die zich bezighield met het werk van de huisartsen en het funktioneren van de huisartsen.

Een van de aanbevelingen, die de Staatskommissie deed, was het zo mogelijk in het leven roepen van experimentele groepspraktijken om na te gaan of de groepspraktijken wel willen aarden in het Nederlandse klimaat.

Na veel 'heen en weer praten' kwam er voor dit experimenteren een subsidie los en kwam de zaak van de grond.

Ik wil u mijn eigen beleven uit die tijd kenbaar maken. In 1962 waren wij geweldig enthousiast over het idee van de groepspraktijken. Het duurde allemaal erg lang en men moest een groot uithoudingsvermogen hebben om enthousiast te blijven, of om te blijven geloven in het tot stand komen van groepspraktijken in Nederland.

Echter vrij plotseling hebben de zaken zich ten goede gekeerd en is de blokkade weggevallen en zit men zelfs in een stroomversnelling, zowel voor het praktische deel van het probleem als voor het formele deel. Voor het formele deel in de problematiek is er nu een gemeenschappelijke werkgroep groepspraktijken, een stichting financiering groepspraktijken en zeer onlangs heeft de Ziekenfondsraad ook een kommissie in het leven geroepen, die zich bezig moet houden met mogelijk voor financiering van groepspraktijken via honorarium etc.

Bezien we nu het karakter van deze conferentie en die van vorig jaar, dan valt op, dat vorig jaar vooral werd gesproken over technische en organisatorische aspekten als bouw, etc. Degenen, die de conferentie bijwoonden, waren

in hoofdzaak belangstellenden. Nu al zijn we echter in staat een conferentie te beleggen met mensen, die of al aktueel in een groepspraktijk werkzaam zijn of daar na aan toe zijn. Er zijn dan zelfs reeds een honderdtal mensen, die zich inschrijven voor een dag als deze en dan is dat een mijlpaal in de ontwikkeling van de groepspraktijken te noemen.

Uit het onderwerp voor deze dag blijkt ook dat we in een stroomversnelling zitten, dat we niet alleen meer praten over gebouwen en financiering -hoewel die problemen nog niet opgelost zijn- maar dat we nu in een conferentie als onderwerp kunnen gaan stellen: de problematiek van de relatie binnen de groep en de relatie met degenen, die buiten de groep staan. Het motief, dat destijds in 1962 reeds onderkend werd -dat een groepsvorming meer is dan alleen maar samen in een gebouw zitten- dat de krachten die van binnen uit moeten komen, uiterst belangrijk zijn bij het vormen van de groep.
Ik hoop dat deze conferentie met duidelijk de nadruk op werk het karakter zal hebben van het uitwisselen van ervaringen, waarmee die dan aan het doel zal beantwoorden. Ik hoop dat hij een stimulans zal geven voor het tot stand komen van nieuwe groepen en in het hele proces van vorming van groepspraktijken een belangrijke rol zal kunnen vervullen.
Ik wens ons allen een goede conferentie toe.

Dr. R.A. de Widt: We gaan nu luisteren naar de inleiding van dokter van 't Hout te Hoensbroek. In het laatste nummer van Huisarts & Wetenschap kon men reeds het een en ander lezen over wat in Hoensbroek zoal aan de orde is.

W.P.M. van den Hout sprak als volgt:

HET GEZONDHEIDSCENTRUM (= GROEPSPRAKTIJK IN MULTIDICIPLINAIR TEAM) TE HOENSBROEK - NOORD

De bedoeling van deze voordracht is om u in grote lijnen te vertellen, hoe in ons centrum de organisatievorm en de daaruit voortkomende relatievorm is gerealiseerd.
De bedoeling is uitdrukkelijk alleen informatie te geven over onze situatie, zodat wij deze ter discussie kunnen stellen. Het is dus geenszins bedoeld als model ten voorbeeld. Ook op de meer theoretische zijde zal ik niet ingaan. Dit zal in de tweede voordracht door collega Van Ravenzwaay geschieden. Het is dus een zuiver praktische informatie vanuit onze werksituatie.

Nog een opmerking vooraf. Ons team is een klein team, d.w.z. wij hebben in de eerste opzet die instanties geïntegreerd, die zeer nadrukkelijk bij de eerste echelons-geneeskunde betrokken zijn: de huisartsen, de wijkverpleging en het maatschappelijk werk. Deze te organiseren in één team leek ons als eerste doelstelling ruim voldoende. Een verdere uitbreiding van het team leek ons iets voor een later stadium (vroedvrouw, fysiotherapeut). Ook kunnen wij in onze regio nog niet direkt spreken van een direkte werkzaamheid van andere diensten in het eerste echelon (free-acces), een ontwikkeling, zoals Dokter deze aangaf voor de grote steden in zijn artikel onlangs in Huisarts & Wetenschap. De patiënt c.q. cliënt komt daar nagenoeg alleen terecht na verwijzing via huisarts of maatschappelijk werkster. Voor onze regio was de binding van de drie bovengenoemde instanties dus voldoende om nagenoeg alle, extra-murale, primaire kontakten tussen patiënt en hulpverlenende instantie te vangen.

Onze organisatievorm valt uiteen in een aantal kleinere subgroepen:

1. artsen
2. wijkverpleegsters
3. maatschappelijk werkster
4. assistenten

Deze vier hebben dagelijks kontakt met elkaar en met de patiënten, die wij als volgende groep zouden moeten zien:

5. patiënten

Daarnaast speelt in onze organisatie de teamcoach een belangrijke rol:

6. teamcoach.

Deze heeft over het algemeen eenmaal per week kontakt met een aantal subgroepen van onze organisatie, te weten 1 + 2 + 3. Niet met de assistenten.
Er bestaat tenslotte een stichting, die tot doel heeft de exploitatie van ons gebouw:

7. de stichting.

Deze heeft voornamelijk kontakt met 1, in mindere mate met 2 en 3.

Tot slot zijn er momenten waarop de verschillende subgroepen worden geacht in een nauw samenwerkingsverband te funktioneren:

spreekuren	1 + 4
spreekuren + visites	1 + 2 + 3 + 4
konsultatiebureau's	1 + 2
teambesprekingen	1 + 2 + 3 + 6
research	1 + 2 + 3 + 4

We spreken zeer bewust over subgroepen, omdat ons team in feite is opgebouwd uit diverse groeperingen. Idealiter gesproken, zal in een projekt als het onze ieder moeten funktioneren, opgaand in een groot team, als teamlid. Verschil in taken, opleiding, discipline, funktioneren en verantwoordelijkheid maken dit uiteraard onmogelijk, zeker bij het begin van een dergelijk samenwerkingsprojekt. Men groeit weliswaar sterk naar elkaar toe, maar men zal echter altijd ten dele in zijn eigen subgroep blijven funktioneren. Dit hoeft o.i. geen bezwaar op te leveren, mits men de werkterreinen en achtergronden van elkaars subgroepen tracht te leren kennen.

Hoe is de organisatievorm van de verschillende subgroepen? Wij zullen deze achtereenvolgens behandelen.

1. De artsen: De artsen zijn onderling georganiseerd in een maatschapsverband. Dit brengt met zich mee de voor u allen zo bekende relationele problemen (werk in de groep, kritiek, individuele vrijheid, gezin, enz.). Ieder ontvangt in onze situatie een gelijk deel uit de inkomsten. Hierbij zij opgemerkt, dat de praktijkgrootte der vier huidige partners niet gelijk is. Er wordt principieel naar gestreefd, dat qua inzet en qua aantal de werkuren gelijkelijk verdeeld worden. Bijkomende taken als commissiewerk, research, nascholing e.d. worden ook al noodzakelijk werk gezien. Bovendien zijn wij ervan uitgegaan, dat er altijd verschillen in werkmethode en werktempo zullen zijn en dat deze zo veel mogelijk dienen te worden gerespekteerd. In hoeverre men met dit principe een stuk individuele vrijheid binnen de groep tolereert, hangt uiteraard af van de tolerantie van de groep en van het feit wat de groep onder werk verstaat (alleen zuivere praktijkvoering of ook bijkomende taken). Zoals gezegd, persoonlijk gaan wij ervan uit, dat in onze groep het werken zeker niet alleen beperkt moet worden tot de zuivere praktijkvoering. Ten aanzien van de verschillende taken binnen de maatschap is een spontane verdeling ontstaan:
   één is voornamelijk verantwoordelijk voor het personeelsbeleid,
   één voornamelijk voor de financiën,
   één voor de interne organisatie en
   één voor de meer externe kontakten.
   Uiteraard zijn deze funkties niet strikt persoonsgebonden en bovendien wordt in een beslissende fase door de maatschap als geheel of door het gehele team de gehele kwestie besproken en komt men zo tot een besluitvorming.

2. De wijkverpleegsters: De wijkverpleegsters zijn vanuit hun plaatselijke kruisorganisaties bij ons gedetacheerd. Deze organisaties blijven dus hun officiële werkgevers en betalen hun salarissen. De artsen zijn zeer nadrukkelijk niet hun opdrachtgevers. In hun funktioneren binnen het centrum zijn de zusters als gelijkwaardige teamleden opgenomen. Dit laatste is o.i. een ideale situatie, waardoor over en weer een zeer goed kontakt en een zeer goede samenwerking ontstaat, met gebruikmaking van ieders specifieke kennis en kunde. Deze werkwijze houdt echter in, dat geleidelijk de aard van het werk van de wijkverpleegsters gaat veranderen. Een deel van het routinewerk wordt overgenomen door onze doktersassistenten, en hun ontwikkeling gaat in de richting zoals aangegeven in het experiment van Huygen.

Dit maakt de afstand tussen hen en de collegae, die niet in het centrum werkzaam zijn, groter en is aanleiding tot duidelijke spanningen. Dit kan op een gegeven moment leiden tot konfliktsituaties tussen de diverse besturen en ons team. De besturen met wie wij samenwerkten, hebben ons veel speelruimte gegeven, maar zoiets kan snel veranderen. Een verre van ideale situatie.

3. De maatschappelijk werkster: Haar wijze van detachering is op dezelfde wijze geschied als die van de wijkverpleegster. De hieruit voorspelbare konflikten zijn in deze situatie tussen de maatschappelijk werkster en haar collegae en tussen team en bestuur wel degelijk opgetreden. Ze bleken tot nu toe gelukkig goed oplosbaar. Maar ook dit is een verre van ideale situatie.

4. De assistenten: De assistenten zijn, als vanouds, in dienst van de artsen. Het zijn er in ons geval vijf, een oudere gekwalificeerde kracht en vier jongere, nog zonder diploma echter wel in opleiding en allen met enkele jaren ervaring. In de organisatie van een solopraktijk geeft de funktie van assistente geen enkel probleem. De arts kan vrij goed overzien in hoeverre zijn assistente funktioneert. Bij de schaalvergroting, zoals in ons centrum is dit veel moeilijker. Immers tijdens de spreekuren is één assistente volledig bezet met het laboratoriumwerk, één assistente heeft een volledige taak aan de telefoon, een derde aan het baliewerk. De twee overigen zijn voor de assistentie in de behandelkamer en in de onderzoekskamers. De arts heeft dus te maken met vier à vijf assistenten voor zijn totale assistentie, en ieder der meisjes in haar werk met vier artsen. Alleen een zeer goed op papier gezet werkschema met vaste afspraken voorkomt communicatiestoornissen en ergenissen. Het door ons tevoren ontworpen werkschema hebben wij nogal eens moeten bijschaven. Bovendien ontdekt men, dat bakvisproblemen e.d. hun duidelijke weerslag kunnen hebben op het dagelijks funktioneren van het assistentenbestand. En tot slot, de assistenten blijken nog grotere individualisten dan de huisartsen, en hun omschakeling van de meer persoonlijk getinte duizendpootfunktie bij de solo-arts naar de meer onpersoonlijke funktie in een groter team met een grote balie was voor hen in onze situatie moeilijk. Met name het stuk representatie aan de balie eiste een flinke aanpassing. Ze waren onvoldoende voorbereid op de konsekwenties van dit soort werk: een deelfunktie van hun oude funktie, voortdurend kontakt met de collegae assistenten, vier bazen in plaats van één, een stuk verantwoordelijk en vooral representatief werk aan een grote balie, (waar ze niet van kunnen weglopen) en wennen aan het begrip gezamenlijke verantwoordelijkheid en teamgeest. Wij hadden in onze voorbereidingen deze relationele aspekten onvoldoende onderkend.

5. Teamcoach: De teamcoach is in ons geval een sociaal-psychiater. Deze doet dit werk i.h.a. in zijn vrije tijd tegen betaling en is daardoor vrij ten opzichte van ons en zijn werkgever. Zijn taak is om ons team te begeleiden, met name het groepsgebeuren te observeren en het team eventueel bij te sturen. Aangezien ons team uiteraard niet exact weet wat men van een teamcoach mag en kan verwachten en aangezien de psychiater in kwestie niet exact weet wat van een dergelijk team als het onze redelijkerwijs geeist kan worden t.a.v. het niveau van funktioneren, is het niet direkt eenvoudig tot de juiste plaatsbepaling van beide t.o.v. elkaar te komen. Zeker ook hier geldt, zoals op vele plaatsen in ons experiment, dat men aldoende moet leren. Een vereiste voor een gezond funktioneren met elkaar

is wel, dat men als team duidelijk voor de coach de doelstellingen van het team formuleert en ook duidelijk het verwachtingspatroon van het team t.a.v. de teamcoach formuleert (of dit nu op korte termijn haalbaar is of niet).

6. De patiënten: De patiënten zijn in onze organisatie lijdend voorwerp. Zij zijn niet opgenomen in de organisatievorm en hebben geen georganiseerde inspraak. Dit is uiteraard een tekortkoming. Wij zijn er in de korte tijd van ons funktioneren echter niet toegekomen dit probleem serieus aan te pakken, zeker niet in de laatste plaats, omdat wij er zelf nog niet rijp voor waren en m.i. de patiënten ook nog niet met dit idee vertrouwd zijn gemaakt. Toch laat het zich denken, dat de overgang van de solo-arts tot groepsarts, het grote gebouw en de grote balie in de eerste instantie onpersoonlijk aandoen. De hele sfeer is verzakelijkt. Uiteraard heeft dit relationele konsekwenties gehad in het kontakt tussen artsen en assistentes enerzijds en patiënten anderzijds. De omvang van deze problemen zijn ons niet exact bekend. Een door vier toekomstige collegae uitgevoerde enquête (Nijmegen) leverde als meest signifikant resultaat op, dat de geenquêteerde paitënten over het geheel genomen positief stonden tegenover de verandering in de praktijkvoering.

7. De stichting: De stichting is er ter exploitatie van het gebouw. Hiermee bestaan voornamelijk zakelijke kontakten, die echter geen aanleiding geven tot konflikten door de goede relaties tussen de artsen en het bestuur. Ook hier schuilt uiteraard een gevaar voor relationele problemen wanneer door wijzigingen in stichtingsbestuur of artsenbestand er een relatieverstoring zou optreden in de toekomst.

Wanneer we samenvattende de organisatievorm overzien dan blijkt, dat ieder der subgroepen een zodanige verandering ondergaat in zijn wijze van werken, dat hieruit talrijke relationele problemen kunnen voortkomen.

1. artsen:

Overgang van solo naar groepspraktijk, met alle u welbekende relationele problemen tot in de gezinsrelatie toe, in onze situatie,
Konfrontaties met twee andere disciplines, hetgeen het gevoel van kwetsbaarheid verhoogt.
Angst voor de toekomst (zal ik het aankunnen, zal het projekt slagen).
Eventuele relatieverstoringen met overige collegae buiten de groep.

2. wijkverpleegsters:

Overgang van solo naar teamwork. Verder als bij 3.

3. maatschappelijk werkster:

Konfrontatie met twee andere disciplines, waarvan een het gevreesde artsendom is.
Angst voor de toekomst (zal ik me kunnen handhaven)
Geleidelijke verbreking met oude achterban.
Eventueel ruzie met oude achterban.

4. assistenten:

Overgang van solo naar groepswerk
Konfrontatie met twee andere disciplines (moeten ze wel of geen bevelen aannemen van bv. wijkverpleegster)

Totale onbekendheid met teamwork en volledige ontbreking van achterban
Losser worden van de vaak zeer hechte relatie met de oude huisarts.
Door veel geringerer opleiding en grotere deelverantwoordelijkheid veel kwestbaarder.

Uiteraard komen de mooiere relationele problemen pas naar voren, wanneer de subgroepen met elkaar moeten funktioneren. Om een simpel voorbeeld te noemen, de kombinatie van artsen en assistenten tijdens de spreekuren. Vroeger bestond één kombinatie arts-assistente, nu 20 kombinaties. Bovendien overziet de individuele assistente nu niet meer het gehele werkterrein zoals vroeger. Kortom een bron van vele misverstanden en relationele troebelen. Alleen een zeer goed werkschema en geregelde besprekingen tussen artsen en assistenten (die ook daadwerkelijk plaatsvinden) kunnen de zaak in goede banen houden. Een voordeel is in deze setting dan nog de duidelijke financiële relatie tussen beide partijen.

Moge dit voorbeeld betrekkelijk simpel zijn, helemaal ingewikkeld wordt het wanneer men zich realiseert wat zich op een teambespreking kan afspelen en wat allemaal fout kan gaan:

a. alle al eerder genoemde spanningsvelden kunnen maken, dat de subgroepen of als zeer gesloten ontoegankelijke blokken optreden in konfrontatie met de anderen of dat de leden van een subgroep onderling agressief en verdeeld zijn bij deze konfrontatie.

b. een zeer groot gevaar is o.i., dat de subgroep der artsen gaat domineren. Aangezien de artsen het langst met de gedachte aan dit samenwerkingsprojekt zijn bezig geweest, de voorbereiding geheel uit hun hand is gekomen en de financiële risiko's geheel op hun schouders neerkomen, houdt dit het gevaar in van een dominantie in de groep. Deze ideële en financiële betrokkenheid wordt nog gecompliceerd door het feit, dat ze in ons geval alle vier al vele jaren in een werkgroep van medische psychologie funktioneren, waardoor het gevaar van blokvorming nog wordt vergroot, mede door de voorsprong in het groepswerken als zodanig.
Bovendien is men geneigd (patiënten zowel als andere hulpverleners) de arts in een bepaald dilemma de uiteindelijke laatste verantwoordelijkheid toe te kennen (misschien terecht?). Ook dit houdt het gevaar in, dat de artsen in de groep zullen domineren en de anderen te weinig ruimte zullen gunnen om te groeien.

c. zeer illustratief is in onze situatie naar voren gekomen, dat met name de wijkverpleegsters erg ontdaan waren over de konfrontatie van zo nabij van het fenomeen arts. Wij zijn in hun ogen zeer duidelijk van een voetstuk geduveld en onze blijdschap hierover was nog verwarrender voor hen. Pas na verloop van tijd begrepen ze, dat dit voor de zo begeerde gelijkwaardigheid noodzakelijk was.

d. het verschil in werkfilosofie van artsen en maatschappelijk werkster (kontinue, vaak geïmproviseerde begeleidings- gestruktureerd kort durend case-work) gaf nogal eens wat relationele problematiek.

e. relationele problemen tussen het team als groep en de observerende teamcoach op basis van niet duidelijk omschreven verwachtingspatroon heeft lange tijd een rol meegespeeld.

f. relationele problemen tussen gespreksleider van het team en de teamcoach kunnen een rol meesspelen

g. een simpel autoriteits konflikt over de persoon van de teamleider of over de inhoud van de teambesprekingen kunnen verantwoordelijk zijn voor relationele problemen.

h. last but not least: in het gehele gebouw, op ieder gewenst en ongewenst moment kunnen tussen ieder der aanwezigen grote of kleine konflikten oplaaien door grote of kleine problemen.

Konklusies:

1. de relationele konsekwenties van een samenwerkingsverband zijn indrukwekkend.

2. de goede relationele betrekkingen ontstaan niet, omdat men elkaar zo goed kent of graag mag, maar door gewoon de konsekwentie van de vele kontakten te aanvaarden. Men laat zo weinig mogelijk aan het toeval over, ook in de werkovereenkomsten, maatschapskontrakten e.d. (met je beste vriend moet je het meest nauwgezette kontrakt sluiten, wil je volledig vrij t.o.v. elkaar kunnen funktioneren).

3. de stelling, dat alleen speciale mensen voor dit projekt geschikt zouden zijn, is volgens mij nonsens. Centraal staat de wil een dergelijk projekt te willen beginnen en de wil zich de konsekwenties te realiseren. Deze zijn:
   - investering van meer geld
   - investering van meer tijd en werk
   - opoffering van een stukje individuele vrijheid
   - grotere arbeidsvreugde
   - minder stressmatig werken
   - een verrijking van je relationele mogelijkheden

   Ik eindig hier bewust met het opnoemen van de o.i. drie grootste nadelen en de o.i. drie grootste voordelen. Dit te uwer discussie. Evenzo de vraag hoe dit alles is op te lossen wat ieder van uw groepen weer anders zal doe zal doen. En evenzo de vraag, of dit alles überhaupt de te nemen moeite waard is.

4. tenslotte zal ik dan als vierde -strikt persoonlijke konklusie noemen-, dat als men alle relationele problemen naast elkaar zet, zich toch de vraag opdringt, of, wanneer je alle in zo'n groep werkzame werkers in loondienst zou hebben van één bestuur of één overheid, vele relationele problemen niet zouden vervallen.

De 2e inleider J.F. van Ravenzwaaij spreekt als volgt:

Dames en Heren, ik ben bijzonder blij met de mogelijkheid u vandaag te mogen toespreken over dit interessante onderwerp, maar ik heb ook een probleem en dat is, dat ik de beschreven groepspraktijk niet ken uit eigen ervaring. Ik heb dan ook enige gedachten geformuleerd, die gebaseerd zijn op mijn ervaringen als adviseur van medische organisaties -andere organisaties dan groepspraktijken- en met name heb ik die ervaringen dan opgedaan in ziekenhuizen en in het bijzonder in psychiatrische inrichtingen. Mijn ervaringen zijn dus niet direkter geëxtrapoleerd uit de groepspraktijk. Dat betekent, dat ik niet over rijk illusstratiemateriaal beschik en mijn betoog zal dus een wat meer academisch karakter dienen te hebben. Ik hoop u alleen enkele leidraden te geven in de ingewikkelde problematiek van de menselijke relaties zoals die zich voordoen tussen artsen en niet-artsen. Op die materie moeten we wat meer greep krijgen.

In mijn verhaal zet ik dus de arts centraal. Ik geloof, dat de arts het grootste probleemkind is in de hele situatie. Dat hangt naar mijn mening samen met de positie, die de arts heeft in het gezondheidswezen of -stelsel. Het is een dominerende positie; niet alleen omdat hij de zwaarste opleiding heeft, maar ook omdat hij over de grootste machtsmiddelen beschikt.

Als artsengroep staat men voor een aantal uiterst moeilijke problemen. Dat komt naar mijn mening door het feit, dat we totaal iets anders doen moeten dan waarvoor wij zijn opgeleid.
Als tijdens onze artsenopleiding door de hoogleraar een'sigaar' werd uitgeloofd dan was dat altijd voor de beste diagnose, doch nooit voor degeen, die het probleem van samenwerking het beste kon oplossen. Er was tijdens de opleiding heel weinig aandacht voor relaties in het algemeen. Zelfs was er weinig aandacht voor de relatie tussen artsen en patiënten. Het NHG is niet alleen opgericht omdat de huisartsen zich bedreigd voelden, maar met name ook omdat onze opleiding tekort schoot in dit soort zaken. In de opleiding is er ook geen aandacht geweest voor de samenwerkingaspekten, die zitten aan het samenwerken met de collegae, noch met specialisten, noch met hulppersoneel. Alles was gebaseerd op de gedachte, dat je het zelf maar moest leren in de praktijk. Dat ging tijdens de co-schappen om de hoofdzuster, de assistent of de hoogleraar. Er was totaal geen aandacht voor de samenwerking als probleem. Fysici maakten we tot onze hulpwetenschappers, psychologen kwamen nauwelijks in het spel voor, chemici waren er alleen voor lab-uitslagen en maatschappelijk werksters bestonden niet!
Nog veel minder hebben wij ons bezig gehouden met de vraag hoe men onderwijs moet geven. Er waren mensen, die het konden en er waren mensen, die het niet konden. Als we nu de ontwikkelingen zien om en in ons beroep, dan zijn we nog steeds goeddeels bij dat oude stramien: dat we nog steeds niets vernomen hebben over hoe we onderwijs aan onze aanstaande collegae moeten geven.

Na deze lange lijst van klachten over wat we allemaal hebben gemist en wat we nu zo hard nodig hebben, zou ik willen proberen u een en ander te geven om het grote gat, dat ik zie, enigszins te dichten.

MENSELIJKE RELATIES IN HET ALGEMEEN.

Wij medici beschikken niet over modellen om problemen op te lossen. Voor relatieproblemen moeten we leentje-buur spelen bij psychiaters en psychologen, bij organisatie-adviseurs en bij sociologen. Dat heb ik dan ook

gedaan. Ik heb onder meer gewerkt bij het NIPG, waar figuren als Prof. Koekebakker zich bezig houden met de sociale psychologie, groepsproblematiek en groepsdynamica. Vandaaruit heb ik getracht te leren hoe men in bedrijven tracht de relatieproblemen in direkties op te lossen. Ik heb dit via bedrijven gedaan, omdat er geen mensen waren om me te leren hoe het in de medische praktijk moest.
Ik probeer dus nu de taal van het bedrijfsleven ten deze om te zetten voor de medische praktijk en ik loop daarin circa vijf jaar mee. Ik werk als adviseur van een aantal psychiatrische ziekenhuizen en voor een praktijk, die veel lijkt op een groepspraktijk. Ik werk intensief samen met studentenartsen, studentendecanen en uiteraard praktijkassistentes. Op de ervaringen, die ik hiermede heb, is mijn verhaal gebaseerd.
Ik wil dan kijken naar de tussenmenselijke relatie arts-arts, arts-patiënt, arts-anderen.
In elke tussenmenselijke relatie moet door de betrokkenen een aantal dilemma's worden weggewerkt. Dat zijn de volgende:

a. er is een dilemma van het lidmaatschap, d.w.z. hoort men erbij, aksepteert de ander mij en welke voorwaarden gelden daarbij.
b. het tweede dilemma is: wie beheerst hier de situatie en hoe gebeurt dat. Iedereen, die met andere mensen funktioneert, krijgt daarmee te maken. Wie geeft de regels voor het gezamenlijk funktioneren. Doet hij het, doe ik het, doen we het gezamenlijk? Als er dan afspraken zijn, wie zorgt dan voor het handhaven daarvan en wie signaleert als er van wordt afgeweken, dan wel wie stelt vast wanneer ze gewijzigd moet worden. In de huisartspraktijk was dat nooit een probleem. De arts beheerste de situatie en stelde de regels op.
c. het dilemma van het vertrouwen van de een in de ander is de volgende opgave. Men gaat ervan uit, dat de patiënt vertrouwen heeft in de arts. De patiënt komt bij de arts in vertrouwen en dat geeft de arts als het ware het recht 'allerlei dingen met die patiënten te mogen uithalen'. Dat is een stelling, die geldt voor de medische beroepsuitoefening en die toch erg aanvechtbaar is. Integendeel, we beginnen met een stuk wantrouwen. Pas heel geleidelijk kunnen we het vertrouwen opbouwen. Dat geldt dan toch ook weer voor de patiënt. Hij is in de aanvang wel bereid een stukje vertrouwen te geven, doch dat dient te worden uitgebouwd en de arts dient te laten blijken, dat het niet wordt beschaamd. M.a.w. vertrouwen dient te worden opgebouwd. Groei in de richting van vertrouwen of groei naar wantrouwen. Het laatste leidt vaak na enige tijd tot verdwijnen uit de praktijk.
d. dan is er nog het dilemma van het waardensysteem. In elke menselijke relatie proberen wij erachter te komen wat de opvatting en de mening van de andere mens is. Dat doen we nooit direkt, wanneer we elkaar ontmoeten. Als beroepsgenoten doen we het hooguit in academische gesprekken, bv. over abortus, waarin we wel discussiëren, maar vaak in het algemeen blijven. We zijn uiterst voorzichtig ten opzichte van elkaar.

DE RELATIES IN DE SOLOHUISARTSPRAKTIJK

De individuele huisarts heeft in zijn relatie tot de patiënt een grote mate van vrijheid om zelf te bepalen wat hij behoort te doen en wat hij moet doen en wat hij kan doen, of wat hij durft te doen. Met moet het al ongelooflijk

bont maken, wil er van buitenaf worden ingegrepen. De opvattingen van NHG en KNMG of de opleiders zijn natuurlijk wel erg belangrijk voor de houding en het funktioneren van de huisarts, maar er is vrijwel geen kontrole. Alleen de patiënten, de assistente en de echtgenote oefenen kontrole uit, doch zij bevinden zich allen in een moeilijke situatie.
De patiënt moet vertrouwen hebben in de medische deskundigheid van de arts. De praktijkassistente zit in een afhankelijkheidsrelatie, want zij is bij de huisarts in loondienst. De echtgenote heeft het -als zij zelf geen arts is- moeilijk, omdat zij het handelen van de echtgenoot niet aan medische maatstaven kan beoordelen.
Slechts bij klachten van patiënten komt er een onderzoek van buiten en dat leidt dan via tuchtcolleges of soms via de strafrechter naar beoordeling. De professionele kontrole op het doen en laten van de arts is dan ook uiterst gering te noemen. Er is een grote mate van autonomie en er is sprake van een grote mate van leiderschap gebaseerd op veronderstelde deskundigheid. Hij is degeen, die het meeste weet van de patiënt, hij heeft het meeste gestudeerd, hij is de werkgever. In de relatie tot de echtgenote moet men er van uitgaan, dat die om andere redenen is gelegd, dan om het beoordelen van medisch professioneel handelen, hetgeen overigens de kritische positie van de vrouw niet aantast.

Ik heb hier de individueel werkende arts geschetst in zijn relatie naar de patiënten toe. Echter, ook die arts heeft een soort werkorganisatie, waar bij allerlei afspraken gemaakt moeten worden. Dat geldt dan voor het spreekuur houden, het lab-onderzoek, de administratieve werkzaamheden etc.
In de samenwerking met de echtgenote en de assistente zullen er afspraken gemaakt moeten worden en deze zullen in de praktijk getest moeten worden. Gekeken dient te worden of deze afspraken ook nagekomen worden. Op deze wijze weten de betrokken personen -arts, praktijkassistente, echtgenote, financieel deskundige, de collegae in weekend- en avondregeling- wat men aan elkaar heeft. Men weet wat hoort, wat moet, wat men aandurft en wat men mag.

Degenen, die zich aan de afspraken houden, worden beloond. Dat geeft bijv. financiële verbetering, vrije tijd, of immateriele beloning zoals een goedkeurend klopje op de schouder, genegenheid etc.
Degenen, die zich niet aan de afspraken houden, worden gestraft. Er volgt ontslag voor de assistente, er volgt berisping door de afdelingsraad voor de arts, men wordt door de collegae uit de weekendregeling gezet, of dan wel is er kans op echtscheiding.
De afspraken dienen de werksituatie te reguleren, te beheersen en veilig te maken door de situatie voorspelbaar te maken. Die voorspelbaarheid leidt ertoe, dat men op elkaar kan blijven vertrouwen.
Om te zorgen, dat de situaties voorspelbaar blijven, zal periodiek gekeken moeten worden of de afspraken, regels en opvattingen niet veranderd zijn, door bijvoorbeeld invloeden van buiten. Zo kan er verandering komen in het denken bijvoorbeeld ten aanzien van de anti-conceptie, ten aanzien van abortus etc. Vindt die afstemming niet plaats, dan komen er kortsluitingen en konflikten. Men hoort dan: "ik dacht dat we dit of dat afgesproken hadden en nu doe je wat anders" ofwel: "Ik vertrouwde erop, dat jij dit zou doen" etc. Om te komen tot wederzijdse afstemming moet tijd worden geïnvesteerd in de organisatie. Naarmate de organisatie kleiner is, kan men gemakkelijker informeel, tussendoor de zaken regelen. Afspraken bijvoorbeeld hoeven niet formeel te worden vastgelegd en aan anderen bekendgemaakt te worden. In grotere groepen wordt dat anders.

DE GROEPSPRAKTIJK EN GEZONDHEIDSCENTRUM

Als de organisatie groter wordt en wanneer er dus naast de huisarts meer professionele krachten komen te werken, als psychologen, sociologen, analisten, wijkverpleegsters etc., is er ook een behoefte aan acceptatie, aan beheersen, aan vertrouwen bij de individuele leden van die organisatie.
In de grote organisatie, het medisch centrum, met al deze professionele krachten, die allen een behoefte hebben aan een grote mate van vrijheid van handelen, treden veranderingen op ten aanzien van de situatie, waarin de alleen werkende arts zich bevond. Was de individueel werkende arts in een autonome positie, in een grotere organisatie zullen die andere genoemde professionele krachten ook hun opvattingen inbrengen over wat moet, wat kan en wat mag en wat men durft. Vooral geldt hier wat de één doet, heeft gevolgen voor de ander. De grote mate van vrijheid van handelen, die er in de vorige situatie was, kan in de groep niet gegeven worden. In die grote organisatie krijgt men bovendien duidelijk andere structuren. De directe relatie tussen arts en assistente wordt ten dele verbroken, doordat er doorheen bijvoorbeeld ook de maatschappelijk/opereert. De hele relatie van afspraken van wat kan, wat men doet, wat mag, moet opnieuw worden opgebouwd. Dat wordt dan mede beheerst door het aspect, dat de daden van de één gevolgen voor de ander hebben.
/werker

Had men voordien puur persoonlijke opvattingen over abortus provocatus, in de groep geldt, dat het ook uw collegae aangaat wat uw opvattingen daaromtrent zijn. De vrijblijvendheid, die men in de autonome situatie had, bestaat in de groepssituatie niet meer. Dit geldt zowel ten aanzien van de patiënten, ten aanzien van degenen met wie men werkt buiten de praktijk, alsook voor de interne gang van zaken. De vorige spreker gaf dat reeds met praktijkvoorbeelden aan:personeelsbeleid, de vorm van omgang met de assistente, de benadering van de patiënten hebben alles hiermee te maken. Een groep kan het niet hebben, dat de één een totaal andere stijl van leiding geven aan het personeel heeft dan de ander. Voor de assistentes is een grote mate van diversiteit in leiding onacceptabel, alleen al omdat het onvoorspelbaar is. Men weet niet waar men aan toe is, als daar geen afspraken over zijn, die ook in de praktijk worden gehandhaafd.
Dit stelt eisen aan de individuele arts, die gaat werken in een groepspraktijk en ik ben het ook ten dele oneens met de vorige spreker die meent, dat iedere arts in een groep kan werken, als hij dat wil. Er zijn wel degelijk mensen, die dat niet kunnen en het ook niet kunnen leren.

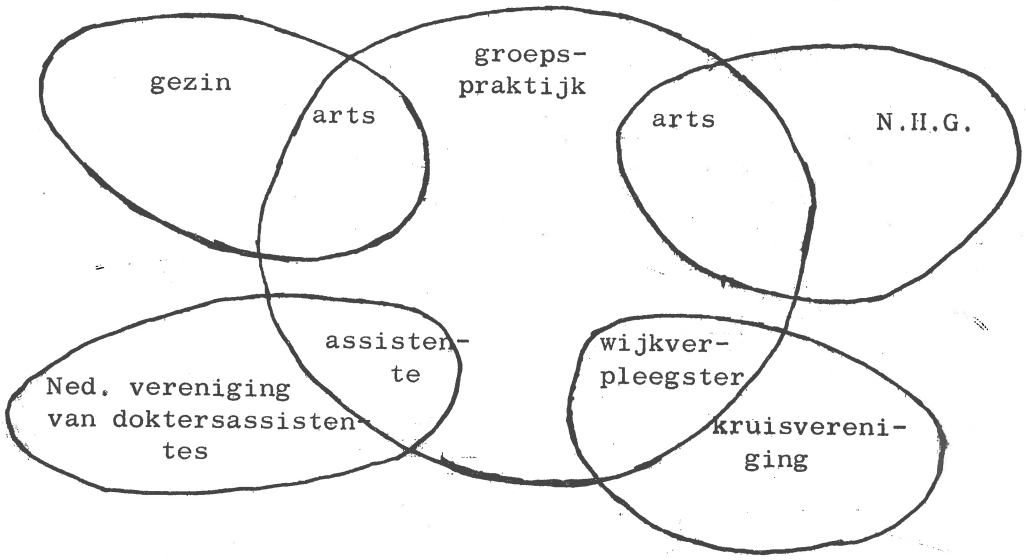
Veronderstel, dat alle leden van de groep zich verklaren tegen het verstrekken van anticonceptionele middelen aan bijvoorbeeld ongehuwden. Als die afspraak er is, kan men geen herrie krijgen.
Veronderstel, dat men vóór het verstrekken van die middelen is: een enkeling wijkt van de algemene norm in de groep af. Wat doet men daarmee. Hoe vangt men dat op. Hoe verwerkt men die afwijkende opvatting. Men kan dan stellen, dat men het niet met elkaar eens hoeft te zijn en dat ieder het doet zoals hij het verantwoord acht. Ik kan u dan echter zeggen, dat dit in de praktijk niet zo erg makkelijk blijkt te zijn. Het heeft t.o.v. elkaar konsekwenties als blijkt, dat in de groepspraktijk de patiënte bij de een wel en bij de ander niet terecht kan voor anticonceptie of voor een ander begeerd middel.

DE INVLOED VAN ANDERE ORGANISATIES EN SYSTEMEN.

Er zal voor het opstellen van regels, voor het samenwerken of naleven van de regels, voor het testen aan de situatie, tijd nodig zijn.
Die tijd is nodig, omdat anders de groep wordt bedreigd door ontwrichting.
Er dreigt dan desintegratie op zuiver intermenselijk vlak.
Parsons Bales en Shills* hebben hierbij vier basisproblemen genoemd:

1. het bereiken van het door de organisatie gestelde doel.
2. het verkrijgen en ontwikkelingen van de menselijke of fysieke middelen, nodig voor het bereiken van het doel.
3. het ontwikkelen en onderhouden van kohesie of solidariteit tussen de personen en subgroepen in de organisatie.
4. het overwinnen van moeilijkheden, die voortvloeien uit het feit, dat de (staf)leden lid zijn van dit en van andere sociale systemen.

Het een en ander is te verduidelijken aan de hand van onderstaande schets:



In de grote cirkel, die de organisatie aangeeft, zijn vaste punten opgenomen, die de deelnemers in de organisatie of groep voorstellen. Rond die vaste kernen bevindt zich ook menig ander krachtenveld en het veld, dat wordt bepaald door de eigen professionele achterban, beroepsgroep of organisatie. Delen van die eigen specifieke krachtenvelden interferen in het krachtenveld, waaruit de groep van de verschillende disciplines bestaat. Er is dus een stuk overlapping en er is een stuk van extern krachtenveld. Die eigen organisaties beïnvloeden de wijze van denken en de wijze van handelen van het lid van de groep, terwijl denken en handelen mede bepaald worden door het denken van de groep of organisatie, waarin wordt gewerkt. Nu kan er vanuit de eigen achterban ten opzichte van het groepsfunktioneren een distorsie optreden, die zijn invloed heeft op de andere leden van het team. Er kan een konfliktsituatie ontstaan door deze spanning.

* Parsons, T, R.F. Bales, E, A. Shills.
Working papers in the theory of action
Glencoe, Illinois, The Free Press, 1953.

HET PROBLEEM VAN HET LEIDING GEVEN.

Voor het werken aan de vier aangegeven basisproblemen is leiderschap nodig. Het is echter weer zo, dat men ook geen modellen voor leiderschap heeft gekregen in de opleidingstijd. Men beschikt alleen over een implicet-model. Helaas ziet men daarvan de gevolgen in vele medische organisaties. Op het NIPG zijn een aantal onderzoekers bezig geweest met namen in het ziekenhuis aan de Zuidwal, om te kijken hoe het leiderschap van en door de verpleegkundigen uitgeoefend werd (Cassee). Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen: a. instrumenteel leiderschap
b. sociaal leiderschap.

Onder instrumenteel leiderschap wordt vooral verstaan het technisch leiding geven aan het werk. Onder het sociaal leiderschap wordt vooral verstaan het leiding geven in intermenselijke relaties (tussen de diverse medewerkenden).

De wijze van leiding geven is uitermate belangrijk en ik kan mij aansluiten bij de vorige spreker, wanneer deze stelt, dat dit leiding geven vooral in het sociaal-emotioneel vlak duidelijk verder ontwikkeld dient te worden. We zijn er nog niet ver ingekomen. Er zijn wel allerlei theorieën over ontwikkeld met name over het leiderschap in het algemeen, maar hoe het precies in de medische organisatie geregeld zou moeten worden, is niet bekend. Wel kan men stellen, dat het leiderschap in elke groep noodzakelijk is. Daarom heb ik ook de vier aspekten aangegeven, waarnaar elke organisatie moet werken, wil deze niet door desintegratie worden bedreigd. Er zal een geregelde kontrole op de vervulling van de funkties zoals aangeduid nodig zijn. Er is een sterke behoefte aan iemand, die zich met een bepaald aspekt van het leiderschap bezighoudt. Het is van belang, zoals de vorige spreker stelde, dat de een zich met personeelsbeleid bezighoudt, de andere met interne kontakten etc. Voor die onderdelen neemt één dan de formele verantwoordelijkheid.
De wijze waarop de problematiek van het leiderschap wordt opgelost, zal beslissend zijn voor de wijze waarop men de groepspraktijk beleeft: ruimte en vrijheid en vertrouwen kreërend voor allen die daarin werken, of beperkend, kontrolerend en vertrouwen onmogelijk makend!

Ik heb enkel vragen aan u te stellen, die mogelijk in de groepen aan de orde kunnen komen. Dat lijkt me zinvoller, dan algemene discussies in de groepen over wat er in de groepspraktijk aan de hand is. De drie vragen, die ik u geef -het zijn uitgangspunten- zijn de volgende:
a. op welke wijze heeft uw groep het leiderschapsprobleem opgelost?
b. op welke wijze lost uw groep zijn onderlinge konflikten op?
c. op welke wijze lost uw groep zijn konflikten met het hulppersoneel op?

Dr. R.A. de Widt dankt de inleiders met name voor het verschaffen van handvaten voor de discussie. Het is inderdaad van belang, dat men in de groepen gericht spreekt. Er zijn een tiental groepen ingedeeld. De kwestie van voorzitterschap e.d. kunt u allen zelf oplossen. Getracht is de deelnemers zo in te delen, dat er per groep vogels van diverse pluimage in de volière zitten.

PAUZE

Cassee, E.Th., Leiding geven in ziekenhuizen; een nadere beschouwing. 19 (1965) pp. 197 - 206 Mens en Onderneming.

DE RAPPORTAGES

rapport 1

Uit de groep kwam naar voren, dat er twee duidelijk verschillende standpunten zijn over het samenwerken. In de eerste plaats werd gesteld, dat in een groep gold, hoe meer moeilijkheden, des te beter voor de groep, want dan leer je elkaar goed kennen. De konflikten zouden dus als het ware geprovoceerd moeten worden.
Daartegenover stond de mening, dat er natuurlijk een maatschapskontrakt moest zijn, maar dat zou in de kast moeten blijven liggen. Dat kontrakt moet goed opgesteld zijn, maar de onderlinge verhouding moet zodanig zijn, dat men in feite het hele kontrakt kan vergeten. Dus zoveel mogelijk de konflikten vermijden en dat zou kunnen door in de samenwerking met verschillende groepen -huisartsen t.o.v. andere medewerkenden- uit te gaan van de gedachte, dat de huisarts de centrale figuur in de groep is. Dat werd door anderen in onze gespreksgroep fel bestreden. Die stelden, dat men in kwaliteit naast elkaar zou moeten staan. Tegenover elkaar staan dus de meningen:
enerzijds de huisarts is en blijft de centrale figuur,
anderzijds men staat naast elkaar.
Uitgangspunt van de mening, dat de huisarts de centrale figuur is, is dat de verantwoordelijkheid van de huisarts een brede en grote is en dat de huisarts de man is van kontakten met vele groepen, terwijl de anderen in de groep een kleinere verantwoordelijkheid hebben en een kleinere groep kontaktpersonen hebben.

rapport 2

Deze groep vond het tijdsbestek om te discussiëren t.o.v. de importantie der vragen te kort.
Aan de orde kwam in de eerste plaats de vraagstelling over het leidersschapsprobleem. De groep kwam er niet uit. Eigenlijk was de mening, dat iedere groep dit zelf zou dienen op te lossen in de praktijk. Daarbij werd de aantekening gemaakt, dat er twijfel was rond de vraag of er wel altijd een leidersfiguur nodig is.
Vervolgens is de aandacht besteed aan de vraag op welke wijze konflikten tussen de artsen onderling opgelost moeten worden. De groep meent, dat daarbij enige punten essentieël zijn. De artsen in de groep zouden "eigen" praktijk en "eigen" patiënten dienen te behouden. De patiënt behoort in het algemeen tot een bepaalde arts. Ten tweede zou er dagelijks een bespreking nodig zijn om het onderlinge kontakt te 'institutionaliseren'. Ten derde zou eventueel bij eenvoudige gevallen de ene arts de patiënt van de andere kunnen afbehandelen, zou het echter om een "zwaarder" geval gaan, dan zal men de patiënt van de ander niet in behandeling nemen. Ten vierde werd gesteld, dat een kontaktstoornis of konflikt tussen bijvoorbeeld twee mensen van een groep primair tussen die twee opgeheven zou moeten worden en het zou niet primair in de totale groep moeten komen.
Tenslotte heeft de groep zich nog te beraden -behalve over enkele zaken, die ook bij 1 aan de orde waren- over konflikten tussen maatschappelijk werk en wijkverpleging bijvoorbeeld, dan wel tussen artsen en maatschappelijk werksters en wijkverpleegsters.
Daar kwam men niet uit.

rapport 3

De unanieme mening ging uit naar een leiderschap, dat verdeeld zou zijn, d.w.z. een duidelijke taakverdeling. Het probleem, dat naar voren kwam, is dat de leiding min of meer afhankelijk is van het karakter van het projekt. Rhenen, Hoensbroek en Rotterdan zijn min of meer begonnen vanuit een stel artsen met een bepaald ideaal om een groep op touw te zetten. Vandaar, dat daar vrij gemakkelijk een leiderschap kon ontstaan met een taakverdeling. Collega Van Vianen is bijvoorbeeld van hoger hand aangezocht -door de wethouder- om een groep bij elkaar te brengen. Hij is nog steeds de man van de initiatieven, maar ook in zijn groep groeit men naar een gezamenlijk leiderschap.
Nu is hij echter nog auctor intellectualis, motor, in gang zetter. De hele groep had echter het gevoel, dat het collectief leiderschap de beste oplossing is.
De enige manier om konflikten te ondervangen -zo stelde de groep reeds snelis door veelvuldige onderlinge gesprekken. Daarbij zouden alle groepen betrokken moeten worden en men zou naar elkaar toe de konflikten bespreekbaar moeten maken, d.w.z. de zaken niet aan het toeval overlaten.
Verder kwam men in tijdgebrek. Men nam kennis van een zeer lijvig rapport van een organisatiedeskundige over de praktijk van collega Van Vianen. Dat had vergaande konsekwenties over de indeling van de praktijk en de organisatie.
Als nevenkonklusie -losstaande van de vraagstellingen- meende men, dat het werken in centra en groepen dwingt tot het gaan in de richting van een zeker sociaal-politiek engagement, waarmede het hele probleem van het welzijn aan de orde is.

rapport 4.

Ook in deze groep werd de voorkeur gegeven aan een gedeeld leiderschap. Het aanwezig zijn van een hierarchische struktuur werd zeer principieel afgewezen. De groep meende, dat het voor de artsen wel eenvoudiger zou zijn doch het zou afbreuk doen aan het groepsidee en het gevaar ontstaat, dat hierarchische strukturen tot verstrakking leiden.
Een van de deelnemers in de groep stelde, dat eventuele relatieproblematiek in de groep verholpen zou kunnen worden -althans daartoe kan een bijdrage geleverd worden- d.m.v. een 'sensitivity-training'. Daarmede wordt natuurlijk niet alles opgelost, maar het kan een belangrijke bijdrage zijn in het vermijden van relatiestoornissen.
Een andere suggestie was een groep eventueel te laten begeleiden door een funktionaris van een psychologisch instituut. Vraag is ook of men een dergelijke funktionaris niet aan het NHI zou moeten verbinden om in voorkomende gevallen hem te kunnen inschakelen als een bepaalde groep in het land met problemen zou zitten.

rapport 5

Ook deze groep vond de toegemeten tijd te kort. Zij menen ook, dat er een funktioneel leiderschap dient te zijn.
Wel is gesignaleerd, dat afhankelijk van de situatie het leiderschap opgedrongen kan worden en met name werd genoemd de relatie van de arts met de

de wijkverpleegster.
Alle leden van de groep hadden er ervaringen mee, dat hoe "open" de arts zich ook opstelt, met name de wijkverpleegster daarmede de grootste moeite heeft. Er is wel gefilosofeerd over de achtergrond daarvan, maar dat doet niets ter zake.
Verder is gekonstateerd, dat er verschil kan zijn tussen de participanten in de groep. Met name de mensen van het eerste uur zijn vaak meer ingewerkt en zij kunnen belangrijk verschillen in inzicht van de rest. Ook al omdat hen de oude doelstellingen het scherpst voor de geest staan.
Verder is gesignaleerd als een van de stoornisverwekkende faktoren het leeftijdsverschil.
In de discussie kwam ook naar voren, dat er in iedere groep wel iemand is, die domineert. Het viel op, dat in de groep een groot aantal mensen in de eigen werksituatie daarmede problemen hebben gehad. Als mogelijke oplossingen zien de leden van de groep een duidelijk maken van doelstellingen. Een ieder moet weten, waar hij aan toe is. Het is belangrijk om over en weer -ook met andere disciplines- telkens weer de doelstellingen te formuleren en in te bouwen. Daarmede gaat gepaard het geven van middelen om het doel te bereiken.
Naar voren kwam ook, afhankelijk van de situatie, een coaching of sensitivity-training in te lassen, hoewel de meningen in de groep ten deze niet eensluidend waren. Het is wel erg situatie-bepaald meende de groep. Sommigen wilden het doen vóór men samen ging werken, anderen meenden, dat het zou kunnen tijdens de samenwerkingsperiode. Enigen hadden onder meer in de Balint-groepen ervaring. De beste oplossing kon niet worden aangegeven. Bij de selektie van mensen, die tot een groep kunnen toetreden is belangrijk, dat het toetredend lid de doelstellingen kan omschrijven en dat hij bereid is er voor te vechten. Verder dient men zich te realiseren, dat er nu eenmaal mensen blijven, die in een groep niet makkelijk kunnen funktioneren. Daarbij kan dan met name spelen, dat sommigen een hierarchie wensen t.o.v. de andere disciplines, terwijl de meeste leden van de groep een open kommunikatie op horizontaal niveau nastreven. Aan de orde is nog geweest de relatie met assistenten. Het was in ons groepje opvallend, dat die mensen, die ervaringen hadden met inschakeling van assistenten allen waren begonnen met die assistenten een duidelijk omschreven, bepaalde funktie te geven en ook een leiderschap bij de assistenten hadden ingebouwd. Men blijkt er echter snel op teruggekomen te zijn. Als een oplossing werd gekozen: iedere huisarts een eigen assistente. Er kunnen daarnaast in de taken wel een aantal overlappingen voorkomen, die uit de aard van de funktie samenwerking nodig maken, terwijl sommige werkzaamheden -receptioniste- voor de hele groep gedaan worden.
Verder is gesteld, dat er vooral t.a.v. de assistentes te grote overgangen vermeden moeten worden, omdat er dan veel verwarring ontstaat, waardoor de zaak fout kan lopen.
Vraag is nog of het ook bij de assistentes zo is, dat het niet juist is een bepaalde dame als leider aan te wijzen van het geheel.
Tenslotte was even aan de orde hoe het in gevallen, waar het al plaats heeft, geregeld is met de geweldige stroom van telefoontjes die in een centrum binnenkomt.

rapport 6

Het meeste dat besproken is, is reeds door de andere rapporteurs gemeld.
Wel is nog aan de orde geweest, dat het nodig zou zijn, dat er een uit-

gebreide reglementering zou zijn, zodat ieder heel precies zijn taak, funktie en verantwoordelijkheden alsmede zijn houding t.o.v. de anderen kent.
Wat betreft de assistentes waren er in de groep voorstanders van het standpunt, dat iedere arts de eigen assistente moest hebben, anderen waren daar fervent tegen.
De groep meende, dat de relaties met de andere disciplines op basis van gelijkheid zouden moeten plaats hebben. Degenen, die ervaring hadden, stelden, dat er veel problemen mee waren, vooral omdat maatschappelijk werksters doch vooral wijkverpleegsters er veel moeilijkheden mee hebben.

rapport 7

In tegenstelling tot de andere groepen was de vraag voor ons duidelijk of men niet zou moeten toegaan naar een situatie met een over-all leiderschap voor een bepaalde periode van 1 jaar. Dat wil zeggen, dat wij dachten aan de situatie, dat een ministerie een minister-president moet hebben. O.a. kwam ter sprake, dat het dan een voordeel zou zijn, dat er minder kans was dat het informele leiderschap, dat zich altijd ontwikkelt in een groep, gaat samenvallen met het formele leiderschap. Daarbij kwam de vraag aan de orde of men er van uit moet gaan of bij multidisciplinaire teams het leiderschap alleen bij de arts(en) kan liggen. Het kan belangrijk zijn, dat het vooral de eerste keren niet bij de artsen ligt, zodat er versneld een gevoel van gelijkwaardigheid der disciplines ontstaat. Van belang zou zijn, dat de struktuur veranderd wordt. De artsen zowel als de anderen zouden alleen in dienstverband moeten zitten. Iedereen in dezelfde strukturele positie was de gedachte.
Verder is gesproken over het oplossen der onderlinge problemen. Daarbij kwam naar voren, dat er twee manieren zijn. Enerzijds stelde men, dat men van buitenaf kan 'begeleiden' en anderzijds stelde men, dat het intern zou kunnen via 'de zaak uitpraten'.
Met name voor de konflikten achtte men een soort sensitivity-training en/of zelf-observatie van de interactie van groot belang.

rapport 8

Deze groep heeft geen aanvullingen op hetgeen uit de andere groepen reeds is gerapporteerd.

rapport 9

Deze groep rapporteert eveneens nadrukkelijk met weglating van datgene, dat reeds door de andere groepen naar voren is gebracht.
De groep heeft vooral zijn aandacht gericht op de wat 'vergeten groep' van de assistentes. De groep is niet zo goed uit dit probleem gekomen. Het is naar de mening van de groep inderdaad het meest onopgeloste probleem bij de verschuiving van de klassieke arts-assistente relatie naar de nieuwere vormen. De assistente blijft vaak vastzitten aan het oude patroon of aan de oude idee.
Naar voren kwam, dat zeker die problemen niet onder de koffie opgelost konden worden en dat het een fundamentele en inspannende bezigheid was, die men

niet aan het toeval kon overlaten. Voor de oplossing dienen bepaalde procedures gevormd te zijn o.a. middels het struktureren van het leiderschap. Die leider zou overigens beter coördinator genoemd kunnen worden, omdat juist in de gesprekken van de groep bij allen de wens kan bestaan bepaalde problemen en idealen in te brengen. Een leuk voorbeeld was er te Noordwijk, waar een dagboek werd bijgehouden, waarin ieder zijn notities kon maken.

Bij de assistentes konstateert men problemen, die het meer algemene karakter hebben van problemen, die zich bij omschakelen voordoen. De assistentes zijn betrekkelijk kort geschoold; vaak kort in de praktijk werkzaam -voorbij gegaan wordt even aan het feit, dat er soms zeer ervaren en zeer ingebouwde assistentes zijn- en zij vinden het vaak moeilijk om op enigszins gelijk niveau te funktioneren. Ook bij de wijkverpleegsters en maatschappelijk werksters merkt men dat aan geven van een soort gelijkwaardigheid eigenlijk altijd mislukt. Een illustratie is, dat het laten bijwonen van het bespreken van verschillen tussen artsen door assistentes mislukt, omdat men kennelijk die assistentes niet met dit soort problemen naar huis kan sturen.
Samenvattend kan gesteld worden, dat in de hele verhouding assistente tot arts veel meer zaken in het geding zijn, dan wij believen te realiseren. Het is wel noodzakelijk dit nog eens nader uit te werken, omdat men anders de situatie houdt, dat men zich er aan stoot

DISCUSSIE TUSSEN DE DEELNEMERS IN DE ZAAL EN EEN FORUM BESTAANDE UIT:

W.P.M. van den Hout, huisarts,

J.F. van Ravenzwaaij, zenuwarts en

Dr. R.A. de Widt, voorzitter

Dr. de Widt opent de algemene discussie en begint met op te merken, dat hij het betreurt te hebben moeten vernemen, d.m.v. een schrijven van de voorzitster van de vereniging, dat de vereniging van doktersassistentes op een haartje na dood is. Het zou belangrijk kunnen zijn een bespreking als deze te laten bijwonen door een groep vertegenwoordigers van de beroepsgroep van assistentes. Trouwens als we over medische centra en interdisciplinaire samenwerking verder willen praten, zal dit niet meer uitsluitend in deze settingkunnen.
Vervolgens wordt ingegaan op een aantal problemen, die uit de groepen zijn gekomen, zoals deze door de voorzitter van het forum, Dr. de Widt, worden geformuleerd.

Probleem 1

Wat is het meest zinvol: uitspreken van alle problemen, d.w.z. 'niet lief zijn voor elkaar' dan wel vermijden van konflikten onder het motto 'lang leve de collegialiteit'.
Wat is op den duur de meest efficiënte methode?

Uit de zaal (Van Vianen) wordt melding gemaakt van bijzonder plezierige resultaten, die men heeft bereikt door de problemen niet uit de weg te gaan, doch alles uit te spreken. Uit de zaal (De Bruine) meent, dat dit ook de enige weg is, omdat een van de redenen, waarom men gaat samenwerken, is het scheppen van mogelijkheden om met anderen werkzaam in het zelfde veld tot gedachten-wisseling en misschien ook tot wederzijdse controle te komen. Het is dan nuttig om eventuele problemen voluit op de ta-

fel te leggen. Spreker heeft dit in de eigen werksituatie als een van de meest nuttige elementen ervaren. Van Ravenzwaaij merkt op: de mate waarin men er zich van bewust is, dat er een konflikt leeft, bepaalt of men er ook wat aan kan doen. De narigheid is, dat vele mensen het niet beseffen, dat andere mensen een konflikt aan hen beleven. Het feit, dat wij zoveel problemen hebben met de assistentes komt vaak, omdat wij het ons zelf vaak niet bewust zijn, dat zij het zo moeilijk met óns hebben en dan zien we het ook niet. Wij menen dan zonder meer, dat het fijn gaat. Te vaak denkt men misschien, dat omdat men als artsen de groepspraktijk heeft opgericht, de zaak wel goed draait als het tussen de artsen goed gaat! Het is echter uiterst belangrijk, dat we ons afvragen wat anderen ervan vinden. Het probleem is, dat men bepaalde relatiestoornissen hanteerbaar moet maken voor álle leden van de groep. Hoe brengt men het individu in de groep ertoe te zeggen, waarmee hij in zit.
Uit de zaal wordt gesteld, dat juist dat probleem van het hanteerbaar maken van situaties nog al eens moeilijkheden geeft. Gedacht wordt dan ook door spreker aan een bepaald raamwerk in een groep waarbinnen men die hanteerbaarheid plaatst. Het is dus niet alleen een kwestie van het aan de orde durven stellen van problemen, maar ook van hóé moet je dat doen. Spreker vraagt zich af of daarvoor geen richtlijnen te geven zijn.
Van Ravenzwaaij moet erop wijzen, dat men de zaken niet kan ontkoppelen. Men kan de problematiek alleen openlijk bespreken, als men het ook aankan. Wanneer men vreest, dat men het niet aankan, zal men omgekeerd ook het niet opbrengen tot een openhartig gesprek te komen. Daar ligt juist de kern van het probleem.
Uit de zaal wordt gevraagd of dan niet bereikt kan worden, dat de deelnemers tot die open houding komen. Van Ravenzwaaij zegt, dat men de mensen dan moet 'vrij maken', d.w.z. dat men ze moet leren de durf op te brengen. Het gaat dan niet alleen om het aan de orde durven stellen van problemen, maar het gaat ook om het vertrouwen, dat er geen brokken komen. Overigens zou hij erop willen wijzen, dat men ook het begrip 'konflikt' in de juist kontekst dient te plaatsen. Het gaat niet direkt om narigheid, uit elkaar gaan etc. Het hele woord konflikt is te beladen en men moet het laten verdwijnen. Neem eens de problematiek van het leiderschap. Het oplossen daarvan leidt tot meningsverschillen en het is moeilijk om er uit te komen. Alleen in een open gesprek lukt dat. Overigens kan men zich nog afvragen in hoeverre juist artsen konflikten openlijk aan de orde willen stellen. In ziekenhuizen blijkt, dat men de konflikten graag wil bedekken.
Uit de zaal wordt de vraag herhaald wat dan de oplossing is. Van Ravenzwaaij meent, dat de betrokkenen bereid moeten zijn mee te werken, terwijl er daarnaast vrijwel altijd iemand van buiten nodig is, die de mensen helpt in het gesprek. Het voorstel om sensitivity-achtige bijeenkomsten te organiseren kan een hulpmiddel daarbij zijn, Probleem is: we stellen onszelf per definitie niet zo gemakkelijk ter discussie, omdat men niet weet wat er dan allemaal boven tafel komt. Veronderstel eens, dat wij openlijk horen wat de assistentes van ons vinden. Wat een nare dingen zouden er dan aan de orde kunnen komen.
Uit de zaal komt de vraag of er een relatie is tussen het vooraf bijeenkomen in een sensitivity-training en het slagen van groepsgesprekken in de praktijk. Van Ravenzwaaij: het probleem ligt er, dat men het ook een beetje in de praktijk moet leren. Als men met elkander een keer een konflikt oplost dan zal men de volgende maal makkelijker een konflikt aan de orde stellen.
Uit de zaal wordt gewezen op een situatie, waarin men de zaak wel op tafel legde, waarbij echter bleek, dat men in het gesprek de neiging had zich er weer van terug te trekken. Toen ontstond de moeilijkheid deze zaak weer los te gooien en open te breken.
Van den Hout zegt, dat de ervaring leert, dat de konflikten nog al eens ontstaan, doordat de huisarts in de groepspraktijk te veel centraal wordt ge-

steld, naar spreker's mening de ideale manier om teamwork om zeep te helpen. Overigens moet spreker wel mededelen, dat hij geen duidelijk alternatief heeft. Wel kan hij stellen, dat teambesprekingen, sensitivity-training, etc. waardevolle hulpmiddelen zijn, maar het is niet het absolute gegeven voor oplossing van die problemen. Er is bovendien te weinig ervaring. Konflikten vermijden is echter een levensgevaarlijke zaak.
Ten Cate gaat in op de gedachte, dat er vanuit het NHG of NHI een zekere councelling zou komen voor de groepspraktijken. Spreker meent, dat dit dan voor de hele groep betrokkenen zal moeten gelden, d.w.z. ook voor de wijkverpleegsters, maatschappelijk werksters, assistentes etc. Dr. de Widt acht deze gedachte juist. Bij het trainen etc. wordt naar spreker's mening te veel gedacht aan alleen de artsen. De groepsproblematiek beslaat natuurlijk de totale groep. Spreker onderkent het probleem, dat de assistentes tot nu toe te veel in de verdrukking zijn gekomen, wat opnemen in de groep betreft. Hij vraagt zich dan ook af, of men niet veel duidelijker dient te onderkennen, bij organisatie en reorganisatie bijvoorbeeld, dat eenieder van hoog tot laag daarbij betrokken is. Te vaak ziet men, dat men van bovenaf wel reorganiseert voor het lager kader. Vaak merkt men dan later, dat men volkomen vastloopt (men ziet dit ook bij fusies in het bedrijfsleven). Van Ravenzwaaij antwoordt na een interruptie uit de zaal, dat bij training vooral aanbod dient te komen de vrijwilligheid van de deelnemers, bereidheid en enthousiasme om deel te nemen. Verder dient de rechtsongelijkheid in maatschappelijke status niet te groot te zijn. Het is buitengewoon moeilijk de direkteur en ondergeschikten in één groep het funktioneren van eerstgenoemde te laten beoordelen. In spreker's praktijkervaring lost men dat in die zin op, dat men groepen, die maatschappelijk niet te ver uit elkaar liggen, een aparte training vooraf geeft van enkele dagen. Als het ware is men dan reeds gewend aan de manier van trainen. Vervolgens komt men dan bijeen in groter verband en wordt er gekeken naar de specifieke problemen van samenwerking. Doet men dit niet, dan heeft men kans, dat de deelnemers dichtslaan. Er zijn ervaringen met geneesheer-direkteuren, die spraken met een dwarsdoorsnee uit het hele ziekenhuis. Daarbij zaten ook eerstejaars leerlingen. Nu moet men niet denken, dat die zomaar een geneesheer-direkteur gaan tegenspreken. Dat gebeurt niet. Wel als men verder is in de techniek van het met elkaar leren spreken. Als men de mensen geleerd heeft met elkaar te spreken, dan gebeurt dit wel. Spreker heeft meegemaakt, dat een leerlingverpleegster meewerkte aan het opstellen van een management-schema voor het hoofd van de verpleegdienst en het hoofd van die verpleegkundige dienst vond dat helemaal niet gek. Ik weet overigens niet of de assistente voor het curriculum van de arts een bijdrage kan leveren, maar het is een mogelijkheid.
Uit de zaal (Best) vraagt waarom bij architectenbureau's en andersoortige bureau's van vrije beroepen e.d., die qua werksituatie met artsen te vergelijken zijn en het bedrijfsleven in het algemeen dit soort gesprekken wel mogelijk zijn en bij artsen niet. Dr. de Widt kent de situatie bij Berenschot, waar denken over samenspraak en samenwerking aanwezig is.
Van Ravenzwaaij zegt dat in principe bij alle mensen met dominerende posities en daar horen ook artsen en igenieurs toe, die moeten samenwerken met andere mensen, en die dat in principe niet hebben geleerd deze probelamtiek wordt aangetriffen. Vaak gaat de eigen creativiteit er onder lijden.
Spreker wijst erop, dat op de cursussen van het NIPG een gemêleerd gezelschap komt. Het is géén pure artsenproblematiek. Het is een menselijke problematiek en de artsen vormen niet in het minst een uitzondering. Er zijn echter ook geen konkrete oplossingen voor te geven. Er zijn een aantal meningen te geven, die voor een bepaald aantal situaties geldig zijn.

Wel kan men zeggen, dat voor de arts geldt, dat zijn positie zo'n merkwaardige en zo'n unieke is. Er is geen beroep, waarmede een direkte vergelijking mogelijk is. Dit kan tot gevolg hebben -en spreker gelooft dat ook-, dat derhalve de relationele problemen van en bij de artsen vaak veel groter zijn dan elders. Een probleem is altijd, dat bij de artsen een hoog gespecialiseerde laag met een laag hulpkader werkt. Er is geen of weinig tussen kader of hoger kader onder de bij uitstek deskundige arts. Dat heeft men wel bij een ingenieursbureau waar aan de ingenieur vragen worden gesteld door de mensen uit het hogere en middelbare werk (HTS, UTS, e.d.). Artsen hebben die logische onderbouw niet. Het is alsof de ingenieur een kanaal ontwerpt en er is alleen een arbeider, die de schop hanteert. Er tussen zit niets.

Probleem 2

Dit is het probleem van het interdisciplinair samenwerken. Daarbij wordt aan de orde gesteld de opmerking, dat wijkverpleegsters niet op 1 nivo wensen te funktioneren met de anderen uit de groep. Zij hebben behoefte aan een zekere mate van leiderschap. Als echter goed wordt getraind en als de zaak op de juiste wijze wordt benaderd, zou de gewenste wisselwerking wel kunnen ontstaan, zo stellen anderen.

In de inleiding tot de discussie hierover zegt Dr. de Widt niet primair te willen uitgaan van de groepspraktijk in enger verband. Hij zou juist willen uitgaan van die situatie, dat er anderen aanwezig zijn en/ook regelmatig worden bijgehaald.
/er
Uit de zaal wordt aangehaald het voorbeeld van het samenwerken van enige artsen in een konsultatiebureau met diverse mensen van andere disciplines. Daarbij is getracht zich zo open mogelijk op te stellen en vooral uit te gaan van één gemeenschappelijke basis. De enigen met wie het moeilijk was tot open kommunikatie te komen, waren de wijkverpleegsters. Het bleek voor de andere leden in de groep moeilijk om na te gaan, waar de problematiek voor de wijkverpleegster nu eigenlijk lag. Er zijn verschillende besprekingen aan gewijd en het wonderlijke is, dat men moest konstateren, dat die wijkverpleegsters trachtten zich een beetje te verschuilen. Ze waren tevreden etc., maar er kwam geen response. Spreker meent, dat speelt de hele image, de rol en de rolverwachting van en rond de arts. Merkwaardig is, dat er bij de arts en maatschappelijk werkster kennelijk andere raakvlakken zijn, zodat daar gesprekken wel op gang komen. Het is echter in de praktijk een bijzonder moeilijk punt alle relaties open te laten funktioneren. Een eigen inbreng en een open kommunikatie blijkt met de wijkverpleegster vrijwel niet te bereiken te zijn.
Uit de zaal wordt daarop gerepliceerd, dat men niet uit het oog mag verliezen, dat de wijkverpleegster voor een belangrijk deel haar opleiding in het ziekenhuis heeft genoten. Daaruit kan voortkomen een bepaalde beroepshouding, die gekenmerkt wordt door een zekere dienstbaarheid aan de arts. De arts is opdrachtgever en is dé grote verantwoordelijke man. Er zal dus al tijdens de opleiding aan deze attitude-verandering geschaafd dienen te worden. Uit de zaal: dit geldt ook voor de artsen. Die dienen ook reeds tijdens de opleiding getraind dienen te worden in groepswerk en kommunikatie.
Van Ravenzwaaij is het ermee eens. Bovendien heeft het te maken met de akseptatie van de samenwerking. Het gaat niet alleen om het aksepteren van de rol van de ander in de groep, maar het gaat ook om het aksepteren van de eigenrol. Ik meen, dat veel van die problemen terug te voeren zijn op de mogelijkheid, dat als men begint men niet speelt op volledige akseptatie.

Uit de zaal (De Bruine) vraagt zich af of àls men komt tot een grotere openheid en met elkander werken, de arts niet meer taken zou kunnen delegeren, zodat de diverse medewerkenden grotere eigen verantwoordelijkheden krijgen, dan in hun oorspronkelijke opleiding is verwerkt. In de vrees daarvoor zou ook een stuk terughoudendheid kunnen liggen opgesloten. Van den Hout heeft deze problematiek in zijn samenwerkingsverband niet.
Uit de zaal wordt gesteld, dat bijvoorbeeld de taakverdieping voor de wijkverpleegster bij een goed samenspel in een groep, voor die wijkverpleegster gevolgen heeft. Zij ziet niet langer 'alleen maar rode billen' maar gaat zich intensief gekonfronteerd worden met de hele psycho-sociale achtergrond van gezinnen en van problematieken van patiënten. Gewezen wordt in dit kader op hetgen Huygen heeft gedaan met de Home-teams, waarbij de verpleegster op visite' wordt gestuurd, waarbij haar bepaalde beslissingsbevoegdheden zijn gegeven en waarbij zij in een aantal situaties uitmaakt of de dokter moet komen of niet. Dat zal op den duur meer algemeen dienen te gaan leven. Van den Hout ziet een parallel met het vorige probleem. Als je niet lief bent voor elkaar, als je uitgebreid met elkaar spreekt, dan zul je in die setting meer bereid zijn om je kennis te verbreden en om een deel van je kennis over te dragen op de andere leden van de groep. In spreker's groep is men konsekwent bezig met de wijkverpleegsters op het niveau van de anderen te brengen. Met name is dit belangrijk, omdat de wijkverpleegster iemand is met een zeer intensieve, nagenoeg gelijke opleiding. Zij heeft zeven jaar gestudeerd en zij weten van veel zaken heel veel af. In spreker's blijkt het heel goed mogelijk te zijn om een deel van het werk, via de methode zoals men dat ook in een Balintgroep doet -gesprekken, rollenspellen- zeer snel over te brengen naar het niveau niveau van de wijkverpleegster. Dan kan men tot de situatie komen, dat een wijkverpleegster de arts bericht, dat hij voor alsnog niet nodig is in een gezin en dat zij hem wel zal waarschuwen als hij wel nodig is. Dat kan alleen via een doelbewust aanpakken van het probleem, waarmede men de mensen op een gelijk niveau brengt in de groep.
Spreker wijst erop, dat het in zijn situatie heel duidelijk is, dat ook de artsen door de andere leden van het team gekorrigeerd willen worden. Een incidentele gebeurtenis, die als verheugend werd ervaren, is bijvoorbeeld, dat onlangs een wijkverpleegster meldde, dat zij van mening was, dat het gevloek van de artsen maar eens afgelopen moest zijn. Het hinderde haar in haar werk. Een half jaar geleden had ze het niet in haar hoofd gehaald om dit eerlijk en open te zeggen.
Van de Hout is het er dan ook niet mee eens, als men stelt, dat het kontakt met de wijkverpleegster gedoemd is te mislukken. Volgens hem kan men het wel degelijk met de wijkverpleegster voor elkaar krijgen, maar men kan het alleen doen, als men kiest voor die situatie, waarin vooral geen konflikten vermeden worden. Uit de zaal: hebben die anderen in uw team een specifiek eigen inbreng? Van den Hout zegt, dat dit zeker het geval is. In de laatste bespreking hebben de wijkverpleegsters ingebracht het probleem, wat zij storend vonden in de houding van een arts, wanneer er sprake is van een 'lost-case'. Zij ergerden zich in feite aan de echte of gespeelde oninteresse van de arts of aan zijn stoerdoenerij. De wijkverpleegster bleek als persoon bij een lost-case vaak zeer emotioneel betrokken te zijn. Twee wijkverpleegsters brachten naar voren, dat zij de houding van de arts niet erg zinvol vonden. Het is uitgesproken en er kwam naar voren, dat eigenlijk iedereen wel weet, dat het een beschermingsmechanisme van de kant van de arts is. Wel is het dan van belang, dat je in zo'n groep het probleem bespreekbaar maakt.
Uit de zaal (Van Vianen) vraagt zich af of er een groot verschil is tussen de zich urbaniserende streken en de grote stad enerzijds en het platteland anderzijds voor wat betreft de onderlinge verhoudingen en de groei en het

uitdiepen van relaties. Van den Hout gelooft niet, dat het zinvol is dit onderscheid aan te brengen. Het wordt meer beïnvloed door de wijze, waarop men met elkaar begint. Leeft echt de wens allen bij het werk te betrekken. Uit de zaal (De Bruine) moet erop wijzen, dat Van den Hout, Van Vianen en spreker in een gelijksoortige werksituatie zitten, terwijl toch bij de een de indruk bestaat, dat een kloof met de wijkverpleging blijft bestaan en bij de ander niet. Van den Hout zegt, dat het ook aan de groep kan liggen. Er zijn te weinig experimenten om te zeggen, dat het wel of niet kan. Misschien heeft men in spreker's situatie net 4 goede meisjes getroffen.
Uit de zaal (Oltmans) merkt naar aanleiding van de discussie op, dat pas als de akseptatiesfeer zich ontwikkelt, er iets gezegd kan worden, daarna kan men gaan werken aan wát gezegd wordt.
Het is voorts onontkoombaar, dat in een groep, mede op grond van opleiding, dat de een meer weet en kan dan de ander en daardoor kan hij meer zeggen dan de ander. Het is dan vooral van belang, wat die ander -de wijkverpleegster bijvoorbeeld- als persoon wil zeggen. Men moet bovendien in zo'n groep tot een zodanige interactie komen, dat men van elkaar leert en elkaar ten dienste staat, zodat bijvoorbeeld de assistente aan de telefoon het eerste geruststellende woord kan spreken en niet direkt de arts aan de lijn geeft, die op dat moment mogelijk zich intensief met iets anders bezig houdt. Uit de zaal (Van Vianen) meent, dat er een zekere spraakverwarring is over wat nu precies wel en niet gezegd kan worden in een groep. Het gaat erom, dat de groep in zijn gesprek funktioneert als een forum, dat gemeenschappelijk een probleem behandelt.

Dr. de Widt zegt, dat de onzekerheid vaak een grote rol speelt. Spreker wijst op analoge problemen in het bedrijfsleven, waar men op een gegeven moment iets doet aan taakverruiming, waarbij men de mensen meer eigen verantwoordelijkheid laat dragen. Dan blijkt in een aantal gevallen, dat men dit helemaal niet op prijs stelt en dat men liever de oude duidelijke lijnen van organisatie heeft met een beperkte taakstelling en weinig verantwoordelijkheid. Maar je mag ook weer niet te gauw verwachten, dat het niet zal lukken. Het is vaak een kwestie van jaren en van zorgvuldige voorbereiding en begeleiding. Volwassen mensen zitten vaak jaren in een bepaalde rol en zijn daarin min of meer vastgeroest, het is dan een moeilijke vraag, hoe men de roest verwijdert en weer blinkend metaal laat zien!
Uit de zaal (Vrij) vraagt hoe het zit met de persoonlijke verhoudingen. Zijn er groepspraktikanten, waar binnen interdisciplinair het tutoyeren kent. Bij handopsteking blijken er een aantal te zijn. Dr. de Widt zegt, dat het tutoyeren zo veelal wordt toegepast, dat wel van boven naar beneden getutoyeerd wordt en omgekeerd niet (vooral in de relatie mannelijke - vrouwelijke medewerkers). Spreker stelt vast, dat er hooguit in de groep 10 % is, waar in de groeps over en weer tutoyeren plaats heeft. Dat lage percentage heeft op zich wel een bepaalde betekenis.

Probleem 3

De leiding. Moet er formeel leiderschap zijn? Moet er wisselens leiderschap gedurende een bepaalde periode zijn? Moet men het leiderschap per onderdeel opdelen en moet dan ieder een deel van de leiderstaak hebben? Naast elkaar stelt men wel een min of meer hierarchisch leiderschap d.w.z. strikt formeel mondt de hierarchie uit in één top en een tweede mogelijkheid: er is geen uitgesproken leiderschap, maar een voorzitter 'van de raad van ministers', d.w.z. de leider is degeen, die zorgt voor de geregelde gang van het gesprek, hij treedt alleen ordenend op. De laatste mogelijkheid is dus, dat

ieder een deel van de leiderstaak op zich neemt. Er komen dan horizontale strukturen.

Uit de zaal (Vrij) wijst op de nuttige indeling, die gegeven is door Van Ravenzwaaij, uitgaande van een instrumenteel en sociaal leiderschap. Spreker had enigszins in de discussie de indruk, dat er alleen werd gesproken over het instrumenteel leiderschap, d.w.z. de verdeling der taken. Spreker meent echter, dat er alle afspraken ten spijt bij iedere groep een sociaal leiderschap zal optreden. Wanneer er binnen een groep problemen zijn, zal men het beeld krijgen dat men zich met het probleem tot een bepaalde figuur wendt. Dat is de man, die in de groep van alle lijnen die er zijn de knooppuntsfunktie heeft. Kan men de funktie van het sociaal leiderschap voor een groep bespreekbaar maken? Van Ravenzwaaij: er is in het eerder genoemde onderzoek in de ziekenhuizen onderscheid gemaakt tussen de elementen in de taak van de verpleegster op de afdeling. Hoeveel tijd is er nodig voor de po's en hoeveel tijd is er nodig om 'zuster Annie, die het zo moeilijk heeft' op te vijzelen. Daarmede trachtte men een duidelijker inzicht op het funktioneren van de verpleegkundige te bereiken.
In de groepspraktijk ligt het wat anders. In de groep moet men proberen het leiderschapsprobleem en dat van de werkstruktuur op te lossen op een manier, die past bij de natuur van de betrokkenen. Het makkelijkste los je in het algemeen op via een taakverdeling.
De sociale struktuur van de groep is veel moeilijker te regelen men doet het gewoon, er zit een zekere spontaniteit in. Het gaat er dan niet om, dat iemand uit de boot valt. Belangrijk is dan of een van de leden van de groep signaleert, dat een ander lid eruit valt of dreigt eruit te vallen. Dat is een vorm van sociaal leiderschap. Dat is vaak een duidelijk verdeelde zaak. Spreker meent, dat het bijna niet te organiseren is. Het is wel uitermate belangrijk voor het voortbestaan van de groep en met name om de kohesie te kunnen behouden, die noodzakelijk is voor het voortbestaan. Ieder dient zijn bijdrage te kunnen leveren; spreker heeft tenminste nog nooit gezien, dat het toebedeeld werd. Dan werkt het bovendien niet. De verdeling in instrumenteel leiderschap en sociaal leiderschap is wel handig, maar men kan er weinig of niets over zeggen (de in het bedrijfsleven zeer bekende problematiek van de formele organisatie versus de informele organisatie sluit hier nauw bij aan).

Dr. de Widt sluit dan de groepsdiscussie. Aan de orde stelt spreker het laatste agendapunt: het instellen van een werkgroep van het NHG inzake groepspraktijken.

OPENING VAN EEN WERKGROEP OF KOMMISSIE GROEPSPRAKTIJKEN NHG.

A. Vrij, secretaris van het NHG, prijst zich gelukkig, dat het onderwerp 'een werkgroep' aan de orde mag worden gesteld. Uit de gang van zaken op deze dag bleek reeds, dat er onnoemlijk veel problemen en probleempjes zijn, waarover wij heel graag diepgaand met elkaar van gedachten willen wisselen. De drie konferenties, die tot dusverre zijn gehouden, waren meer oefeningen op het droge. Nu doen we de eerste poging om te gaan zwemmen en als zwemmers willen we graag, gezien het woelige water, in clubverband zwemmen. In het buitenland kent men een aantal voorbeelden van organisaties van groepspraktijkartsen, die zich aaneen hebben gesloten. Noch het NHG, noch het Centraal Bestuur van de LHV zouden er erg gelukkig mee zijn, als een dergelijke ontwikkeling zich ook in Nederland voordeed. Dat alles neemt niet weg, dat de behoefte aan onderling kontakt, met de bedoeling uit te wisselen wat ons gemeenschappelijk bezig houdt, bestaat.
Het NHG-bestuur wil nu komen tot het oprichten van een kontaktgroep van die huisartsen, die in groepsverband de huisartsgeneeskunst beoefenen en daarmee wil het NHG-bestuur een mogelijkheid bieden tot een regelmatig periodiek kontakt en overleg.
Bovendien zou het NHI dan de mogelijkheid worden geboden een formele gesprekspartner te hebben in het voorbereiden van dit soort bijeenkomsten. Het is een voorstel, dat ik dus gaarne in uw midden leg. Kan er bij handopstekèn over geoordeeld worden of de gedachte bij u aanslaat? Zo ja, dan zal het NHG-bestuur gaarne nadere stappen ondernemen. De zaal stemt in.

Uit de zaal komt een kritisch geluid, dat inhoudt, dat men moet oppassen, dat men werkend in gezondheidscenta of in groepen t.o.v. de andere beroepsgenoten niet een verbijzonderde positie in gaat nemen. Het is een doodgevaarlijke situatie zegt de spreker, als men de artsen uit groepspraktijken en centra losrukt van hetgeen onder de andere beroepsgenoten aan de orde is. Men moet elkander blijven ontmoeten. Juist de kommunikatie met elkander is bepalend voor het welslagen.
Vrij: deze vrees heeft zowel bij het NHG als de LHV geleefd, toen de plannen aan de orde kwamen. Ik meen, dat het gevaar minder groot is, dan u mogelijk denkt. Het gaat om het beperken tot een kontaktgroep, d.w.z. geen aktiegroep, ook geen groep, die zich apart wil opstellen. Deze dag is er een bewijs voor, dat er behoefte is aan kontakt en aan het onderling uitwisselen van gedachten. Daarvoor moet een forum komen en het Genootschap wil dat gaarne helpen organiseren. Meer niet, niet minder.
Uit de zaal wordt naar voren gebracht, dat er minder behoefte aan kontakt dan aan aktie is. Het wordt tijd, dat men de problemen inventariseert en ze voorlegt bijvoorbeeld aan de ziekenfondsen. Er dient aktie te komen; er dienen middelen te komen. Als de groepspraktikanten het zelf niet doen, wie doen het dan wel!

Vrij zou geen misverstanden willen laten ontstaan, om wat voor soort kontaktgroep het gaat. Er is een advieskommissie voor de besturen van LHV, NHG en KNMG, de zogenaamde kommissie groepspraktijken. Deze kommissie moet voor de beleidsorganen de problematiek behandelen in die zin, dat men de stenen aandraagt, waarop het beleid gebouwd kan worden.
De drie besturen, doch vooral het bestuur van de LHV, zal van deze adviesgroep moeten profiteren, omdat de LHV naar buiten toe met de fondsen, etc. optreedt. De kontaktgroep in wording kan mogelijk ook stenen aandragen voor het beleid en kan adviezen naar voren doen brengen, maar dan gebaseerd op de praktijksituatie.
Uit de zaal vraagt men zich af waarom de bestaande advies-kommissie niet voldoende is voor hetgeen nodig is.
Vrij wijst erop, dat het Genootschap dacht aan een kontaktorgaan voor de groeps

praktikanten zelf en niet aan een werkcommissie in de beleidssfeer. De adviescommissie LHV, NHG en KNMG bestaat uit officiële bestuursvertegenwoordigers. Er zitten ook funktionarissen in.
Het is een typisch beleids-advies-club. Er is in die club geen tijd om alle relatieproblematieken, bijvoorbeeld, uitvoerig aan de orde stellen. Bovendien is een probleemstelling als de relatieproblematiek niet iets voor een kleine adviesgroep, maar er moet een gelegenheid zijn voor allen, die in groepsverbanden of centra werken over deze materie van gedachten te kunnen wisselen. Men moet met elkaar kunnen spreken en men moet elkaar kunnen ontmoeten. Men zou elkander bij tijd en wijle apart dienen te ontmoeten, omdat in grote algemene vergaderingen van de organisaties de groepspraktikanten vanzelfsprekend niet altijd met hun specifieke problemen aan bod kunnen komen.
De adviescommissie LHV, NHG, KNMG werkt vooral in de sfeer van het pousseren van een ontwikkeling, d.w.z. het scheppen van een gunstig klimaat voor het ontstaan van groepspraktijken, bij officiële instanties bijvoorbeeld. De kontaktgroep houdt zich bezig met alle interne problemen, zoals die zich kunnen voordoen bij groepen, die reeds van start zijn gegaan.
Uit de zaal wordt er toch gepleit voor een uiterst voorzichtig opstellen. De noodzaak voor een kontaktgroep dient een reële te zijn en er dient niet tot institutionalisering gekomen te worden als de behoefte niet echt leeft. Men zou doublures willen voorkomen.
Uit de zaal bepleit een der aanwezigen, dat er een aktiegroep komt. Hij gelooft niet in een traag werkend adviescommissie. Men is te lang wachtende op allerlei officiële organen.
Vrij: aktie moet komen vanuit de beleidsorganen en niet vanuit de kontaktgroep, die als primair doel heeft het bieden van mogelijkheden voor het uitwisselen van ervaringen en van inzichten en het elkaar kunnen helpen.

Prof. Van Es acht het verstandig reeds nu enigen te vragen hulp te bieden bij het voorbereiden van de kontaktgroep.
Vrij wijst er nog eens op, dat de kontaktgroep gesprekspartner voor het instituut kan zijn, terwijl het NHI onderzoekingen kan plegen op verzoek van de kontaktgroep.
Uit de zaal wordt nog eens gepleit voor een nadere bezinning op de vraag in hoeverre aan dit soort kontaktdagen ook door de paramedische krachten deelgenomen dient te worden. Weer een werkgroep van alleen artsen acht spreker niet zinvol. Vrij acht dit een goed onderwerp als eerste agendapunt voor de kontaktgroep. Wel moet men bedenken, dat slechts een fraktie van de groepsverbanden werkelijk multidisciplinair werkt. Er zouden dus scheefgetrokken verhoudingen kunnen ontstaan. Wel is het een belangrijke suggestie. Spreker inventariseert wie mee zou willen doen in het besturen van de kontaktgroep. Uit verschillende groepen komen positieve reakties.
Dr. de Widt is verheugd, dat het initiatief geslaagd is. Het NHI heeft bv. de behoefte aan een gesprekspartner bij de organisatie van dit soort dagen. Spreker verleent het woord aan Halbertsma (Bestuur van de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut) voor sluiting der bijeenkomst.

SLUITING

T.E. Halbertsma: het bestuur van het NHI is losgemaakt van het NHG-bestuur en bestaat nu uit een college van 9 mensen, waarvan spreker er een is. Het NHI heeft zich bezonnen en alle idealen nog eens gerangschikt. Voorop werd nog een gesteld de dienstverlening aan de huisarts. Expliciet aan alle huisartsen. Daarvoor is het nodig, dat er voldoende input van gegevens is, opdat

informatie verstrekt kan worden aan degenen, die out-put verwachten. De know-how in de nederlandse huisartsen verenigd, kan worden gecentraliseerd en dienstbaar worden gemaakt aan de totale groep. Een voorbeeld is deze dag; daarom is hij geslaagd.
Spreker hoopt, dat de aanwezigen er veel aan hadden, het NHI had dat zeker.
Dank aan betrokkenen voor de organisatie en wel thuis.

BIJLAGE

Recente literatuur op het gebied van groepspraktijken en gezondheidscentra

de Widt, Dr. R.A. en Ir. C. de Wit - Groepspraktijken, de organisatie, financiering en bouw van groepspraktijken in Nederland. Uitg. Nederlands Huisartsen Instituut, 51 pag.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid - Advies betreffende de wijkgezondheidszorg. Uitg. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, jrg. 1969, nr. 13, 28 pag.

Gezondheidszorg in Oostelijk Flevoland door een medisch team. Uitg. Stichting voor het bevolkingsonderzoek in de drooggelegde Zuiderzeepolders, Amsterdam 1968, 65 pag.

Clark, J.S - Group practice. E. & S. Livingstone, Edinburgh and London, 1971, 96 pag.

Lamberts, H. en J.M.H. op 't Root - Het maatschappelijk werk in de groepspraktijk Ommoord. Huisarts en Wetenschap, 1970, nr. 12, blz. 450.

Lancée, F.J. en H. Lamberts - Rationele en practische farmacotherapie voor een groepspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1971, nr. 2, blz. 65.

van den Hout, W.P. - Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, opzet en start van een samenwerkingsproject. Huisarts en Wetenschap, 1971, nr. 4, blz. 129.

Dubois, V.E. - Het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord van een andere zijde belicht. Huisarts en Wetenschap, 1971, nr. 4, blz. 137.

Bakker, F.R. - Een experiment van gecoördineerde gezondheidszorg in Rotterdam (Ommoord): een eerste beschouwing. Huisarts en Wetenschap, 1971, nr. 4, blz. 139.

25/06/71
RdW/MP.