HOOFDSTUK I
Opdracht, verantwoording en opzet

Opdracht

Ruim 12 jaar geleden verscheen het rapport over de taak van de huisarts, het zgn. Woudschotenrapport. Jarenlang gold het rapport als richtsnoer voor het handelen van de huisarts.
In 1973 rees binnen het bestuur van het N.H.G. de vraag of de taak van de huisarts nu nog steeds zo opgevat kan worden als in de tijd van de samenstelling van het Woudschotenrapport. Voor de beantwoording van die vraag kreeg Riphagen de opdracht een commissie samen te stellen. Hij raadpleegde drie andere huisartsen en gezamenlijk waren deze van mening, dat het belang van de functie van de huisarts in de gezondheidszorg een hernieuwde beschouwing van N.H.G.-zijde rechtvaardigde en bovendien, dat bij de totstandkoming van deze beschouwing de mening en de medewerking van niet-huisartsen niet kon worden gemist. Het N.H.G.-bestuur verenigde zich daarop met het voorstel een werkgroep samen te stellen van vier huisartsen, twee sociologen, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een wijkverpleegkundige, die eind 1973 de opdracht aanvaardden een rapport te schrijven over de taak van de huisartsen.

Verantwoording

Toen het Nederlands Huisartsen Genootschap bijna twintig jaar geleden werd opgericht tekende zich de enorme uitbreiding van de geneeskunde het duidelijkst af in de sterke groei van het aantal specialisten en de expansie van het klinisch handelen. Min of meer als tegenwicht tegen deze ontwikkeling stelde het N.H.G. zich als doel, de huisartsgeneeskunde op een hoger niveau te brengen. Om dit doel na te streven was het noodzakelijk te komen tot een omschrijving van de taken van de huisarts. Hiervoor werd een conferentie belegd waarvan de resultaten verwerkt werden tot een rapport, genoemd naar de plaats waar de conferentie had plaatsgevonden, het Woudschotenrapport.
Het Woudschotenrapport bepaalde in twaalf deeltaken de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Bij alle concentratie op de taken van de huisarts kwam in het Woudschotenrapport de wijze waarop deze taken tot uitvoering gebracht konden worden nauwelijks aan de orde; met andere woorden de inhoud van het werk stond voorop en niet de vorm waarin de inhoud tot uitdrukking kwam, de werkwijze van de huisarts.
Door het accent te leggen op de inhoudelijke aspecten van het huisartsenwerk leverde het Woudschotenrapport een niet te onderschatten bijdrage aan de verduidelijking van het aandeel van de huisarts in het geheel van de geneeskunde; in die tijd een belangrijk en urgent probleem.

Wat is echter de consequentie dat bijna uitsluitend over de t a k e n van de huisarts wordt gesproken ?
De taken komen voort uit de ontwikkelingen in het vak geneeskunde. De geneeskunde geeft derhalve de grenzen aan van het huisartsenvak. In de ontwikkeling van de geneeskunde voltrekt zich een proces, dat ook bij andere - toegepaste - wetenschappen bestaat, waarbij de toename van het technisch kunnen de doeleinden van de geneeskunde - te - sterk bepaalt. De mogelijkheden van het vak gaan de inhoud van het vak betekenen. Wanneer in het Woudschotenrapport dan ook gesproken wordt over persoonlijke en integrale zorg, dan overstijgt dit de grenzen van de geneeskunde en kan het rapport niet de weg aangeven waarlangs hiermee kan worden gewerkt.
Het probleem is nu dat blijkt, dat op de talloze vragen waar ondermeer de huisarts mee kan worden geconfronteerd, door de geneeskunde lang niet altijd een antwoord kan worden gegeven, of dat het antwoord dat de geneeskunde kan geven slechts een facet van het aangeboden probleem bestrijkt. Daarnaast zijn andere disciplines zich in toenemende mate gaan bezighouden met dezelfde klachten en problemen waarmee ook de huisarts wordt geconfronteerd, zoals maatschappelijk werkers, psychologen, wijkverpleegkundigen en anderen.
Het feit dat de geneeskunde in veel gevallen niet het antwoord of het enige antwoord kan geven op de hulpvraag, maakt dat het van belang is een methode te ontwikkelen, waarbij vooraf wordt nagegaan of de vraag wel aan de geneeskunde moet worden voorgelegd.
Wanneer meerdere disciplines zich met eenzelfde categorie hulpvragen bezighouden, dan is het van belang dat deze disciplines gaan samenwerken. Het chaotische karakter van het geheel aan klachten en de meerzijdige benadering daarvan resulteert anders in een versnippering van de hulpverlening. Samenwerken kan echter dan pas optimaal geschieden, wanneer de samenwerkenden gezamenlijk een methode van werken hebben ontwikkeld, die gelegenheid biedt tot een gemeenschappelijke wijze van handelen en die ruimte openlaat waarin iedere discipline zijn eigen specificiteit kan toepassen. Vanuit deze gedachtengang hebben wij gemeend niet te moeten praten over de inhoud van de taken van de huisarts, maar over de wijze van werken van de huisarts in de samenhang van een eerstelijns samenwerkingsverband.

Opzet

Hoofdstuk II handelt over (methodisch) werken in de eerste lijn. Methodisch werken is nodig om twee redenen: om te bepalen of de hulpvraag wel binnen de geneeskundige methodiek in de engere zin thuishoort en om een gemeenschappelijke basis te verwerven waarop de verschillende disciplines binnen de eerste lijn kunnen samenwerken en hun eigen specificiteit toch tot uitdrukking kunnen brengen.

Methodisch werken èn samenwerking met andere disciplines bieden de huisarts nog een ander voordeel, namelijk de mogelijkheid om op een gestructureerde wijze zijn plannen te wijzigen, wanneer de ingeslagen weg niet tot de gewenste resultaten blijkt te leiden.
In Hoofdstuk III komt de samenwerking aan de orde. Hierbij wordt het waarom van samenwerking behandeld door verschillende vormen te beschrijven met hun consequenties. Bovendien worden de voorwaarden genoemd waaraan men bij de verschillende samenwerkingsverbanden moet voldoen.
Niemand zal vandaag meer ontkennen, dat de toepassing van de geneeskunde, ook al is deze op objectieve methodieken gebaseerd, vele relationele elementen bevat. Het spreekt vanzelf dat het persoonlijk functioneren van de hulpverlener een van de belangrijkste aspecten van zijn werk is. Dit wordt nog eens benadrukt en zelfs als uitgangspunt genomen voor methodisch werken in de hulpverlening.
In Hoofdstuk IV wordt dan ook het belang van persoonlijk functioneren uiteengezet en de wijze waarop men hierop greep kan krijgen. Aan het slot van dit hoofdstuk wordt nog ingegaan op de ethische implicaties van het persoonlijk functioneren in de hulpverlening.
Tot zover zou het rapport kunnen gelden voor iedere vorm van hulpverlening van welke discipline dan ook, behorende tot de eerste lijn.

In Hoofdstuk V wordt het specifieke karakter van de huisartsgeneeskunde behandeld. Dit wordt benaderd vanuit twee vraagstellingen. Wat is het specifieke van huisartsgeneeskunde binnen het geheel van de eerstelijns hulpverlening ? En wat is het specifieke van de huisartsgeneeskunde binnen het geheel van de geneeskunde ?
Binnen de eerste lijn is een belangrijk aandeel van de huisartsgeneeskunde het objectiveren van klachten. Het meest specifieke is echter dat de huisarts geneeskundige methodieken toepast die ingrijpen op processen van leven en dood. Het specifieke binnen het geheel van de geneeskunde is dat de huisarts het toepassen van geneeskundige methodieken voortdurend relateert aan de situatie van de betrokkenen. Dit betekent dat hij altijd iedere medische afwijking in engere zin plaatst tegen de achtergrond van de levensfase van de betrokkene, diens sociale omgeving, en de mogelijkheden van andere hulpverleners. Dit min of meer in tegenstelling tot de specialist, die primair uitgaat van de medische afwijking en zich pas in tweede instantie afvraagt in hoeverre hij de levensfase en de sociale omgeving van de patient in zijn beslissing moet betrekken.

Met dit interimrapport worden de globale lijnen getrokken van de wijze waarop deze werkgroep meent dat de ontwikkeling van de eerstelijns hulpverlening en van de huisartsgeneeskunde zich zou moeten begeven. De opdrachtgever zal moeten beslissen wat hiervan verder dient te worden uitgewerkt.

HOOFDSTUK II
Methodisch werken

1. Inleiding

In Hoofdstuk I is er al op gewezen, dat de discussie rondom het werk van de huisarts zich in het verleden vooral heeft afgespeeld over de inhoud van zijn werk. Daarbij ging het vooral om de vraag: welke taken horen wel en welke taken horen niet bij de huisarts thuis.
Dat deze commissie "werkgroep takenpakket van de huisarts" heet, betekent dat hieraan nog steeds grote betekenis wordt gehecht.
Hoe belangrijk deze vraag ook is, wij zijn toch van mening, dat de vraag hoe de huisarts werkt van even groot belang is.
We weten allemaal dat geen huisarts hetzelfde werkt. De ene huisarts doet bij een gelijk aantal patienten kort over zijn spreekuur, de ander lang. De een verwijst veel meer patienten naar de specialist dan de ander. De een ziet sommige problemen of aandoeningen vaak, de ander zelden. Dit hangt in het overgrote deel der gevallen niet alleen af van wat hij doet, maar vooral van hoe hij werkt. De laatste decennia is er over dit hoe van het werk veel meer bekend geworden. Allerlei disciplines, die zich bezighouden met hulpverlening aan mensen of groepen van mensen hebben zich beziggehouden met de vraag hoe de hulpverlening verloopt en welke elementen daaraan te onderscheiden zijn.
In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk zal aan de hand van gebeurtenissen op het spreekuur van de huisarts worden bekeken welke elementen er aan de werkwijze van de huisarts onderscheiden kunnen worden, onafhankelijk van het feit of de huisarts zich deze elementen bewust is.
Daarna zullen een aantal van deze elementen nader worden uitgewerkt.
De bedoeling daarvan is duidelijk te maken dat het bewust hanteren van deze elementen van de werkwijze van de huisarts leidt tot methodisch werken.
Voor een solo-huisarts heeft dit als voordeel, dat hij daardoor meer greep kan krijgen op een aantal situaties in zijn werk. Voor een huisarts die in een multidisciplinair samenwerkingsverband werkt, is dit zgn. methodisch werken een noodzaak, want wanneer verschillende disciplines met elkaar samenwerken, is het noodzakelijk om ieders werkwijze ~~op~~ te kennen en op elkaar af te stemmen, willen ze niet ten aanzien van een patient of een gezin langs elkaar heen werken of zelfs elkaar tegenwerken. Voor het afstemmen van werkwijzen op elkaar is het noodzakelijk deze werkwijzen methodisch te hanteren.

H O O F S T U K II
Mechanisch werken

1. Inleiding.

In Hoofdstuk I is er al op gewezen, dat de dynamische kracht van het werk van de buisarbeider in het verleden vooral heeft afgespeeld onder de invloed van zijn werk. Zeker mag niet vergeten worden, dat de energie welke tijdens hetzelfde werk door de buisarbeider moest worden uitgezet, ook een welke tijdens hetzelfde werk door de buisarbeider moest worden uitgezet.

Dat er een rechtstreeks "werkgroep" onderbouwd van de buisarbeider bestaat, rechtvaardigt dat zijn stoere grove lichaamelijk werkt gebeurt.

Met betrekking tot deze vroeg ook is, als zijn tijd van meening, dat de vroeg hoe de buisarbeider werkt van een grote belang is.

De vroeg alleenlijk dat geen buisarbeider [illegible] werkt. De ene buisarbeider doet bij een gelijk soortig functionering iets meer zijn eigenkracht, de andere iets. De een verwijzigt veel meer pattoonen naar de specialiteit dan de andere. De een zitt eenvoudig dan iemand of aanbeenkrom werk, de andere zelfden. Dit hangt in het compromis tussel der gevallen niet alleen of van wat hij doet, maar vooral van hoe hij werkt. De laatste dominerende is er over die hoe van het werk veel meer oakkes gemoeten. Allemaal dienstlinnen, die zich de lijnbeden met hulpverplichting een manier of grondes van mensen hebben zich bezigghouden met de [illegible] hoe de hulpverplichting verlangt en welke elementen dienen te onderscheiden zijn.

In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk zal ook de [illegible] van pedagogische middelen op het gebied van de [illegible] worden besproken, welke elementen er zich de werkwijze van de buisarbeider [illegible] worden, onmiddelijk van het feit of de [illegible] zich daarin bevinden bevat [illegible]. Daarna zullen een aantal van deze elementen [illegible] uitgewerkt.

De [illegible] dienen in [illegible] te worden [illegible] van de [illegible] van deze elementen van de werkwijze van [illegible] tot mechanisch werken.

Voor een buisarbeider heeft dit zin verandert, dat hij daardoor meer gleep kan krijgen op zijn [illegible] in zijn werk. Over een buisarbeider die in een multidisciplinair samenwerkingsverband werkt, is dit [illegible] [illegible] worden een moderne [illegible] [illegible] discipline met eigener schemerkleuren. Is het mechanisch in [illegible] op [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] van een patiënt of een [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]. Voor het [illegible] van [illegible] op [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

2. Het spreekuur van de huisarts

Om de werkwijze van de huisarts te beschrijven zullen we de gebeurtenissen op een spreekuur gaan volgen. Wij zullen daarbij tegenover elkaar zetten wat hij doet en wat er gebeurt.

Wat doet hij	*Wat gebeurt er*
De huisarts zit in zijn spreekkamer en bekijkt het afsprakenlijstje, dat de assistente op zijn buro heeft klaargelegd.	De huisarts werkt in een bepaalde organisatie (praktijkassistente, afspraakspreekuren). Door het afspraakspreekuur heeft hij volgens plan het aanbod van patienten verdeeld over de tijd die hij beschikbaar heeft. Het aanbod van hulpvragen is methodisch verdeeld over de beschikbare tijd.
De patient komt binnen en gaat zitten. De arts vraagt hem of haar, waarvoor hij/zij is gekomen.	De arts informeert naar de aard van de hulpvraag. Hoort de vraag hier thuis, heeft hij de juiste capaciteiten om bij deze vraag te helpen; wat moet hij verder doen om zich over de hulpvraag te oriënteren. Dit onderdeel is het begin van de zgn. intake, een begrip waar verderop in dit hoofdstuk nader op zal worden ingegaan.
De patient uit zijn klachten. De arts stelt vragen om zich over deze klachten te oriënteren.	De arts probeert erachter te komen wat precies de vraag van de patient is. Hij tracht tot een verheldering van de hulpvraag te komen. Ook dit is een onderdeel van de intake. Hierna beslist hij wat hij verder gaat doen, het zgn. handelingsplan.
De huisarts gaat nu een gerichte anamnese afnemen en eventueel een lichamelijk onderzoek instellen om dan zo tot een diagnose te komen.	Hij past de geneeskundige onderzoekmethode toe. Vanuit de medische wetenschap probeert hij een verklaring voor de klachten te vinden.
Hij geeft advies of schrijft een medicatie voor.	Vanuit zijn opleiding en zijn eigen inzichten omtrent de klacht lijkt hem dit het beste antwoord op de hulpvraag.

Wat doet hij	*Wat gebeurt er*
Hij vraagt de patient of hij volgende week wil komen vertellen hoe het gaat.	De huisarts wil controleren wat het effect van zijn behandeling is, de zgn. follow-up. Ook dit kan de arts op verschillende manieren methodisch in zijn handelingsplan inbouwen.
De volgende week vertelt de patient, dat de toestand niet is verbeterd.	De gebezigde methode blijkt t.a.v. de hulpvraag niet zinvol te zijn geweest. De arts vraagt zich af of hij zelf nog andere mogelijkheden heeft of dat een andere discipline moet worden ingeschakeld. Het oorspronkelijke handelingsplan wordt bijgestuurd.
Hij besluit de patient te verwijzen en schrijft de verwijsbrief. (Of anders: hij stelt de patient voor een specialist te raadplegen en bespreekt de inhoud van de verwijsbrief)	Ook de verwijzing maakt deel uit van het handelingsplan, dat door middel van de "feedback" (patient komt vertellen dat het nog niet goed gaat), wordt bijgesteld. Verderop in dit hoofdstuk wordt nog uitvoerig op de verwijzing ingegaan.
De huisarts noteert de gegevens op de patientenkaart.	Registratie, die kan dienen voor de follow-up van de patient of voor het bestuderen van het hulpverlenings-systeem; b.v. hoeveel patienten heb ik dit jaar met deze klachten gehad of hoeveel patienten heb ik verwezen. Bovendien kan het gebruikt worden bij informatie-overdracht aan andere hulpverlening.
De huisarts vraagt de patient terug te komen, nadat het onderzoek bij de specialist heeft plaatsgevonden.	Hier spelen allerlei dingen mee: - de verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patient in een kontinue zorg; - het vergelijken van de informatie van de specialist met die van de patient, o.a. om na te gaan of het juist was om te verwijzen. Dit zou je controle op het eigen functioneren kunnen noemen.

Wat doet hij	*Wat gebeurt er*
De specialist schrijft een brief. De patient komt vertellen dat de specialist geen lichamelijke afwijkingen heeft gevonden en dat de klachten nog bestaan.	Informatie binnen het kader van de geneeskundige methodiek. Follow-up van het verloop van de klachten bij de patient, waardoor de huisarts in staat is kontinue zorg te verlenen.
De huisarts orienteert zich of de patient problemen heeft buiten de lichamelijke sfeer. Er blijken b.v. financiële zorgen te zijn.	De feed-back van de patient en van de specialist stelt de huisarts in staat het handelingsplan bij te sturen.
Met de patient wordt besproken om de maatschappelijk werker, waarmee de huisarts samenwerkt te introduceren. Samen met de patient wordt contact gelegd met de maatschappelijk werker.	In het kader van het bijgestelde handelingsplan vindt thans een methodische verwijzing plaats (zie verderop). Introduktie.
Na enige weken ontvangt de huisarts een telefoontje van de maatschappelijk werker, waarbij hij bericht op welke wijze hij met de client samen de problemen aanpakt.	Follow-up van het handelinsplan.
De arts ziet de patient niet meer terug voor deze klacht.	Einde van de hulpvraag.
Eèn jaar later komt dezelfde patient in verband met een klein ongeval wederom op het spreekuur. Over de vorige hulpvraag wordt door de arts niet meer gesproken, tenzij de patient behoefte heeft hier op terug te komen. De hulpverlening wordt op de nieuwe hulpvraag afgestemd.	

De hier beschreven gang van zaken is vereenvoudigd en geschematisserd weergegeven. Natuurlijk kan het hulpverleningsproces in tal van andere richtingen verlopen. Bij een multidisciplinaire samenwerking wordt het hulpverleningsproces gecompliceerder. De factoren, die dan gaan meespelen zullen in Hoofdstuk III worden besproken.

In het hier gegeven overzicht is in de rechterkolom het spreekuurgebeuren beschreven als een hulpverleningsproces, waarbij de huisarts - doorgaans onbewust - een bepaalde werkwijze toepast.
De werkwijze van de huisarts is op deze manier te omschrijven als een proces, dat begint met de verkenning en verheldering van het door de patient aangereikte probleem, de zgn. intake, gevolgd door een keuze uit beschikbare behandelingsmethodieken en tenslotte de controle op de resultaten daarvan.

De wijze waarop iedere huisarts dit alles doet hangt natuurlijk af van zijn opleiding en van zijn eigen persoonlijkheid. Dit laatste - zijn persoonlijk functioneren - laten we in dit hoofdstuk buiten beschouwing, maar komt in hoofdstuk IV uitvoerig aan de orde.
Thans zullen wij een aantal begrippen van het hulpverleningsproces nader uitwerken en telkens daarbij nagaan wat de zin ervan is om deze begrippen te onderscheiden en methodisch toe te passen.

3. Het hulpverleningsproces

3.1. Input en Output

De hulp, die de huisarts verleent is enerzijds afhankelijk van de hoeveelheid en de soort hulpvragen, die aan hem worden gesteld en anderzijds van wat hij met al deze hulpvragen doet. De stroom van hulpvragen, die op hem afkomen, de vraag of de klacht van de patient, het beroep dat mensen of groepen mensen op hem doen in welke vorm dan ook duiden we aan met het begrip i n p u t.
Zijn reactie daarop, hetzij behandeling, advies of verwijzing vatten we samen onder het begrip o u t p u t.
Het is duidelijk dat deze twee begrippen elkaar voortdurend beïnvloeden. Een huisarts werkt anders op een druk spreekuur (kwantitatief grote input) dan op een minder druk spreekuur. Zijn output zal bij een klein spreekuur anders zijn. Hij zal b.v. minder verwijzen. Hoe een patient behandeld wordt, hangt dus niet alleen af van het gebeuren tussen arts en patient, maar hangt nauw samen met het geheel aan hulpvragen en mogelijkheden tot behandeling van de hulpverlener. Wanneer we er van uitgaan, dat de hulp van de huisarts gekenmerkt wordt door het feit, dat in principe iedere patient met iedere hulpvraag bij hem kan komen en dat hij een grote bereikbaarheid heeft, betekent dat hij zijn output voortdurend moet afstemmen op de aard en de omvang van de input Hij kan niet zonder meer de stroom stopzetten.
Het is daarom van groot belang dat hij zich meer gaat bezinnen dan tot nu toe wordt gedaan op de vraag, wat doe ik eigenlijk precies met deze stroom.
De huisarts wordt voortdurend bedreigd door de mogelijkheid dat zijn output-lijnen verstopt raken. ("Als ik meer tijd had zou ik heel anders....") Deze verstopping houdt tal van risico's in, zoals b.v.:

- overbelasting van de huisarts met als gevolg onvredegevoelens;
- kwaliteitsvermindering van de hulp. Wanneer er steeds minder tijd per patient beschikbaar is, zal er steeds minder oriëntatie omtrent de hulpvraag en steeds minder onderzoek plaatsvinden. Het "gokelement" bij de hulpverlening neemt toe. Door gebrek aan tijd wordt er naar snelle maar inefficiënte oplossingen gestreefd, zonder dat de hulpvraag duidelijk is.

Dit geeft aanleiding tot een vicieuze cirkel. Immers een schijnoplossing voor een hulpvraag werkt weer een nieuwe hulpvraag in de hand, zodat de input nog groter wordt;

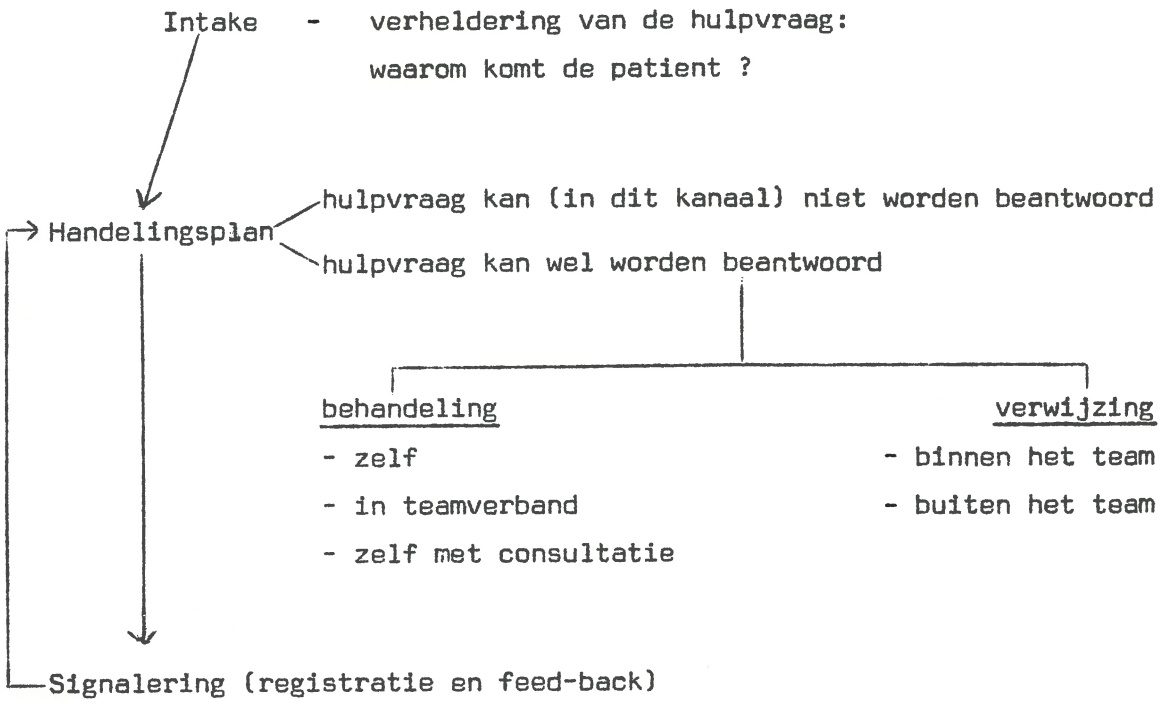
- procesverstoringen: hoe geringer de tijd, hoe groter de kans, dat de communicatie onvoldoende is;
- het wegvallen van de procesbewaking. Door gebrek aan tijd wordt er gehandeld zonder dat men in staat is om het eigen functioneren of de resultaten van de behandeling te controleren;
- inadequate verwijzingen. Overbelasting vergroot de neiging om hulpvragen uit je systeem weg te krijgen. Vaak ontstaat het volgende:

  hulpvraag ⟶ schijnoplossing ⟶ nieuwe hulpvraag
  ⟶ nieuwe schijnoplossing ⟶ nieuwe hulpvraag
  ⟶ verwijzing.

- wildgroei (i.t.t. een gemotiveerde uitbreiding): vaak wordt bij een verstopping gezocht naar pseudo-oplossingen, zoals een arts-assistent of een tweede praktijk-assistente of een psycholoog. Het aantrekken van deze krachten is op zich niet verkeerd, maar wordt vaak als panacee gezien voor allerlei problemen.
  Soms is dit ook een pseudoreden voor samenwerking: b.v. men verwijst veel en onzorgvuldig naar m.o.b.'s of g.g.z.-instellingen. Daar zijn veel mislukkingen bij.De redenatie is dan vaak "aan die lui heb je ook niets, je kunt beter zelf zo iemand in huis hebben".

De situatie, waarin de huisarts zich vandaag bevindt wordt gekenmerkt door een grote input bij een beperkte capaciteit van het 'hulpverlenings-apparaat' van de huisarts. De huisarts ziet nu eenmaal veel patienten en zijn tijd is beperkt. De hierboven beschreven risico's van verstopping komen dan ook dagelijks voor.
Daarom is het van het grootste belang om de werkwijze van de huisarts te bekijken en ons bezig te houden met de vraag of door een verandering van de werkwijze de beperkte capaciteit niet efficiënter kan worden benut. Onder efficiënt willen we dan in dit verband verstaan, dat de kans dat er op hulpvragen oneigenlijke antwoorden worden gegeven zo klein mogelijk wordt gemaakt.
De werkgroep is van mening, dat meer aandacht aan een methodische werkwijze van de huisarts een bijdrage kan leveren tot een efficiënter gebruik maken van de beperkte capaciteit van de huisarts.

Het hulpverleningsproces kan dan schematisch als volgt worden voorgesteld:



3.2. Intake-handelingsplan-signalering

In het hulpverleningsproces kan men de werkwijze van de hulpverlener (c.q. de huisarts) zien als een proces, dat begint bij de verkenning van een probleem (intake) gevolgd door de toepassing van een van de beschikbare handelingsmethodieken en tenslotte een controle op de resultaten daarvan. Onder handelingsmethodiek wordt dan verstaan het geheel van onderzoek en therapie.

Aan het begin van dit hoofdstuk hebben we gesteld, dat dit proces toch plaatsvindt, ook als men zich dit niet bewust is.
Thans zullen we nagaan uit welke elementen dit proces is opgebouwd en op welke wijze deze bewust en planmatig kunnen worden gehanteerd. Pas dan komt men tot het zogenaamde methodisch werken.
Enige kenmerken van dit methodisch werken zijn:

a. men werkt beroepsmatig aan de hand van bepaalde methodieken.
   Voor de huisarts is dit nogal eens de geneeskundige methodiek (anamnese-onderzoek-diagnose-therapie).
b. Men toetst of de - op zichzelf zinvolle methodiek - de meest zinvolle is voor deze hulpvraag.
c. Men neemt afstand van het gebeuren en men legt vast wat er in feite gebeurd is en stuurt zonodig bij (registratie en feed-back).

3.21 Intake

Onder intake moet worden verstaan dat gedeelte van het proces, dat verloopt tussen het moment dat de patient zijn klacht of hulpvraag bij de hulpverlener neerlegt tot aan het moment, dat de hulpverlener naar aanleiding van de klacht of de vraag een handelingsplan maakt. Aan dit intakeproces zijn drie facetten te onderscheiden:

- de verheldering van de hulpvraag;
- de toetsing of deze vraag past binnen de soort hulp die deze hulpverleningsinstantie biedt;
- de vraag wie in dit geval de meest geëigende hulpverlemer is.

3.21.1 De verheldering van de hulpvraag

Dit is een van de moeilijkste fasen in het hulpverleningsproces. Heel vaak komt een patient hulp vragen of klachten uiten zonder dat hemzelf duidelijk is voor welk probleem hij komt. Daarbij komt nog, dat wanneer het hem wel duidelijk is, hij zijn vraag dikwijls moeilijk verbaliseert of meent zijn vraag te moeten afstemmen op de hulpverlener. We bedoelen hiermee, dat de patient soms komt, omdat hij angst heeft voor bepaalde lichamelijke verschijnselen, maar slechts over deze verschijnselen spreekt en niet over zijn angst.
Bovendien meent de patient vaak, dat hij bij de arts slechts met lichamelijke klachten kan aankomen en niet met problemen. Hij/zij praat dan over hoofdpijn, terwijl het in wezen gaat over problemen met de kinderen of iets dergelijks.
Gaat de arts te snel door deze fase heen dan loopt hij de kans zijn hulp af te stemmen op iets waar het in wezen niet om gaat. In deze fase is het dus van belang om samen met de patient de vraag of de klacht te verhelderen en samen de vraag te beantwoorden is dit de vraag of gaat het om iets anders.
Ideaal gesproken zou iedere verheldering van de hulpvraag moeten eindigen in een gemeenschappelijke probleemformulering.

3.21.2 Hoort de klacht hier thuis

Het feit, dat iedereen met welke vraag dan ook gemakkkelijk toegang moet hebben tot de eerstelijnsgezondheidszorg betekent nog niet, dat hij met iedere vraag ook altijd in dit systeem terecht kan. Het kan b.v. mogelijk zijn, dat een patient met een aantal vagelichamelijke klachten bij de huisarts komt, maar dat de vraag achter de vraag is, dat hij een echtscheiding aanhangig wil maken en daar geen raad mee weet. Dit kan een gecompliceerde vraag zijn, waarbij de patient hulp vraagt voor emotionele en relationele problemen.

Het kan ook zijn, dat hij uitsluitend juridische bijstand verlangt, maar volstrekt niet weet op welke wijze hij daaraan kan komen. Dan is het zaak om geen hulp te bieden die de patient niet vraagt.
Even belangrijk als de vraag welke instantie kan de patient helpen is de vraag "in hoeverre kan de patient zichzelf helpen?" Wanneer een patient met vage klachten komt weet hij dikwijls niet precies wat hij wil. Door zijn klachten als vanzelfsprekend te accepteren en er wat mee te gaan doen, wordt de patient uitgeschakeld. Wordt tijdens de intake aan de patient duidelijk wat zijn vraag is of dat zijn vraag oneigenlijk is, dan wordt daarmee ook dikwijls duidelijk dat ook wij geen antwoord hebben of ooit zullen krijgen op deze vraag. Hulpverleners verzuimen nogal eens patienten te stimuleren zelf de vraag op te lossen.
Huisartsen (en andere hulpverleners) wijzen te weinig vragen af. En met afwijzen bedoelen we dan niet botweg weigeren, maar de patient verhelderen dat er van ons in dit stadium niets te verwachten valt.
(Voorbeelden: de klagende patient met huwelijksmoeilijkheden, die niet bereid of in staat is de eigen rol in deze moeilijkheden ter discussie te stellen. De patient die te dik is en die verwacht, dat er aan hem/haar wordt afgeslankt, maar niet door hem/haar).

3.21.3 De meest geëigende hulpverlener

Wanneer duidelijk is om welke vraag of welk probleem het gaat, komt de vraag wie in dit geval de meest geëigende hulpverlener kan zijn. Degene, die om hulp komt, verwacht natuurlijk, dat degene tot wie hij zich wendt ook zijn probleem oplost.
Dat is de makkelijkste weg en kost de minste energie. Wat dat betreft weet iedere huisarts, dat patienten de meest oneigenlijke verwachtingen van hem hebben. Te vaak komen wij nog aan deze oneigenlijke verwachtingen tegemoet. Vaak echter kunnen anderen qua discipline, qua persoonlijke capaciteiten of alleen maar qua tijd veel beter helpen dan wijzelf.
Zo kan b.v. de wijkverpleegkundige of de maatschappelijk werker bij pedagogische of relationele problemen veel beter helpen dan de huisarts op wie de patient zijn/haar hoop heeft gevestigd.
Bij iedere hulpvraag is het daarom van belang zich af te vragen: "Ben ik degene die het beste deze vraag kan beantwoorden ?"

3.22 Het handelingsplan

Wij hebben in het voorgaande uitvoerig stil gestaan bij het begrip intake als eerste fase in het hulpverleningsproces.

Wanneer deze fase is doorlopen zal de huisarts een handelingsplan opstellen. Dit houdt in dat hij besluit tot

a. niet behandelen

b. een gericht onderzoek en behandeling of

c. een verwijzing (zie schema)

In de meeste gevallen zal de huisarts overgaan tot zelf handelen, zeker in eerste instantie. Daarbij zal het goed zijn zich te realiseren wat hij van het onderzoek c.q. de behandeling verwacht.

3.23 Signalering

De derde fase van het proces is de zogenaamde signalering. Hiermee wordt bedoeld, dat de huisarts naar aanleiding van het plan, dat hij heeft opgesteld, maatregelen neemt om na te gaan of het beoogde effect van zijn plan ook werkelijk wordt bereikt.
De huisarts doet dat bijvoorbeeld door de patient terug te bestellen of methodisch de informatie die hij van de specialist krijgt, te verwerken. Door deze signalering kan hij een zogenaamde feed-back toepassen, waardoor hij kan komen tot een herdefiniëring van het probleem of tot het bijstellen van het handelingsplan.

Voorbeeld: Een patient met heftige keelpijn wil graag een analgeticum om op de been te blijven. Probleem: patient heeft pijn en wil daar vanaf. Handelingsplan: vluchtig onderzoek, voorschrijven van analgeticum. Signalering: registratie op de patientenkaart. Na vijf dagen komt de patient terug en vertelt dat de tabletten niet hebben geholpen. De arts zal dan met de patient tot een herdefiniëring van het probleem overgaan en niet tot het voorschrijven van andere tabletten.

In het kader van dit interim-rapport zullen wij zowel de fase van het handelingsplan als de signaleringsfase niet verder uitwerken. In het eindrapport zullen wij hier nog uitvoerig op ingaan.
Om misverstanden te voorkomen zijn twee opmerkingen van belang:

- het feit dat intake-handelingsplan-signalering in het voorgaande zo worden onderscheiden, houdt niet in, dat dit in werkelijkheid ook zo onderscheiden verloopt. Wanneer men bezig is met de verheldering van de hulpvraag heeft dit op zich al therapeutische betekenis. In werkelijkheid vloeien de elementen dan ook dooreen.
- de werkgroep is niet van mening dat methodisch werken een panacee is voor alle problemen.
  De resultaten van het methodisch werken zijn afhankelijk enerzijds van de deskundigheid van de hulpverlener en anderzijds van zijn persoonlijk functioneren.

Of een hulpvraag verhelderd wordt, hangt af van de deskundigheid van de arts en van de mate waarin hij kan luisteren. Dit laatste hangt af van vele persoonlijke factoren en wisselt sterk in de tijd. Wanneer de huisart moe is of in beslag wordt genomen door eigen problemen zal hij minder in staat zijn te luisteren.
Iedere huisarts weet dat hij na een vakantie anders werkt dan in een drukke wintermaand.

3.3. Methodische verwijzing

Wel willen wij nog stilstaan bij één facet van het methodisch werken, n.l. de methodische verwijzing. Dit begrip omvat veel meer dan het begrip verwijzing, dat binnen de geneeskundige methodiek wordt toegepast. Het heeft dan ook weinig uit te staan met het afgeven van een verwijsbrief voor specialistisch onderzoek. Methodische verwijzing wordt gekenmerkt door een voortdurend samenspel tussen hulpverlener en hulpvrager. Het vindt plaats, wanneer de hulp verlener (i.c. de huisarts) of de hulpvrager (i.c. de patient) van mening is, dat een ander beter in staat is hulp te verlenen. Gaat het initiatief hiertoe uit van de huisarts dan kan de verwijzing alleen maar plaatsvinden, wanneer hij in staat is de patient zelf te motiveren tot deze verwijzing.
Iedere huisarts kent wel patienten met vage klachten en vele huiselijke problemen, die hij naar een zenuwspecialist verwijst, waarbij deze verwijzing op een mislukking uitloopt.
Dit komt niet alleen, omdat psychiaters geen tijd hebben en "pillenverstrekkers" zijn, maar vooral ook, omdat de patient ten enenmale niet gemotiveerd is voor deze verwijzing.
Het kenmerk van methodische verwijzing is dan ook, dat deze tesamen met de patient plaatsvindt.
Aan deze verwijzing zijn schematisch de volgende aspecten te onderscheiden:

- het samen met de patient ontdekken, dat zijn hulpvraag niet samen met déze hulpverlener goed beantwoord en opgelost kan worden en "anderen" daarvoor nodig zijn;
- het samen met de patient zoeken naar deze "anderen" en het met hem/haar doorwerken van de consequenties van het zich wenden tot deze anderen. Dat houdt in dat de patient geïnformeerd moet worden over deze anderen en vooral over hun werkwijze (bijvoorbeeld: u hoeft geen advies of een medicijn te verwachten, maar een gesprek dat niet altijd even gemakkelijk zal zijn);
- het introduceren van de patient en zijn probleem bij de nieuwe hulpverlener. Binnen een samenwerkingsverband hoort dit te geschieden in een gesprek waar de patient bij is.

- Het verstrekken van informatie aan de nieuwe hulpverlener over de patient en over het proces, dat aan de verwijzing is voorafgegaan.
- Het onderhouden van contact met de nieuwe hulpverlener op gezette tijden. De huisarts wordt tussentijds immers vaak geconsulteerd door de patient; soms als escape uit de moeilijke behandelingssituatie. Hij moet dan op de hoogte zijn van het stadium van de behandeling en de andere hulpverlener moet op zijn/haar beurt weer op de hoogte zijn van datgene wat de huisarts gedaan of gezegd heeft.

Een dergelijke methodische verwijzing kost tijd en veel huisartsen zullen zich afvragen waar zij deze tijd vandaan moeten halen. Anderzijds hebben dergelijke verwijzingen zonder deze tijdsinvestering geen zin. Ook dat is veel huisartsen bekend. Een groot percentage verwijzingen naar m.o.b., g.g.z., psychiater of maatschappelijk werk loopt op een mislukking uit door een onzorgvuldige of onmethodische verwijzing. En het eigen systeem van de huisarts wordt dan weer met deze mislukkingen belast (nieuwe input). Ook dat kost tijd.

In dit hoofdstuk hebben wij getracht duidelijk te maken dat naast het bepalen van de taken van de huisarts, het methodisch onderbouwen van zijn werkwijze minstens zo belangrijk is. In het eindrapport zullen wij een aantal onderdelen van dit methodisch werken nog uitvoeriger behandelen.
Bij de werkgroep is wel de vraag gerezen of in de opleiding en in de nascholing aan dit methodisch werken niet op korte termijn uitvoerig aandacht moet worden besteed.

HOOFDSTUK III
Samenwerken

1. Inleiding

Naar onze mening kan de huisarts zijn taak niet langer vanuit een geïsoleerde positie blijven uitoefenen. Steeds meer wordt hij zich van zijn relatieve plaats in de gezondheidszorg bewust. Hij ervaart dat hij vele dingen doet "waar hij eigenlijk niet voor is". Het is onze verwachting dat in de toekomstige gezondheidsstructuur de huisarts nauw zal samenwerken met de maatschappelijk werker, de wijkverpleegkundige en andere welzijnswerkers, in een eerstelijns samenwerkingsverband.

Deze eerstelijns voorziening zal zich primair richten op hulpverlening aan het individu en het gezin. Zij zal rechtstreeks voor ieder bereikbaar zijn en zal worden gekenmerkt door een algemeen en primair hulpverlenend karakter. Deze hulpverlening zal zowel lichamelijke, geestelijke als sociale aspecten omvatten. Op dit nivo zullen de gezondheidszorg en de maatschappelijk dienstverlening dan ook nauw samenwerken.

2. Waarom samenwerken ?

Het doel van samenwerken van de huisarts met een vertegenwoordiger van een andere discipline is: tot een betere hulpverlening te komen.

Vooral bij lichamelijke klachten en ziekten met geestelijke en sociale componenten en bij problemen zonder lichamelijke aspecten, kan dat van groot belang zijn.

Het huidige morbiditeitspatroon met het toenemend aantal functionele klachten noopt iedere huisarts dagelijks tot bezinning op zijn taakopvatting en hulpverleningsmogelijkheden. Ook de veranderde interpretatiesvan vele klachten en ziekten door de toenemende kennis van de invloed van geestelijke en sociale factoren op het ontstaan en verloop van deze stoornissen, doet hem inzien niet langer als solist voort te kunnen gaan.
Een interdisciplinaire samenwerking is tevens van belang om nieuwe methodieken te leren kennen en deze - wanneer dit binnen de taakopvatting past - ook in de mogelijkheden tot hulpverlening te incorporeren.

Door het realiseren van een eerstelijns samenwerkingsverband hoopt men dat de werkomstandigheden gunstiger zullen worden en dat de mogelijkheid om eigen deskundigheid te bevorderen, zal toenemen.
Bovendien verwacht men dat de beroepsuitoefening der deelnemers, - de persoonlijke werkwijze dus - zal verbeteren. Door de wederzijdse informatie, mogelijkheden tot onderlinge toetsing, begeleiding, consultatie en andere wijzen om kennis en vaardigheden van elkaar over te nemen krijgt elk groepslid meer kans zijn functioneren te verbeteren dan wanneer hij of zij dit alleen moet doen.

3. Vormen van samenwerking

Er zijn verschillende vormen en niveau's van samenwerken, die men de laatste jaren her en der in den lande ziet ontstaan.

3.1. Waarnemingsafspraken

Wanneer een aantal huisartsen voor een weekend- en avonddienstregeling en voor vervanging tijdens vakantie afspraken maakt, kan men al van samenwerken spreken. Voorwal wanneer men overeenkomt regelmatig de ervaringen van dit voor elkaar waarnemen te bespreken. Tijdens zo'n gesprek kunnen de waarnemingsperikelen worden genoemd. De ene arts schrijft bijvoorbeeld sneller een antibioticum voor dan de ander. Tijdens een vervanging heeft dit vaak tot een verwarring geleid.

Mede door dit contact leert men de andere zienswijze of diagnostische en therapeutische benadering van zijn collega kennen; zodoende krijgt men meer kijk op elkaars opvattingen en werkwijzen. Juist wanneer de huisarts of een andere hulpverlener met een gericht handelingsplan werkt, is het voor de waarnemer van belang dit te kennen of althans te kunnen bevroeden. Men is dan bereid tijdens de waarneming de patient op een zoveel mogelijk gelijke wijze te helpen.

Een geformaliseerd overleg is voor elke waarnemingsgroep van groot belang en in het bijzonder in het belang van de patient. De onderlinge communicatiestoornissen tussen de patient en de vervangende huisarts zullen eerst verminderen wanneer door een regelmatig onderling contact het wederzijds vetrouwen groeit en de enderlinge acceptatie toeneemt.

Voorwaarde voor een betere hulpverlening, ook in deze samenwerkingsvorm, zal zijn dat men bereid is tijd voor elkaar vrij te maken en kritiek te aanvaarden.

Als waarnemingsgroep zal men moeten samenwerken !

3.2. Studiegroepen

Andere, bescheiden vormen van samenwerking zijn de studiegroepen. Vaak vallen deze samen met de genoemde waarnemingsgroepen. Het mes snijdt dan aan twee kanten. Studiegroepen van één discipline kunnen tot inzicht en begrip voor samenwerking leiden.

In de beginperiode van zo'n groep komen in het algemeen somatische problemen aan de orde. Na verloop van tijd, wanneer de wederzijdse openheid groter is, ziet men het gesprekstheme veranderen. De groep buigt zich dan over de gevoelens van onvermogen die de huisarts ervaart, wanneer hij niet verder komt bij de behandeling van vele patienten met nerveuze klachten.

Er kan een psychiater of een psycholoog uitgenodigd worden om de groep te begeleiden.

H et wordt dan een "balint-groep". De groep vraagt deze deskundige aan de gesprekken deel te nemen, meestal in de verwachting dat hij hun een stuk gesprekstechniek zal bijbrengen of dat hij hen op de hoogte wil brengen van hulpverleningsmogelijkheden als gezins-, groeps- en gedragstherapie. In het algemeen zal deze begeleider zijn rolopvatting met de groep bespreken. Daardoor zal het de groepsleden duidelijk worden dat zij bereid moeten zijn een stuk van zichzelf te laten zien, bijvoorbeeld door gesprekken met patienten op de band op te nemen en deze later gezamenlijk te beluisteren, of door deel te nemen aan rollenspellen. In plaats dat de deskundige voor hen spreekt zullen de groepsleden met zichzelf geconfronteerd worden.
Zij zullen ervaren waar de beperkingen liggen van de "goede dokter, die zo graag goed doet" en mogelijk zullen zij de hulp en de warmte van de ander voelen en het effect van een groepsproces positief ervaren.

3.3. Groepspraktijken

In verschillende plaatsen zijn groepspraktijken ontstaan. Dit impliceert één praktijkgebouw; vaak vormen de huisartsen dan een maatschap.
Zij maken dus gezamenlijk gebruik van verschillende voorzieningen en de praktijkassistenten zijn in hun gemeenschappelijke dienst.
Ook dit - in feite slechts op overwegingen van een efficiënte praktijkvoering berustend - "magere" samenwerkingsconcept, is voor de ontwikkeling van een toekomstig integraal samenwerkingsmodel van wezenlijk belang. Hoewel het aanvankelijk schijnt, dat het slechts gaat om een op elkaar afstemmen van de verschillende uitvoerende activiteiten - hoofdzakelijk om organisatorische problemen -, ziet men in groepspraktijken de werkhouding van de deelnemende huisartsen veranderen. Voor menig solistisch opgeleide huisarts, die vaak eerst nog alleen heeft gewerkt, is dit "magere" concept als overgangsfase "dik" genoeg.
Indien men elkaar in de beginperiode met niet teveel verschillende problemen kopschuw maakt, zodat een toekomstig gezondheidscentrum zich zonder te grote spanningen kan ontwikkelen,is het ontstaan van de verschillende groepspraktijken als tussenvorm een belangrijke ontwikkeling.
De tot hiertoe besproken verbanden kunnen een aanzet geven tot samenwerking. Wil men echter kunnen spreken van die professionele samenwerking, zoals wij die voorstaan, dan moet worden voldaan aan de volgende kriteria:

- de deelnemers moeten het gemeenschappelijk doen van hun samenwerking formuleren;
- zij moeten een regeling overeenkomen tot geformaliseerd overleg;
- een en ander moet in een contract worden vastgelegd;
- dit alles moet gericht zijn op de hulpvraag.

3.4. Home-team

In vele plaatsen en in allerlei variaties bestaan er home-teams. Dit samenwerkingsconcept berust op het geformaliseerde contact van huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige. Daarmee creëren zij een verhouding, die aanvankelijk vrijblijvender kan zijn en daardoor minder bedreigend. Het is een samenwerkingsvorm, die minder zakelijke consequenties heeft. Men betrekt geen gemeenschappelijk gebouw. Voor het oog van de patienten verandert er niet veel. Daardoor sluit deze vorm van samenwerking het gemakkelijkst aan op het huidige verwachtingspatroon van de patienten. Als meer op integratie van de hulpverlening gerichte vorm kan zij echter aan de bovengenoemde criteria voldoen. Wezenlijk is, dat de drie disciplines overeenkomen elkaar op gezette tijden te raadplegen. Door samen te spreken leert men elkaar kennen en krijgt men inzicht in elkaars werkwijze en opvattingen. Zo kan een klimaat ontstaan, waarin men minder behoefte zal hebben aan het vrijblijvende:uit het samenspreken kan samenwerken groeien. Zo zien wij home-teams met uiteenlopende gradaties van samenwerking: van heel vrijblijvend tot zeer intensief.

3.5. Gezondheidscentrum

Een gezondheidscentrum berust op een bindende, schriftelijk vastgelegde overeenkomst tot samenwerking van tenminste drie disciplines: huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende. Zij betrekken een gemeenschappelijk gebouw, waardoor de patienten/clienten beschikken over een centraal adres voor advies en hulp. Het een en ander impliceert dat de medewerkers als teamleden functioneren ten behoeve van een gelijke bevolkingsgroep.

De totstandkoming van zo'n multidisciplinair samenwerkingsverband is een proces waarmee minstens drie tot vijf jaren gemoeid zijn. Samenwerken moet iedereen leren. Tot nu toe is de opleiding van geen der disciplines hierop ingesteld geweest. Een samenwerking en dus vertrouwensrelatie moet groeien. Elke beginfase van zo'n team wordt dan ook gekenmerkt als "een elkaar aftasten door de kleren heen". Hoogstens komt men tot de coördinatie van enkele voorzieningen. Het bespreken van problemen als het behoud van beroepsgeheim, vrije artsenkeuze, overlappingen en vele andere geijkte topics maken dat het gesprek in deze beginfase niet te persoonlijk wordt; de samenwerking kan men dan nog wat op afstand houden.

In het algemeen verwacht met name de huisarts van deze samenwerking dat hij vele patienten met relatiestoornissen naar de maatschappelijk werker kan verwijzen. Hij is daar voor een deel blij mee. Toch zal hij het er vaak moeilijk mee hebben werk af te staan en een relatie los te laten. "Als ik niet eens meer met een vrouw over haar huwelijksmoeilijkheden mag praten, wat blijft er dan nog over", is een historische uitspraak van een huisarts, die zich in zijn beroepsrol bedreigd voelde, in de fase van een beginnend of verkennend samenwerkingsproces. Men moet dan nog een beeld krijgen van elkaars mogelijkheden.

4. Wat is samenwerken ?

Nog steeds wordt door velen verondersteld dat het bij samenwerken in de eerste plaats gaat om duidelijke werkafspraken en een goede verwijzingsprocedure. Velen denken nog dat de huisarts zodoende vele voor hem oneigenlijke taken kan afschuiven en daardoor minder overbelast en dus beter kan werken. Het tegendeel is waar. Bij samenwerken begeeft men zich in een situatie waarin van alles gebeurt dat men niet meer in eigen hand heeft. Niet alleen wordt conform de gemaakte afspraken gewerkt, maar veelal wordt spontaan en enthousiast het eigen initiatief gevolgd. Dit kan door de anderen te impulsief worden gevonden. Men doet ook dingen samen. Hoe langer hoe meer leert men de ander in de eigen overwegingen of persoonlijke uitgedachte plannen te betrekken. Het gevolg is, dat men zich weldra steeds weer geconfronteerd ziet met de vraag: wat betekent het voor mijn eigen opstelling dat anderen om mij heen staan; dat anderen taken van mij overnemen; dat ik de verantwoordelijkheid voor hun en mijn werk met hen moet dragen ?
Meer dan om een taakverdeling, anders dan om verwijzen, gaat het bij samenwerken om de eigen en de gezamenlijke werkopstelling. Wie in een samenwerking stapt, brengt zijn eigen werkopstelling in, maar moet weten, dat deze in een voortdurend proces aan verandering onderhevig zal zijn.

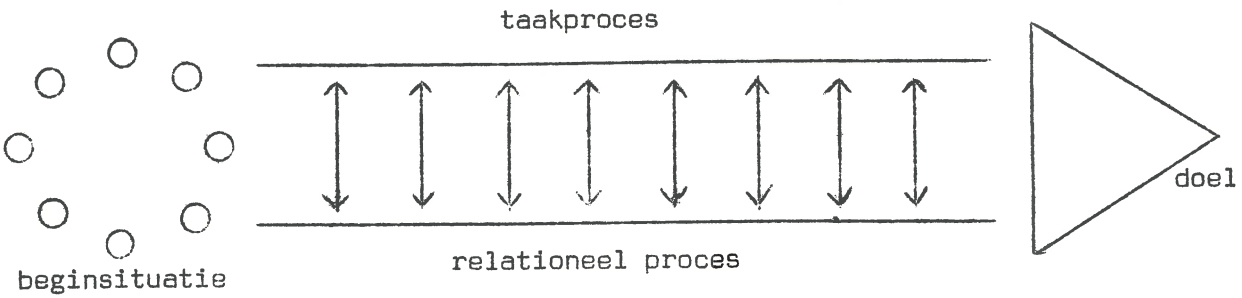
Hoe ziet een huisarts zichzelf ? Wat is geneeskunde voor hem ? Hij is ingesteld op curatief werk. Hij wil mensen beter maken, hij wil handelen, kijken en doen zijn één voor hem. Als de huisarts zegt: "Komt u even hier, dan zal ik even kijken" reageert menig patient: "Maar dokter, u gaat toch niets doen ?". Op het zien van een patiente met chronisch eczeem, die met een lege tube in haar hand de spreekkamer binnenkomt heeft de huisarts zonder zich dit bewust te maken al vaak een receptpapiertje ter hand genomen. Hij verstrekt of een herhalingsrecept of hij adviseert het nu maar eens hogerop te zoeken en schrijft een verwijskaart.

Tijdens zijn drukke spreekuur komt hij er niet aan toe de mogelijke achtergronden van deze aandoening in overweging te nemen. Door het intensieve contact in het samenwerkingsverband wordt hij echter geconfronteerd met andere ziens- en handelwijzen.
Van de wijkverpleegkundige hoort hij hoe deze dame met haar huishouden tobt, doordat zij bij tijden nauwelijks haar handen kan gebruiken. Zij vraagt zich af of voor deze vrouw geen gezinshulp kan worden aangevraagd. Zij biedt aan na te gaan of wij haar misschien op nog andere wijze hulp kunnen geven.
De maatschappelijk werker die toevallig met haar dochter sprak, vertelt dat er de laatste weken nogal wat spanningen in het gezin zijn.
Hij suggereert dat de huisarts deze gescheiden vrouw, die echt niet zo gemakkelijk is voor zichzelf en voor haar omgeving, op een wat meer persoonlijke wijze tegemoet te treden. Onze patiente had zich er tegenover haar dochter over beklaagd dat de dokter nooit eens tijd heeft voor een gesprekje en tegenover haar zo weinig persoonlijk is.
Zonder te stellen dat de problemen van zo'n patiente in een teambespreking doorgepraat moeten worden, of dat deze vrouw door de wijkverpleegkundige of door de maatschappelijk werker geholpen of begeleid moet worden, is het duidelijk dat de huisarts meer had kunnen doen dan betrekkelijk gedachtenloos een receptje te schrijven. Hij had naar zo'n eczeem ook door de bril van de anderen kunnen kijken. Hij zou dan meer gezien hebben. Hij zal zich hiervoor evenwel de tijd moeten gunnen.
Door samen te werken verwerft de huisarts zich een bredere kijk op de hulpvraag.
Hij ervaart sterker dan zijn alleenwerkende collega dat vele vragen voor hem oneigenlijke vragen zijn en beter met de hulp van een andere discipline kunnen worden beantwoord. Hij wordt zich van zijn relatieve plaats in de eerstelijns gezondheidszorg toenemend bewust.

5. Voorwaarden tot samenwerken

Wanneer vertegenwoordigers van verschillende disciplines een samenwerkingsverband aangaan, moeten zij elkaar vinden in een gemeenschappelijk doel. Dit doel is het bindende element voor een team.
Hieraan ontleent men een aantal taakfuncties voor het team als geheel en voor elk van zijn leden, functies die erop gericht zijn het gestelde doel te bereiken. Men zal er toe kunnen komen een programma op te stellen, een werkplan, dat aangeeft door welke activiteiten - in welke volgorde - men het overeengekomen doel wil verwezenlijken.
Vooreerst zal men zich willen richten op een nabij gelegen doel, maar dit kan verschuiven en een ander aanzien krijgen. Naast de huidige doelmatigheid zal men daarom de plooibaarheid en de mogelijkheid tot verdere ontwikkelingen in het oog moeten houden.

Behalve een programma hanteert men in een taakgericht proces ook procedures die bepalen hoe de leden van het team zullen werken en met elkaar zullen omgaan. Deze procedures kunnen spontaan, ondoordacht, in een groep ontstaan, maar - op zoek naar een zo effectief mogelijke wijze van samenwerken - doet men er beter aan deze doelbewust te kiezen en hierover duidelijke afspraken te maken.
Het doelmatig functioneren van een eerstelijns gezondheidsteam is mede afhankelijk van een aantal specifieke voorwaarden, waaraan het organisatorisch kader, waarin men werkt, moet voldoen. Deze worden in 5.1. besproken.
Behalve het taakproces, gericht op het verwezenlijken van een gemeenschappelijk doel, vindt in elk samenwerkingsverband nog een proces plaats, dat wordt gevormd door de sociaal-emotionele relaties tussen de leden van het team. Veelal is men geneigd te denken dat dit relationele proces belemmerend werkt t.o.v. het bereiken van het gestelde doel. Ten onrechte.
Ieder die in een groep komt, stapt daarin met bepaalde verwachtingen, met een eigen motivatie. Pas wanneer duidelijk wordt wat daarvan terecht kan komen, kan men zijn energie richten op een gemeenschappelijk doel. De inzet, waarmee men aan de verwezenlijking daarvan kan werken, wordt gevoed door ieders persoonlijke motivatie.
Mensen gaan met elkaar om, reageren op elkaar en hebben hun gevoelens jegens elkaar en tegenover de gang van zaken. Laat men deze gevoelens en reakties niet welbewust aan bod komen - maakt men daar geen tijd voor vrij - dan verslechtert het werkklimaat, de groep valt uit elkaar, dan wel er ontstaan geregeld "onverklaarbare" of tenminste frustrerende storingen in het taakproces.
Wil men, vanuit een nog verbrokkelde beginsituatie zich richten op een gemeenschappelijk doel, dan zal men terdege rekening moeten houden met beide processen en hun onderlinge wisselwerking.



Naast taakgerichte functies kent een team ook <u>relationele functies</u>.
Gibb noemt de volgende:
- acceptatie: wie nieuw in een team komt, wil erbij horen. Dit brengt hem ertoe iets van zichzelf te laten zien. Daarmee zet hij echter de eigen individualiteit op het spel.

Voor dit dilemma zal ieder voor zich, en de groep als geheel, een evenwichtige oplossing moeten vinden. Over deze persoonlijke aspecten meer onder 5.2.

- communicatie: gaat hand in hand met acceptatie. Voor een team is het van levensbelang, dat zij de beschikking krijgt over de gegevens en inzichten die nuttig zijn voor een goed functioneren. Ook onze gevoelens over de gang van zaken zijn daarbij belangrijk. Vaak verbergen we die gevoelens achter beleefdheid, vriendelijkheid of een gespannen taakgerichtheid.
- integratie van doelen: het bestaan alleen van een gemeenschappelijk doel is nog geen garantie, dat daar effectief naar gewerkt wordt. Het doel kan onduidelijk zijn, waardoor er verschillen in interpretatie ontstaan, of het gemeenschappelijke doel is niet in overeenstemming met de individuele behoeften van de leden.
  De soms moeizame weg, die naar een gemeenschappelijk doel leidt, wordt beschreven onder 5.3.
- leiderschap is een relatief begrip: het wordt gekoppend, niet aan eigenschappen maar aan activiteiten. Dat zijn alle activiteiten, die voortvloeien uit de taakgerichte zowel als de relationele functies van het team. Ieder lid kan hieraan op zijn wijze deel hebben.

Een bijzondere voorwaarde voor het goed funktioneren van een eerstelijns gezondheidsteam is gelegen in zijn multidisciplinaire samenstelling. Hierop wordt nader ingegaan onder 5.4.

5.1. Organisatorische aspecten

Samenwerking kan het beste gerealiseerd worden in een vast team van hulpverleners, die regelmatig en geformaliseerd aan gemeenschappelijke doelstellingen werken. Dit impliceert, dat men afspraken moet maken over de grootte en de samenstelling van het team. De omvang van de groep dient beperkt te blijven, aangezien een veelheid van relaties het groepsgebeuren voor de leden individueel moeilijker te beheersen maakt.

Om tot een integrale hulpverlening te komen, is eenzelfde patientenbestand voor alle teamleden gewenst; het meer wijkgebonden werken verdient daarom de voorkeur, waarbij de grootte van het werkgebied afhankelijk is van de omvang van het team.

Ook de samenstelling van het team naar disciplines moet men niet te gecompliceerd maken. Als regel zal men zich beperken tot: artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden.

Zij vormen het kernteam, dat direct voor de algemene hulpverlening toegankelijk is. Daaromheen, als randteam, kunnen zich andere disciplines voegen: fysiotherapeut, apotheker, vroedvrouw, psycholoog.

De teamvorming, het aanwerven van nieuwe medewerkers, kan specifieke problemen met zich meebrengen.
Voorkeur verdient het, indien het team zelf zijn medewerkers kiest, in plaats van detachering van hulpverleners door organisaties buiten het team.
Anders wordt het functioneren binnen het teamverband bepaald door de relatie tussen de teamleden en de beroepsorganisaties van iedere discipline. Soms moeten hulpverleners verantwoording afleggen aan een instantie buiten het team en dit kan bij conflicterende doelstellingen van het team enerzijds en de externe instantie anderzijds tot problemen leiden.
Binnen het team moet men allereerst zien te komen tot een verdeling van taken en verantwoordelijkheden, waarbij onduidelijke beeldvorming en stereotype opvattingen over de andere discipline(s) geleidelijk opgeheven dienen te worden.
Tevens moet men zien te komen tot een afstemming van de verschillende werkwijzen, werktempi en methodieken, en de daaraan gekoppelde normen, waarden en gedragswijzen. Belangrijk hierbij is het leren kennen van elkaars interpretaties van somatische klachten en elkaars opvattingen over het verband tussen ziekte en de oorzaken daarvan.

De registratie van patienten/clienten gegevens vormt in een samenwerkingsverband een punt van specifieke aandacht. Een centraal dossier verdient de voorkeur om overlappingen of naast elkaar heen werken in het contact met de patient/client te voorkomen. Dan moeten er afspraken worden gemaakt over het beheer en de toegankelijkheid van dit dossier.

Het personeelsbeleid vraagt naast de teamvorming ook om regelingen betreffende de rechtspositie: het inkomen en andere zaken van sociale zekerheid, duidelijkheid omtrent de te vervullen functie en de daarbij passende bevoegdheid en zeker ook de mogelijkheden tot verdere ontwikkeling en deskundigheidsbevordering.
Ook moet er een vorm worden gekozen voor het beheer van de financiën en van het gebouw en van de verdere materiële voorzieningen: het voorwaardenscheppend systeem.
Voor de rechtsvorming van het samenwerkingsverband bestaan diverse mogelijkheden. Kiest men voor een stichting, dan impliceert dit een bestuur. Daarin ligt de mogelijkheid besloten de bevolking te doen participeren in het beleid.
Naar de huidige opvattingen behoort de hulpvrager niet langer een passieve consument van een pakket voorzieningen te zijn: hij dient zich bij zijn plaats in de gezondheidszorg betrokken te voelen.

Belemmerende factoren voor een organisatie van de gezondheidszorg, zoals die ons voor ogen staat, zijn:

- de huidige structuur van de verscheidene voorzieningen, ieder met hun eigen vorm van autonomie
- de financiële belemmeringen, die door de bestaande wettelijke regelingen worden veroorzaakt.

5.2. Persoonlijke aspecten

Samenwerken impliceert je openstellen voor de opvattingen van anderen en vereist de bereidheid kritiek op eigen gedrag, opvattingen en werkwijze als een zinvolle terugkoppeling of feed back te aanvaarden.

Het zijn juist de aantasting van vele vanzelfsprekendheden, impliciete vooronderstellingen en de noodzaak bepaalde gewoonten te doorbreken, die de groepsleden onzeker maken en weerstanden bij hen oproepen. Het is dit samenwerken met de de "spirit of inquiry", dit jezelf voor de ander en voor veranderingen openstellen, dat nodig is om tot een gezamenlijk hulpverlenend gedrag te komen.

Elke groep, elk team, valt of staat bij de motivatie van haar leden, maar de geringe bereidheid tot een werkelijk samenwerken, tot het nemen van risico's en het aanvaarden van onzekerheden berust in vele gevallen niet alleen op onwil.

Persoonlijke problemen beletten vele leden zich zo voor de groep in te zetten zoals zijzelf en de anderen zouden willen. Het je kwetsbaar opstellen naast de ander vereist een bepaalde mate van innerlijke zekerheid.

De aandacht van de zojuist afgestudeerde huisarts die sinds kort in een samenwerkingsverband is opgenomen, wordt de eerste tijd voor een groot deel in beslag genomen door alle problemen rond de receptuur en het onthouden van nieuwe gezichten. In feite is hij nog nauwelijks aan samenwerken toe. Eerst moet hij zijn eigen beroepsrol leren kennen. Eenvoudig gezegd: om samen te kunnen werken moet je "eerst min of meer met jezelf zijn klaar gekomen" of "met iemand die niet weet wat hij wil of wat hij kan is het slecht zaken doen".

Deze persoonlijke problematiek van eigen identiteit, van zich bewust worden van eigen mogelijkheden en het leren aanvaarden van beperkingen, ziet men in elk groepsproces steeds weer terugkomen.

5.3. Doelstellingsformulering en planning

Wanneer een groep effectief wil werken, moeten haar leden in staat zijn en de gelegenheid hebben zoveel mogelijk hun persoonlijke en groepsstellingen periodiek en systematisch te formuleren.

De ervaring leert evenwel dat een beginnende groep niet zondermeer in staat is welomschreven doelstellingen te formuleren. Eerst moeten de leden zich hun persoonlijke, vaak nog vage, behoeften bewust maken en trachten deze onder woorden te brengen. Pas nadat henzelf en de anderen tot op zekere hoogte duidelijk is wat ze van samenwerking verwachten of er mee hopen te bereiken is het mogelijk aan het opstellen van bruikbare gezamenlijke doelstellingen te beginnen.
Tussen deze individuele en teamdoelstellingen zal iedere deelnemer voor zichzelf en voor zijn teamgenoten een aanvaardbaar evenwicht moeten vinden.
De problemen van geringe persoonlijke betrokkenheid, waarmee ieder in een beginnende samenwerkingssituatie te maken krijgt, zijn dan ook een gevolg van het in de geest bezig zijn met zichzelf, wat de deelnemer kan beletten zich aan degroep te geven. Sommigen zullen daardoor een afwachtende houding innemen. Zij zullen zich niet te sterk aan de groep willen binden. Bovendien wordt het bewustmaken en onder woorden brengen van persoonlijke motieven en behoeften vaak bemoeilijkt door het gedrag van de ander. De dominerende wijze waarop sommigen hun persoonlijke doelen als groepsdoelen presenteren ontneemt anderen de moed een eigen zienswijze naar voren te brengen. Vooral als daarbij nog interdisciplinaire verschillen bestaan in opleidingsgraad, beroepsgezag, of wanneer de ander over een grotere uitdrukkingsvaardigheid beschikt of zich beroept op de ervaringen elders is het duidelijk dat de "zwakke" zijn mond maar dichthoudt.
Deze communicatie- en besluitvormingsmoeilijkheden behoren onderkend en besproken te worden, waarna men trachten kan deze kortsluitingen te voorkomen.

Nadat dit doelstellingsproces is afgerond, kunnen in feite eerst plannen worden ontworpen om deze doelen te bereiken. Zo'n planning op grond van tevoren geformuleerde deelen zal gedurende het gehele samenwerkingsproces moeten leiden tot een bezien, herwaarderen en herzien van deze doelstellingen. Het is bij deze planning van groot belang dat steeds verschillende mogelijkheden worden onderkend, waarlangs men kan gaan om de gestelde doelen te verwezenlijken.
Het is duidelijk dat het oplossen van de persoonlijke en relationele problemen veel tijd vergt. Het formuleren van gezamenlijke doelstellingen voor een interdisciplinair samenwerkingsverband zal in het begin dan ook vaak moeilijk verlopen. Deze moeilijkheden die vele groepen hierbij ondervinden ontstaan ondermeer doordat men onvoldoende oog heeft voor de noodzaak hiervoor veel tijd vrij te maken.

"Dat eindeloze praten is verontrustend; en kost veel te veel tijd". Laten wij nu eerst maar eens gewoon aan de gang gaan. De rest komt dan wel vanzelf" zijn bekende uitspraken.
Zolang de groepsleden hun persoonlijke behoeften en verwachtingen niet voldoende met die van de anderen in overeenstemming hebben kunnen brengen en er dus ten aanzien van de groepsdoelstellingen ook geen overeenstemming ontstaat, zal men nog niet tot gerichte groepsacties kunnen komen.

Om de effectiviteit van een samenwerkende groep mensen te verbeteren om persoonlijk en gezamenlijk een betere hulpverlening te bereiken is de allerbelangrijkste voorwaarde het feit, dat de doelstelling niet slechts taakgericht is, maar zich ook richt op de processen binnen het team. Naast de directe op de werkwijze gerichte doelen blijken de indirecte op de inhoud van het samenwerkingsproces gerichte doelen even functioneel te zijn.

5.4 Professionele aspecten

Ris en Diederiks schrijven in hun critische analyse van interdisciplinaire samenwerking:

> "het verschil in discipline, dat vaak de oorzaak is van interpersoonlijke problemen, moet als een aparte probleembron worden geanalyseerd en kan niet worden opgelost op het niveau van beeldvorming en bereidheid tot samenwerking.
> Verschil in discipline is ons insziens op te vatten als verschil in 'taal' waardoor de communicatiemogelijkheden beperkt worden".

De taal in een bepaalde beroepssfeer vormt de neerslag van de paradigma's die men daar hanteert: modellen van oorzaken en gevolgen, van diagnose en therapie, van behandeling en te verwachten effect. Deze vergemakkelijken de communicatie binnen één discipline, zij vereenvoudigen de gebruikte concepties en wekken tegelijkertijd de vertrouwde sfeer van een gelijke belevingswereld op. Zij stremmen anderzijds ook de mogelijkheid tot verdere ontwikkeling van het disciplinair denken.
Ieder mens neemt immers selectief waar, terwijl hij bovendien steeds vanuit zijn persoonlijke uitgangspunten, methoden e.d. interpreteert. Wanneer de wijkverpleegkundige een kijkje gaat nemen bij de dame met het chronisch eczeem, is het duidelijk dat zij vooral die dingen zal zien waarop zij als verpleegkundige gewend is te letten. Zonder dat zij zich dit bewust hoeft te zijn, zal zij vooral vanuit haar eigen normen en waardensysteem beoordelen wat al dan niet gedaan moet worden.

De afwijking chronisch eczeem doet haar denken aan de narigheden die patienten ondervonden, die zij tijdens haar opleiding dagelijks tweemaal moest inzalven en verbinden. Voor de huisarts die zich nog maar weinig van zijn co-assistentschap "huiden" herinnert, en de vrouw tijdens zijn spreekuur vluchtig ziet, betekent deze aandoening veel minder.
Het vertrouwde woord eczeem draagt dus voor beiden een verschillende betekenis. De gehanteerde begrippen bemoeilijken derhalve de communicatie tussen de disciplines. Het taalgebruik geeft licht aanleiding tot misverstanden, doordat de woorden geen identieke inhouden dekken. Bovendien kan de vertrouwdheid van de gelijke belevingswereld naar buiten toe juist weerstanden oproepen.

Genoemde auteurs wijzen op de onjuistheid van het zoeken naar oplossingen uitsluitend in de interpersoonlijke sfeer. Het vergroten van de samenwerkingsbereidheid lost het verschil in 'taal' niet op.
Zij zien het verschil in 'taal' als een methodologisch probleem en geven als oplossing aan uit te gaan van de alternativiteit van gezichtspunten. Dit betekent dat elke keer opnieuw afgewogen zal moeten worden welk gezichtspunt de meeste kans op succes biedt.
"Interdisciplinaire samenwerking" betekent dan dat men bij elke hulpverlening probeert na te gaan welk gezichtspunt, welk model van denken, het beste het probleem verheldert en tot oplossing kan brengen. Met andere woorden bij elke intake moet men bedacht zijn op de vragen: voor welke hulpvrager moet welke hulpverlener komen, waar, op welk tijdstip enz. Men zoekt dan aansluiting bij de reeds aanwezige kennis en benadert zo het dichtst het samenwerkingsideaal.

HOOFDSTUK IV
Het persoonlijk functioneren van de huisarts

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het belang van het persoonlijk functioneren. Aan de hand van een aantal begrippen uit de sociale wetenschappen willen we belichten hoe de persoonlijkheid op verschillende manieren een rol kan spelen in een relatie.
In 4.1. wordt het belang van het persoonlijk functioneren behandeld, waarna in 4.2. de bewustwording van het eigen persoonlijk functioneren in drie subparagrafen wordt beschreven: eerst inventariseren we een aantal communicatievormen (4.21), vervolgens wordt de opbouw van een relatie nader omschreven (4.22) en tenslotte gebruiken we de in het vorige behandelde begrippen in een gedeelte over de rol van de huisarts (4.23).
Het hoofdstuk wordt besloten met een korte beschouwing over medische ethiek en persoonlijk normensysteem in 4.3.
Waar mogelijk is gebruik gemaakt van praktijkvoorbeelden om de meer theoretische uitspraken te verhelderen.

De taal waarin dit onderwerp zich aan de lezer presenteert verschilt in belangrijke mate van de medische terminologie zoals de huisarts die hanteert. De afstand tussen medisch en sociaal-wetenschappelijk taalgebruik is er wel eens de oorzaak van dat interpretaties vanuit een sociaal-wetenschappelijke gezichtshoek op weerstand stuiten. Toch bieden de sociale wetenschappen een uitgebreide terminologie om menselijk gedrag te beschrijven en inzichtelijk te maken. Dit houdt tevens in, dat op grond van theorievorming en kennis van tussenmenselijke relaties via een begrippenapparaat de mogelijkheid bestaat gedrag eventueel te veranderen.

4.1. Het belang van het persoonlijk functioneren

De huisarts werkt niet alleen. Vanuit zijn eigen gedragspatroon bevindt hij zich in een steeds wisselend proces, omdat iedere patient een eigen persoonlijke inbreng in het contact heeft. Daarom ook verloopt ieder contact volgens een geheel eigen stijl. De huisarts richt als het ware zijn activiteiten op, tegen, naast, buiten, samen met of in weerwil van de patient die hem hulp komt vragen. Dit mag wat vreemd klinken, maar onze bedoeling is, duidelijk te maken, dat er tussen arts en patient zich een proces afspeelt, waarin het gedrag van de een dat van de ander beïnvloedt.
De huisarts komt dagelijks in contact met een veelheid van personen. Hij heeft daarbij vrijwel geen keus: zijn hulpverlenende rol vraagt bij ieder contact met elke patient om een persoonlijke inbreng van zijn klant, ongeacht het feit of de relatie met deze patient al dan niet "klikt".

Ook bij het taakgericht functioneren van de huisarts is de rol van de persoonlijkheid niet uit te schakelen.
Globaal kan men stellen dat op drie manieren het persoonlijk functioneren mede bepalend is voor het goed verlopen van het hulpverleningsproces.

- Ten eerste is de houding van de huisarts van grote invloed op de informatie die de patient hem geeft bij de intake (zie hoofdstuk II). Zowel verbaal als non-verbaal kan men in een eerste contact een sfeer scheppen die het naar voren brengen van de werkelijke klacht kan vergemakkelijken of bemoeilijken voor de patient. Factoren die deze sfeer bepalen zijn o.a.: gehaastheid of geduld, afwezigheid of interesse en betrokkenheid, gevoelde sympathie of antipathie jegens de patient.
- Ten tweede speelt de persoonlijkheid van de huisarts een belangrijke rol bij de keuze van het handelingsplan, nadat de probleemstelling duidelijk is geworden. Voor de ene huisarts zullen zorgen om bepaalde huwelijksproblemen aanleiding zijn voor een verwijzing naar de maatschappelijk werker. Een ander besluit echter op grond van dezelfde klacht een tijdlang af te wachten hoe de relatie tussen de partners zich verder zal ontwikkelen.
- En ten derde bepaalt gedurende het hele hulpverleningsproces de persoon van de arts tevens of de patient bij hem steun kan vinden.

In Hoofdstuk II hebben we geschreven dat wij ieder hulpverleningsproces methodisch willen laten verlopen. Men kan immers geen relatie aangaan - ook in het meer functionele hulpverleningsproces - zonder dat de eigen identiteit in het geding komt.
Dit betekent niet dat alle spontaniteit uit een relatie verbannen moet worden. Wel betekent het dat de relatie met de patient bewust gehanteerd wordt, net zo bewust als de werkwijze zoals die wordt beschreven in Hoofdstuk II. Dit kan een middel zijn om per geval een bepaald evenwicht te vinden tussen invoelend vermogen en betrokkenheid enerzijds, en functionele distantie anderzijds.
Het ligt niet in onze bedoeling hier een blauwdruk te geven voor de "optimaal persoonlijk functionerende huisarts". Iedereen brengt immers een eigen, unieke persoonlijkheid met zich mee in een relatie.
Wij proberen slechts de nadruk te leggen op het belang van de rol van de eigen persoonlijkheid in het contact met de ander.

4.2 Bewustwording van het eigen persoonlijk functioneren

Nu we weten hoe bepalend het persoonlijk functioneren is in de arts-patient-relatie, wordt de volgende stap het zich bewust worden en het bewust gaan hanteren van de eigen persoonlijkheid in het hulpverlenings-proces. Hierbij letten we eerst op de betekenis van verschillende communicatievormen (4.21), dan op diverse aspecten in de relatie-opbouw (4.22) en tenslotte op consequenties daarvan voor de rol van de huisarts (4.23).

4.21 communicatievormen

Bij het herkennen van verschillende communicatievormen kan onderstaand schema een hulpmiddel zijn. Hierin worden verschillende vormen van communicatie waarin we stukjes van onze persoonlijkheid overdragen duidelijk gemaakt.

het publieke zelf (1)	het verborgen zelf (2)
het blinde zelf (3)	het onbekende zelf (4)

ad 1.

Het publieke zelf is dat deel van de persoonlijkheid dat we vrijuit aan de ander kenbaar maken. We zijn ons bewust van bepaalde persoonlijke eigenschappen, normen en gedragingen en delen deze aan de ander mee. Als twee mensen beiden vanuit dit deel van hun persoonlijkheid met elkaar communiceren, dan noemen wij dit open communicatie. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer twee mensen positieve gevoelens jegens elkaar aan elkaar kenbaar maken.

ad 2.

In het verborgen zelf kan men een aantal opvattingen, eigenaardigheden en gevoelens inventariseren waarvan men zich wel bewust is, maar die men verborgen houdt voor de ander. De communicatie wordt dan belemmerd, doordat er te weinig zelfvertrouwen is, of vertrouwen in de relatie om bepaalde gevoelens jegens de ander te uiten. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de huisarts in wezen tegenover een bepaalde patient zich erg onzeker voelt, terwijl deze onzekerheid zich naar buiten toe manifesteert als gereserveerdheid.
Soms is het daarentegen erg functioneel bepaalde dingen niet te zeggen, met name wanneer bepaalde uitingen niet vóórkomen in het verwachtingspatroon van de ander. Men moet dit leren hanteren door onder meer de mogelijkheden van de relatie af te tasten.

ad 3.

Het blinde zelf betreft aspecten uit de persoonlijkheid waarvan we ons niet bewust zijn, maar die we wel overdragen op de ander. Onzekerheid en spanningen bijvoorbeeld kunnen we bij onszelf onderdrukken, terwijl de ander ze in ons hele gedrag - verbaal en non-verbaal - waarneemt. Communicatie vanuit dit blinde zelf kan "onbewust onthullen" worden genoemd.

Om dit te illustreren noemen we een vermoeid uitziende arts, die veel slaap achter is. De patient ziet zijn vermoeidheid en durft niet veel klachten te uiten, omdat hij de arts niet wil belasten. De arts weet echter niet de rede hiervan; hij merkt niet dat de patient informatie achterhoudt omdat zijn vermoeidheid zo duidelijk zichtbaar is.

ad 4.

Het onbekende gedeelte van de persoonlijkheid is noch voor onszelf noch voor de ander herkenbaar. Het betreft hier verdrongen emoties, nog nooit gebruikte vaardigheden en talenten, onverwerkte angsten en dergelijke.

Hoewel wij zelf geen zicht hebben op deze aspecten, kunnen ze toch een grote rol spelen in het communicatieproces. Op het emotionele niveau dragen we deze onbewuste gevoelens wel over op de ander. En dit kan in de overige, hierboven genoemde communicatievormen tot verstoring leiden. De ander raakt dan in verwarring over de boodschap die we uitzenden.

Soms raken patient en huisarts tijdens het hulpverleningsproces verzeild in fasen die bij beiden sterke emotionele reacties oproepen. Heeft de arts bijvoorbeeld het verlies van een geliefd persoon zelf nooit goed kunnen verwerken, dan kan hij bij de begeleiding van een rouwproces op een gegeven moment in een impasse raken. Vaak zullen huisarts en patient moeite hebben de werkelijke oorzaak hiervan te ontdekken. Het klikt dan niet op ogenschijnlijk triviale gronden. De arts denkt: "de patient doet altijd zo theatraal als hij over een sterfgeval praat", of de patient denkt : "de arts zegt altijd over één week terug te komen, maar daar houdt hij zich nooit aan".

In het hulpverleningsproces spelen dus de vier beschreven vormen van communicatie een rol:

arts en patient dragen een aantal opvattingen en gevoelens precies zo over als ze zijn voor hen (1)	arts en patient houden bepaalde emoties en meningen verborgen voor elkaar (2)
ongemerkt nemen arts en patient stemmingen, gevoelens en houdingen van elkaar waar, waarvan ze zich niet bewust zijn (3)	een groot aantal onbekende factoren van de persoon speelt een rol buiten het bewustzijn van zowel patient als arts (4)

De kennis dat in het hulpverleningsproces deze vormen van communicatie al dan niet gewild een rol spelen, biedt de mogelijkheid het eigen functioneren scherper waar te nemen en te veranderen in een meer gewenste richting. De opening van een tot op dat moment niet gebruikt communicatiekanaal in de relatie tot een bepaalde patient kan een keerpunt betekenen in de hulpverleningsrelatie. Om na te gaan hoe een dergelijke opening kan leiden tot een verbetering van de relatie moeten we ons eerst goed verdiepen in de voorwaarden die aan een goed hulpverleningsproces worden gesteld.

4.22 De opbouw van een relatie

We kunnen vier aspecten onderscheiden die bij iedere relatie tussen twee of meer personen een rol spelen. Deze indeling is een hulpmiddel en kan bij stagnatie in de relatie gebruikt worden als controle: "is aan deze voorwaarden voldaan ?"

In het eerste contact is sprake van een terreinverkenning. Degenen die elkaar ontmoeten proberen voor zichzelf een antwoord te vinden op de vraag of zij door de ander geaccepteerd worden: "Is hij erg griezelig of niet ?" De mogelijkheid om tot een veilig gevoel in de relatie tot de ander te komen wordt afgetest. Groeit er een klimaat van wederzijds vertrouwen dan hoeft er geen angst meer te zijn om te falen. Dan is open uitwisseling van ideëen, meningen en gevoelens mogelijk. In termen van ons schema wil dit zeggen dat zowel arts als patient aspecten onthullen van het verborgen zelf en deze tot het publieke zelf maken. Hierbij is van belang of men kan luisteren naar de ander, dat men zich kan uiten - verbaal én non-verbaal -, en dat emoties op adequate wijze in het taakgerichte gedrag verweven zijn. Hierdoor is het mogelijk om te kijken welke doelen men gemeenschappelijk heeft. Het zou ideaal zijn als persoonlijke doelen samen vielen met de doelen van de ander. Zijn de verschillende doelstellingen duidelijk herkenbaar, dan kan het "be-doelde" gedrag gecontroleerd worden: hoe organiseren we onze handelingen om het gestelde doel te bereiken ?

Het hanteren van deze vier aspecten kan ons op weg helpen om verschillende arts-patient-relaties met behulp van de hierboven gebruikte termen te beschrijven.
Hieronder volgen twee verschillende typen relaties waarbij deze begrippen gebruikt worden. Juist door deze begrippen worden de twee verschillende processen vergelijkbaar.

Arts en patient accepteren elkaar en hebben een vertrouwensrelatie waarin het mogelijk is om open en spontaan meningen, gevoelens en normen uit te wisselen. Hierdoor kunnen zij hun persoonlijke doelen op elkaar afstemmen en samen tot een handelingsplan komen. Bij de uitvoering hiervan is men het eens over de rol- en taakverdeling. Problemen worden in onderlinge afhankelijkheid opgelost.

Arts en patient accepteren elkaar niet, en houden dit voor elkaar verborgen. Zij blijven ondanks deze slechte start de relatie voortzetten. Er kan geen open communicatie plaatsvinden, en de kans is groot dat ieder voor zich een bepaalde strategie gaat voeren om zijn persoonlijke doelen te kunnen bereiken, óf door manipulatie, óf door overreding, óf door dysfunctioneel gebruik van professionele deskundigheid daar waar verschillende doelen conflicteren. Bij de uitvoering van het handelingsplan wordt de patient in een afhankelijke positie gedwongen, of de patient lokt de arts in een door hem niet gewenste rol.

Deze twee typen hulpverleningsrelaties kunnen we misschien verduidelijken aan de hand van twee praktijkvoorbeelden.

Arts en patient accepteren elkaar niet

Een mevrouw met hoofdpijnklachten bezoekt het spreekuur van haar huisarts. Zij vindt hem een goede arts, maar wel erg gehaast. Als het belletje gaat, stapt zij de spreekkamer binnen en blijft wat aarzelend bij de "patientenstoel" staan, terwijl de huisarts aan zijn bureau zit te schrijven.
Hij kijkt op, ziet haar en krijgt een gehaast gevoel, want zij is altijd zo lang van stof.
Hij zegt: "mevrouw, wat voor klachten heeft u ?"
Na het stellen van een aantal vragen naar de aard van de hoofdpijn zegt hij: "Dat is spanningshoofdpijn; ik zal u een hoofdpijntablet geven en iets tegen de zenuwen". Vervolgens schrijft hij het recept.
De patiente zegt, dat zij ook last heeft van slapeloosheid, en dat ze zich zo gespannen voelt. De huisarts zegt: "Ja, ja maar eerst zullen we de hoofdpijn bestrijden, en dan zal de slapeloosheid ook wel verminderen, en u krijgt immers een zenuwtabletje".
De patiente brengt nu naar voren dat zij het huishouden ook niet meer goed aankan.

De arts antwoordt dat dat begrijpelijk is met die hoofdpijn en dat met de medicamenten een en ander wel in orde zal komen. Hij vraagt haar over drie weken maar eens te komen vertellen hoe het gaat. Zij zegt het te zullen proberen.

Na ongeveer drie vrijwel identieke consulten wordt deze patiente verwezen naar een oogarts, K.N.O.-arts en neuroloog. Zij maakt zichzelf nu ernstige zorgen over een eventuele hersentumor. Als alle onderzoeken geen afwijkingen vertonen, stort zij geheel in.

Arts en patient accepteren elkaar wel

Een mevrouw met hoofdpijnklachten bezoekt het spreekuur van haar huisarts. Zij kan goed met hem praten. Na enige tijd wachten opent arts zijn spreekkamerdeur en zegt: "Dag mevrouw, komt u binnen, gaat u zitten en vertel mij eens wat ik voor u kan doen".
Zij vertelt dat zij veel hoofdpijn heeft en zich gespannen voelt.
De arts stelt een aantal vragen naar de aard van de hoofdpijn. De patiente zegt dat de hoofdpijn meestal 's middags opkomt, in het weekeinde wat minder en dat ze ook last heeft van slapeloosheid.
De arts vraagt nu (in verband met de slapeloosheid) of zij zich ergens zorgen over maakt, en of er mogelijk financiële problemen zijn. Zij antwoordt dat er geen financiële problemen zijn, integendeel, en dat het met de kinderen ook goed gaat.De arts vraagt nu of er in de periode wanneer zij hoofdpijn heeft er mogelijk toch moeilijkheden zijn die ze niet goed aankan, bijvoorbeeld teveel huishoudelijk werk, of mogelijk problemen met haar man.
Hierop blijkt, dat patiente zich zorgen maakt over het overmatige alcoholgebruik van haar echtgenoot, en dat zijn werk (waarin hij overigens goed is) dit met zich meebrengt.
Dit probleem wordt nu besproken, en de arts en patiente maken samen een plan om een gesprek met de echtgenoot te arrangeren, terwijl tevens overlegd wordt welke houding de vrouw nu aan zou kunnen nemen tegenover haar man.
Zij verlaat de spreekkamer zonder medicamenten doch opgelucht doordat haar probleem besproken is, en met het gevoel dat er aan een oplossing kan worden gewerkt.

Het verband met de door ons onderscheiden persoonlijkheidsaspecten wordt nu duidelijk: we kunnen pas dan een goed hulpverleningsproces tot stand brengen als er optimale communicatie mogelijk is. Dat wil zeggen, uitwisseling van alle aspecten van onze persoonlijkheid die de relatie met de patient tengoede kunnen komen.

4.23 De rol van de huisarts

In het hierna volgende wordt aan de hand van een aantal veel gehoorde problemen en kenmerken in de arts-patient-relatie geïllustreerd hoe belangrijk het is, dat er overeenstemming bestaat tussen het beeld wat de huisarts van zichzelf heeft, en het beeld van hem wat bij de patienten leeft.

De tijd van de huisarts is beperkt. Een volle wachtkamer, de groeiende lijst voor een afspraakspreekuur of van huisbezoeken, nopen hem om het kort te maken. Dit wordt ook door de patienten, zij het soms mokkend ("hij heeft nooit tijd voor me") niettemin geaccepteerd.
Het is een facet van de,maatschappelijk bepaalde, rol, die de huisarts op zich genomen heeft. (er is een vrije toegang tot zijn spreekuur en hij hanteert een quickservice-systeem), hij helpt direct.
De noodzaak om het kort te maken heeft niet alleen z'n uitwerking op het eind van het consult - als het goed is hoeft het daar niet eens voelbaar te zijn - maar het heeft een terugwerkende kracht: op grond van enkele, verbale en niet verbale indicaties die de patient geeft moet de arts direct tot een hypothese komen en deze toetsen, zo nodig door lichamelijk onderzoek om zo snel mogelijk een beslissing te nemen omtrent de in te stellen behandeling.
De arts vertoont derhalve een specifiek rolgedrag, waarmee hij de hem toebedachte rol vervult. Zijn opleiding heeft hem daartoe de kennis en de middelen gegeven. Daarom hoeft hij geen sfeer van gehaast-zijn op te roepen. Zijn medische kennis heeft hem een medische attitude bijgebracht:hij kan gedecideerd zijn en dit past in een rustig optreden en de patient verwacht dit.
De keerzijde is dat de patient geacht wordt zich te beperken tot medische, bij voorkeur somatische vragen: dat is zijn rolgedrag.
Hij heeft geleerd zijn vraag te beperken, hij heeft zijn klacht vertaald, hij somatiseert. En hij krijgt dienovereenkomstig antwoord.
De patient krijgt wat hij vraagt. Zolang dit samenvalt met wat hij nodig heeft, zijn er geen problemen. Maar de psycho sociale moeilijkheden nemen toe, de vragen worden steeds onduidelijker, waardoor het antwoord steeds minder betrekking heeft op de wezenlijke vraag.
De huisarts wordt onzeker, want hij heeft geen ander antwoord geleerd. Hij gaat daarom door met de antwoorden die hem rust en zekerheid geven.
Ook de patient die zijn klacht minder goed weet te verwoorden wordt tevreden gesteld.
"Last van zenuwen hebben", het medisch antwoord daarop is een zenuwtabletje.

Doch werkelijke probleemoplossingen in de psycho-sociale sfeer komen niet aan bod. De zenuwtabletjes zijn een schijnoplossing, "The medicalizing of society" wordt gepraktizeerd.
De tijd van de huisarts is beperkt: dit is één van de facetten van de rol, die de huisarts door de maatschappij op het lijf wordt geschreven.
De dokter kan de patient beter maken: dat is een ander facet ervan - was een ander facet, want door de veranderingen in onze samenleving is het verschoven naar: de dokter kan maken dat de patient zich beter voelt.
Nog een facet: de huisarts kent de patient en deze verwacht op het moment dat hij de spreekkamer binnenkomt een vertrouwde relatie en hij gaat er van uit dat de arts hem en zijn klacht kent. Een enkele maal wordt de klacht niet meer geformuleerd, soms met de mededeling: "ik kom nu voor wat anders".
De huisarts kent niet alleen de patient, hij kent ook anderen om hem heen. Vrijwel elke patient praat in de spreekkamer - veel meer dan de huisartsen meestal opmerken - over iemand anders uit zijn omgeving. Hij moet zich dan echter beperken tot datgene, waarvoor de arts ontvankelijk is en uit zich derhalve in medische vragen, waar hij bedoelt, dat hij zich zorgen maakt om die ander, dat zijn relatie met die ander hem problemen geeft. De huisarts pikt het niet op; hij weet een heleboel van de patient en diens gezin. Maar hij kan deze gegevens niet structureren, of althans niet op de juiste wijze. Hij heeft niet geleerd dat de patient deel uitmaakt van een sociaal systeem (client systeem).
Wat hierboven beschreven is komt op het volgende neer: huisarts en patient vertonen beiden een specifiek rolgedrag, dat is afgestemd op de rolverwachting, die zij over en weer van elkaar hebben. De kans is groot dat beiden hierdoor in een bepaald rolpatroon verzeild raken. De patient vraagt, de arts weet: hij is een autoriteit op medisch terrein. Zijn kennis biedt hem de mogelijkheid om objectief te zijn - maar werkt ook objectiverend: maakt de patient tot object, tot ding.
De verhouding van de arts naar de patient is onderschikkend, velen zowel arts als patient voelen zich hier wel bij.
Keerzijde van de afhankelijkheid van de patient is, dat de arts geen hulp kan weigeren: zijn relatie is niet vrijblijvend, hij moet antwoord geven. De rolopvatting van de huisarts en de rolverwachting van de patient mogen de stilzwijgend gemaakte afspraak - niet alleen tussen déze arts en déze patient, maar mede door de cultuur bepaald - niet overschrijden.

Doet één van beiden dit wel, dan ontstaat er verwarring, onzekerheid en ontevredenheid.
Toch gebeurt dit steeds vaker. De psychosociale problematiek dringt zich steeds meer op, de patient verpakt zijn vragen in andere woorden. De huisarts krijgt weet van de multicausaliteit van de klachten; hij wil hierop antwoorden.
Dan gaat hij als mens reageren.
Het persoonlijk functioneren van de huisarts, gevoed door zijn eigen levenservaringen, geleid door zijn eigen mens- en wereldbeschouwing, bepaald door zijn eigen normen, gaat meespelen.
Deze manier van reageren maakt de arts zelden duidelijk aan de patient. Rolgedrag en rolverwachting corresponderen dan niet meer met elkaar.
In de waarneming van de patient past de persoonlijke betrokkenheid niet bij zijn medische objectiviteit. Zijn persoonlijke waardering van de gestelde vraag komt naar de patient, mede door de ondergeschikte verhouding, ten onrechte over als een voorschrift waar niet over te praten valt.
De rol van de huisarts wordt mede door de cultuur bepaald. Zij is zo gegroeid, zij is niet altijd zo geweest, zij kan ook anders worden. Onder invloed van verschuivingen in het cultuurpatroon zal het rolgedrag van de huisarts zich meteen aanpassen.
Wij pleiten hier voor een andere rol van de huisarts: die van hulpverlener temidden van andere hulpverleners. Niet iedere klacht krijgt automatisch een medisch antwoord: de vraag wordt eerst verhelderd waarna een handelingsplan wordt opgesteld, zoals dit in het vorige hoofdstuk werd beschreven. Daarin past zijn specifiek medisch handelen: dit wordt in de volgende paragrafen nader uitgewerkt.
Binnen het kader van de rol van de hulpverlener zal de huisarts een ander gedrag gaan vertonen. De daarbij passende rolverwachting van de patient moet worden aangekweekt:

- door een duidelijke, algemene aankondiging van de werkwijze van het gezondheidsteam vooraf;
- door de feitelijke opstelling van de huisarts in de dagelijkse praktijk.

De verhouding tussen huisarts/hulpverlener en patient is nevenschikkend wordt daardoor pas een relatie. Het persoonlijk functioneren van de arts is hierin, buiten het strikt medische, legitiem. Zijn eigen opvattingen, zijn emoties, zijn eigen wijze van doen krijgen hierdoor betekenis. Mits hij deze relateert aan zijn eigen persoon, dit ook als zodanig aan de patient kenbaar maakt, en niet - naar zichzelf of naar de patient - overdekt met de schijn van medische objectiviteit.

De patient is nu subject, gesprekspartner, zijn zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid worden intact gelaten. Hij mag terugpraten, meedenken, tegenspreken, hij mag ook de aangeboden hulp weigeren. Evenzo hoeft de arts de hulp in de gevraagde vorm niet te geven. Een vraag, een klacht, een probleemstelling houdt vaak een oordeel in dat mede bepaald wordt door de sociale achtergrond. Dit betekent dat als voor de patient iets een probleem is, dit voor de arts nog geen probleem behoeft te zijn - en omgekeerd.
Daarom dienen arts en patient zich samen af te vragen: kan er een situatie ontstaan, waarin hulpverlening mogelijk is ?
Tot zover is het contact vrijblijvend.

De huisarts zal het nodige moeten leren, om zijn nieuwe rol te kunnen vervullen. Gesprekstechniek is één ding. Maar het gaat niet alleen om de technieken. Hij zal tevens moeten leren - onder andere door middel van training - hoe hij bij anderen overkomt, wat zijn gedrag bij anderen teweeg brengt. Hij zal zich bewust moeten zijn van het waardensysteem dat hij hanteert.
Dit alles is geen kwestie van eenmalig instuderen. Het beheeft voortdurende herhaling. Hij heeft andere hulpverleners om zich heen nodig. Niet slechts om naar hen te kunnen doorverwijzen, wat hij zelf niet aankan. Hij zal in het team functioneren bij voortduring zijn persoonlijk gedrag moeten en kunnen toetsen, oefenen en soepel houden.
De horizontale opstelling naar de patient is alleen mogelijk bij democratische verhoudingen.
Het werken in teamverband schept hiertoe de voorwaarden.

4.3 Medische ethiek of persoonlijk normensysteem ?

In hoofdstuk II werd gepleit voor een methodische werkwijze. Ook op het vlak van het persoonlijk functioneren is het mogelijk methodisch te werk te gaan. De huisarts onderwerpt dan bewust en systematisch zijn gedrag en de verborgen aspecten van zijn persoonlijkheid in relatie tot de patient aan een beschouwing. Een belangrijk moment in de relatie is de keuze van het gedrag als hulpverlener. In feite vindt dan een confrontatie plaats tussen het normensysteem van de huisarts en dat van de patient naar aanleiding van de aangeboden klacht.

De normen die door de huisarts bij de uitoefening van zijn beroep worden gehanteerd, zijn reeds lang een punt van discussie onder het thema "medische ethiek". In vroeger tijden en ook nu nog in mindere mate werd het gedrag tegenover de zieke mens bepaald door normen die men ontleende aan magische en religieuze dimensies waarin de geneeskunst werd gepraktizeerd.

Waarden werden ontleend aan geloofssystemen.
Met de toenemende verzakelijking van onze samenleving - ook in de medische sfeer- werd de medische ethiek minder het terrein van moraaltheologen. De sociale wetenschappen annexeerden langzamerhand een stukje van dit probleemgebied en wezen op het botsen van individuele normensystemen.
De huisarts zal moeten waken voor onbewust gebruik van normen onder de noemer medische ethiek, wanneer het in feite gaat om algemeen ethische vraagstukken, zoals bijvoorbeeld in het geval van een zieke 86-jarige man die zijn leven beëindigd zou willen zien.
De beslissing door de arts ("u moet geopereerd worden") kan genomen zijn vanuit zijn persoonlijk normensysteem, en dit feit blijft verborgen voor de patient, echter ook wel eens voor de arts zelf.
Deze beslissing wordt dan voorgesteld als uitvloeisel van de ethiek, al dan niet vanuit de medische professie,
Ook kan het voorkomen dat men zijn eigen onvermogen vertaalt in ethische termen: "Dat gezin, daar moet je niets aan doen, die zijn niet te helpen, want die zijn toch geschift".
Omdat het gebruik van het begrip medische ethiek in een aantal gevallen nauw gekoppeld is aan het persoonlijk functioneren van de huisarts, moet deze zich telkens afvragen: "Wat houdt mijn normenstelsel in, welke gevolgen heeft het in mijn contact met deze patient ?"

Wil de arts tot een vetrouwensrelatie met de patient komen, dan moet hij én voor zichzelf én voor de patient duidelijk maken welke normen en waarden hij in die relatie hanteert. Hij brengt in de relatie tot de ander namelijk altijd persoonlijke waarden en normen met zich mee. Zich waarden-vrij opstellen is onmogelijk, net zoals het onmogelijk is om niet te communiceren.
Wanneer de arts zijn persoonlijke normen aan de patient kenbaar maakt, dan is deze in staat ook zijn normen daar tegenover te stellen, opdat beiden zicht krijgen op hetgeen strijdig en gemeenschappelijk tussen hen is. Daarna kan worden beslist of de relatie voor beiden zinvol voortgezet kan worden en op welke manier. Het volgende voorbeeld kan dit illustreren.

Een wat neurasthene, wijfelende vrouw, die vaak klachten over haar gezondheid heeft, heeft twee kinderen die zij maar amper "aankan". Haar man wil graag een derde kind, zijzelf eigenlijk niet hoewel ze veel van kinderen houdt. Zij besluit haar huisarts om raad te vragen. Deze heeft zelf een groot gezin en zijn vrouw kan het grote, drukke gezin gemakkelijk aan. Hij zegt haar: "U maakt zich teveel zorgen, u piekert teveel.

Als het gezin wat groter is, voeden de kinderen elkaar wel op. U zult zien dat het best meevalt. Ik heb ook een groot gezin en bij ons thuis gaan de meeste dingen vanzelf. Maar ja, jullie moeten natuurlijk helemaal samen besluiten hoeveel kinderen je wilt, en als jullie echt vinden dat je gezin groot genoeg is, zal ik je de pil wel voorschrijven".

Deze vrouw die wel vertrouwen heeft in haar huisarts, gaat naar huis en vertelt haar man dat de dokter gezegd heeft dat het wel mee zal vallen, en dat ze zich teveel zorgen over haar gezin maakt. Haar echtgenoot beaamt dit uiteraard en zegt: "Zie je wel, je tilt overal te zwaar aan".

In dit gezin komt dan een derde kind. De moeder blijft onzeker en zwaartillend, zij kan het werk niet aan. Nu krijgt zij wel de "pil", hulp van het maatschappelijk werk en gezinsverzorging.

De huisarts die gemakkelijk relaties legt, en ook empathisch op het probleem inging, heeft zijn eigen gezinssituatie tot norm verheven: veel kinderen waar hij weinig aan hoeft te doen, dus voor hem een groot gezellig gezin. Hij legt zijn norm "groot gezin is gezellig" in feite aan deze patient op, zonder zich af te vragen of voor deze vrouw een groot gezin ook gezelligheid betekent, en niet veeleer "veel werk", wat ze niet goed aan kan.

HOOFDSTUK V
De taak van de huisarts

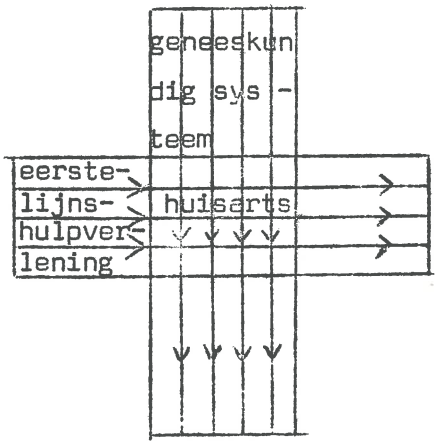
In Hoofdstuk IV is geschreven over het persoonlijk functioneren van de huisarts. Daarmee worden een aantal aspecten bedoeld van de relatie patient-huisarts die in het algemeen gelden voor elke hulpvrager-hulpverlener-relatie, maar die in dit geval gekleurd worden door het (ook maatschappelijk bepaalde) spel van rol en verwachting, die kenmerkend zijn voor huisarts en patient.
Hoofdstuk V gaat over het professionele functioneren van de huisarts. Hoe past de huisarts zijn geneeskundige methodiek toe op de plaats die hij inneemt in het eerstelijns hulpverleningssysteem ?
Het professionele functioneren van de huisarts wordt onder meer bepaald door een aantal factoren, zoals:

a. zijn specifieke wetenschappelijke kennis;
b. zijn door training verkregen vaardigheden;
c. de specifieke plaats die hij inneemt in het eerstelijns team en in het systeem van de gezondheidszorg;
d. het inzicht in eigen persoonlijk functioneren.

Naar mate de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als hulpverlenende discipline voortschrijdt, wordt de huisarts steeds vaker met de vraag geconfronteerd: wat is nu eigenlijk het specifieke waarover alsmaar wordt gepraat ?
Deze vraag wordt onder meer vanuit twee richtingen aan de huisarts gesteld: vanuit de rijen van de geneeskundigen en vanuit de andere hulpverlenende disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg.
Naar de mening van de werkgroep kunnen de antwoorden op deze vragen als volgt worden geformuleerd:

> ten aanzien van de overige eerstelijns hulpverleners is het kenmerk van de huisarts dat hij de geneeskundige methodiek en het nosologisch systeem hanteert, terwijl ten aanzien van de overige geneeskundigen het kenmerk van de huisarts is dat hij de geneeskundige methodiek hanteert binnen het raam van het eerstelijns hulpverleningssysteem.

De huisarts zit dus op een kruispunt van twee systemen:het eerstelijns hulpverleningssysteem en het geneeskundig hulpverleningssysteem.
De bijgaande tekening verduidelijkt dit.



Stellen we ons de horizontale lijnen voor als weefdraden van een bepaalde kleur en de verticale lijnen als weefdraden van een andere kleur (schering en inslag), dan heeft het resulterende weefsel (de huisarts) een nieuwe, derde kleur waarvan we bij dichtbij kijken de samenstellende kleuren ontdekken.
Het is van belang dat de huisarts zelf zijn "eigen" kleur analyseert, om aldus ook inzicht te verkrijgen in zijn eigen persoonlijk functioneren en dat persoonlijk functioneren dan ook bewust te hanteren.
Als exponent van het geneeskundig systeem hanteert hij de specifiek medische kennis en vaardigheid die iedere arts behoort te hebben.

Omdat hem als huisarts zeer veel uiteenlopende (en ook medisch uiteenlopende) hulpvragen worden gesteld hanteert hij als geneeskundige op die plaats - in de eerste lijn - een vast aantal kaders.
De belangrijkste van deze kaders zijn:
1. het medisch-wetenschappelijk kader;
2. de levensfase van de patient;
3. het maatschappelijk verband waarin de patient leeft;
4. de ordening naar hulpverleningsmogelijkheden.
Op de bladzijden 47 en volgende wordt daar nader op ingegaan.

Als eerstelijns hulpverlener hanteert de huisarts dezelfde methodische werkwijze als de andere eerstelijns hulpverleners met het doel zo snel mogelijk de vele verschillende hulpvragen te verhelderen en vervolgens door de vaste samenwerkingsrelatie met de andere eerstelijns hulpverleners uit te werken of deze hulpvraag inderdaad bij de huisarts, voor wat zijn specifiek geneeskundige functie betreft, thuis hoort.
De gang van zaken in de huisartsenpraktijk is vergeleken met die in een quick-service bedrijf.
Inderdaad is het zo dat, daar de huisarts de eerste (en enige) arts is waar men direct terechtkan met zijn hulpvraag, in twee betekenissen een quick-service-systeem bestaat: er moeten in korte tijd veel hulpvragen (zo veel mogelijk) worden beantwoord en het antwoord op iedere hulpvraag moet zo snel mogelijk worden gegeven.
Kan de hulpvraag beter gesteld worden aan de maatschappelijk werker in het samenwerkingsverband dan zal verwijzing plaatsvinden; kan de hulpvraag beter aan een andere arts (medisch specialist) gesteld worden dan wordt de patient daarheen verwezen.

Na deze inleiding zal de theoretische benadering van de plaatsbepaling van de huisarts toegelicht worden met een voorbeeld.
Daarna komen aan de orde:
- de taak van de huisarts in relatie tot de taken van andere hulpverleners in de eerste lijn;

- de taak van de huisarts in relatie tot de taken van de overige geneeskundigen, in dit verband met name toegespitst op de tweede lijn;
- en tenslotte wordt ingegaan op de kaders 1 t/m 4, die de huisarts dagelijks gebruikt.

Het vaak tegelijkertijd gebruik maken van deze twee invalsrichtingen (het geneeskundig systeem en de eerstelijns hulpverlening) én de specifieke aspecten die horen bij zijn plaats in beide systemen is hoofdbestanddeel van het professioneel functioneren van de huisarts.
Deze theorie wordt toegelicht aan de hand van het volgende voorbeeld:

Een 26-jarige man vraagt hulp bij de huisarts omdat hij sinds een paar maanden met een frequentie van 1 à 2 maal per week een "black out" heeft. Hij is twee jaar getrouwd, zijn beroep is computerdeskundige, hij moet in dat verband avondcursussen volgen. Zijn vrouw werkt als secretaresse, zij hebben nog geen kinderen. Bij het gesprek over de klacht komen slechts enkele dingen naar voren: de black-outs treden vooral in het weekend op. Hij is gezond, dit ook altijd geweest, alleen als kleuter koortsstuipen. Gevraagd naar zijn werkomstandigheden vertelt de patient dat hij zijn werk wel aankan en het hem goed bevalt; het is wel vermoeiend, vooral in combinatie met de voor promotie noodzakelijke avondcursussen. In het weekend valt de spanning van hem af. Zijn vrouw wil eigenlijk ophouden met werken en een kind krijgen. Hij voelt dit als een bedreiging voor zijn carrière en kan bovendien niet de energie opbrengen om er goed over te praten.

De huisarts meet de bloeddruk, telt de pols, kijkt of de patient anemisch is en doet de proef van Romberg. Alles in orde. Hij vraagt de patient of deze zelf verband aanwezig acht met zijn spanningen. Deze vindt eigenlijk van niet. Een afspraak voor over één week wordt gemaakt. Na één week komt de patient terug.
Hij heeft met zijn vrouw gepraat en beiden zijn tot de conclusie gekomen dat hun onderlinge problemen groter zijn dan ze hadden gedacht. Na overleg met de maatschappelijk werker in het team en een derde gesprek met allebei wordt het echtpaar verwezen.
Halverwege de "echtpaar"-therapie vertelt de maatschappelijk werkster aan de huisarts dat zij een redelijk goed contact hebben, maar dat de "black outs" nog steeds voorkomen. Zij vraagt aan de huisarts, die dit punt verder heeft laten rusten, of dat geen kwaad kan.
Op haar verzoek komt de man terug bij de huisarts, die zijn notities weer naleest en ziet dat de patient vroeger koortsstuipen had. Om mogelijk verband tussen de "black outs" van nu en de koortsstuipen van vroeger uit te sluiten verwijst de huisarts de patient naar de neuroloog, die specialistisch onderzoek (waaronder een E.E.G.) uitvoert.

De specialist schrijft na het onderzoek een brief terug aan de huisarts met de conclusie: "ik vind op mijn terrein geen afwijkingen".
In eerste instantie maakt de huisarts bij de benadering van deze hulpvraag gebruik van zijn algemene kennis en vaardigheid als arts: voorts gebruikt hij een voor de huisartsgeneeskunde specifiek kader: het maatschappelijk systeem waarin de patient leeft en werkt. Na de verheldering van de hulpvraag die aan hem ook als eerstelijns hulpverlener wordt gesteld komt probleemgedrag aan het licht, waarbij hulp van de maatschappelijk werker de aangewezen gedragslijn gevonden wordt.
De patient verhuist nu in het eerstelijns hulpverleningssysteem. Na enige tijd wordt vanuit de ene discipline (in dit geval door de maatschappelijk werker) een beroep gedaan op de specifieke deskundigheid van de andere discipline (de huisarts). De patient verhuist (tijdelijk of zo men wil "gedeeltelijk") weer terug en komt op een andere plaats in het geneeskundig systeem terecht, de specialist, die weinig moeite heeft om in dit geval zijn terrein af te bakenen. Na dit uitstapjenaar de tweede lijn van de gezondheidszorg komt de patient na de huisarts weer terug in het eerstelijns systeem, waar de behandeling door de maatschappelijk werkster ondertussen is doorgegaan.

Taken van de huisarts in relatie tot die van andere hulpverleners in de eerste lijn.

1. Binnen het eerstelijns hulpverleningssysteem heeft de huisarts zijn hoofdtaken, dat wil zeggen de taken die hij alleen of beter dan de andere disciplines kan uitvoeren.
2. Als facultatieve taken worden opgevat die taken die door meerdere hulpverleners in de eerstelijn kunnen worden uitgevoerd.
3. Ongeëigende taken zijn taken die beter of uitsluitend door een andere discipline in de eerstelijn dan de huisarts kunnen worden uitgevoerd, met andere woorden hoofdtaken van een andere discipline in de eerstelijn.

Tot zover is de indeling gebruikt zoals deze voorkomt in het voorlopig rapport van de commissie "eerste echelon" van de K.N.M.G. De werkgroep voegt nog een vierde categorie taken toe:

4. de gezamenlijke taken die door meerdere hulpverleners binnen het eerstelijns samenwerkingsverband worden uitgevoerd.

   Deze taken vallen niet geheel samen met die van categorie 2. Facultatieve taken kunnen door ontwikkeling en uitbouw van de samenwerking resulteren in gezamenlijke taken. Taakverschuiving binnen de eerstelijn kan plaatsvinden op grond van individuele kwaliteiten of voorkeuren, maar ook op structureel niveau, waarbij door ontwikkeling binnen een discipline een bepaalde taak "geclaimd" wordt.

Voorbeelden van de laatstgenoemde verschuiving zijn het claimen van de kinderhygiene door de verpleegkundige discipline, de benadering van leefproblemen door het maatschappelijk werk en de antioonceptie door de verloskundige. Op deze manier worden facultatieve taken tot hoofdtaken van vaak een andere discipline, dan waar zij 'historisch' thuishoorden.
Het gaat hier duidelijk omeen dynamische situatie met nog steeds veel ontwikkelingsmogelijkheden. Het goed laten verlopen van deze taakverschuivingen is één van de belangrijkste taken van het eerstelijns samenwerkingsverband.
Er zijn hiervan ook parallellen in de tweede lijn, b.v. in het G.G.Z.-systeem.

De taken van de huisarts in relatie tot die van de andere geneeskundigen

We beperken ons hier tot de geneeskundigen in het tweedelijns systeem.
Over deze vraag bestaat heden ten dage zeer veel onduidelijkheid. Ook binnen het geneeskundig systeem is er beweging die van de huisarts maar ook van de specialist kan uitgaan.
Het vaststellen van grenzen van wat de huisarts nog wel mag of moet doen en wat de specialist reeds mag of moet doen (er zal een flinke overlapping blijven) zouden we kunnen beginnen door de afzonderlijke scheiding op drie vlakken te bepalen:

1. op het vlak van het onderzoek;
2. op het vlak van de beslissingen;
3. op het vlak van de therapie.

Een voorbeeld waarbij zich problemen kunnen voordoen op het vlak van de beslissing: door de huisarts is bij een patient met maagklachten een ulcus ventriculi door middel van een röntgenonderzoek ontdekt. Vanwege het risico van aanwezigheid van een carcinoom op deze plaats in de maag is verder onderzoek aanbevolen en de huisarts vraagt de internist een gastroscopie te doen.
Indien de internist nu een goedaardige ulcus ziet, wie beslist dan wie de patient verder behandelt, de huisarts of de internist ?

Naast de verwijzing als samenwerkingsvorm tussen geneeskundige disciplines is ook de consultatie als vorm van samenwerking, b.v. met cardioloog, internist en psychiater, in ontwikkeling.
Gebruiken we ook hier de indeling in hoofdtaken, facultatieve taken en ongeëigende taken, dan zullen door interdisciplinaire veranderingen in het geneeskundig systeem hier het aantal facultatieve taken toenemen.
Het is zeer moeilijk om aan te geven hoever de samenwrking in Nederland tussen huisarts en tweede echelon is gevorderd, omdat hierover maar weinig gepubliceerd wordt en omdat het aantal medische specialismen groot is.

Daardoor is het ook moeilijk om een juist beeld te krijgen van de taakverschuivingen tussen huisarts en specialist. De huisarts, die staat temidden van veranderingen binnen twee hulpverleningssystemen kan in deze situatie geen prioriteiten stellen.
Voorlopig bestaat de indruk dat de veranderingen "dicht bij huis" voor zijn dagelijks werk van groter belang zijn, maar het is goed denkbaar dat bij een verder ontwikkelingsstadium van de samenwerking, de taakverschuivingen met het tweede echelon voor de huisarts in de toekomst belangrijker zullen zijn.
Samengevat is het professioneel terrein van de huisarts het trefpunt van twee veranderde krachtvelden waarop vanuit het eerstelijnssysteem de primaire vector en vanuit het geneeskundig systeem de secundaire vector werkzaam zijn.
In Hoofdstuk IV is geschreven over het eerstelijns samenwerkingsverband waarbij de algemene kenmerken van de eerstelijn en de relatie van de huisarts met andere hulpverleners aan de orde kwam.

In dit hoofdstuk zijn al even een aantal specifieke kaders aangeduid, waarvan de huisarts bij zijn dagelijks werk gebruik maakt.

1. Het medisch wetenschappelijk kader

Het medisch wetenschappelijk kader wordt in hoofdzaak bepaald door gebruik van het ziektekundig of nosologisch systeem.
Na uitvoerige algemene en speciële anamnese wordt onderzoek verricht naar de functie van één of meerdere orgaansystemen om te komen tot de differentiële diagnose waaruit na een gericht aanvullend onderzoek de diagnose, de ziekte van het orgaansysteem, gesteld wordt.
Deze werkwijze krijgt ook thans nog de belangrijkste plaats in de opleiding tot arts.
De medische specialist in het tweede echelon hanteert primair het kader van het ziektekundig systeem, waarbij het gaat om van een klacht naar de ziekte toe te werken. Dit is een werkwijze die na een goede verwijzing voor de specialist het beste is.

Een verschil is dat de huisarts binnen het geneeskundig systeem werkt met hypothesen en waarschijnlijkheidsdiagnosen die getoetst moeten worden. Diagnostische en behandelingsfase, vaak zo duidelijk te scheiden bij de medische specialismen, vinden daarom in de huisartsgeneeskunde vaak tegelijkertijd plaats.
De manier waarop de huisarts een hulpvraag benadert zoals beschreven is in Hoofdstuk II is echter nog in ander opzicht verschillend. Het gaat bij de huisarts niet om het primair hanteren van het ziektekundig systeem (of welk ander kader dan ook) maar om het nagaan welk kader of kaders bij deze hulpvraag in aanmerking komen.

Deze twee verschillen in de werkwijzen van huisarts en specialist komt men dagelijks tegen, alleen al bij de in de correspondentie gehanteerde terminologie:

huisarts : - vrouw "na de overgang" met bloedingen
- jongen van vijftien jaar met jeugdpuistjes

specialist:- metrorraghie bij patiente in het climacterium
- acne vulgaris bij een puber

Dikwijls ook gebruikt de huisarts de methode van de uitsluitende diagnostiek, waarbij in een zo vroeg mogelijk stadium van bestaande klachten naar symptomen wordt gespeurd, die specifiek zijn voor belangrijke orgaanziekten.
Natuurlijk leidt de behadering van de hulpvragen door de huisarts door middel van de ordening en selectie van de kaders die gebruikt moeten worden vaak tot toepassing van het geneeskundig systeem.
Anderzijds is het onjuist om te veronderstellen dat medische specialisten in het tweede echelon in het geheel geen rekening zouden houden met de levensfase waarin de patient verkeert of het maatschappelijk verband waarin de patient leeft.
Essentieel voor de huisartsgeneeskunde is de selectie en ordening in de kaders die de huisarts ten dienste staan, en niet het à priori toepassen van één bepaald kader.

2. De levensfasen van de patient

Dit kader is voor de huisarts dagelijks van groot belang om een aantal redenen:

a. een bepaalde levensfase geeft specifieke hulpvragen: b.v. kinderziekten, ziekten bij bejaarden;
b. de overgang van de ene levensfase in de andere (crises), geeft vaak min of meer specifieke problemen, die de huisarts zeer goed bekend zijn, b.v. "de overgang", de adolescentieperiode;
c. er zijn aparte zorgsystemen ontstaan voor bepaalde levensfasen, waarmee de huisarts dagelijks te maken heeft, b.v. jeugdgezondheidszorg en geriatrie.

Teneinde het interim-rapport zo veel mogelijk homogeen en zo min mogelijk topzwaar te deen zijn is de gedetailleerde beschrijving van de levensfasen naar het definitieve rapport (of definitieve deelrapport) verschoven.

3. Het maatschappelijk verband waarin de patient leeft

Ook dit kader is één van de dagelijkse werktuigen van de huisarts. Het belang van het maatschappelijk verband, als factor bij de hulpvraag wordt door vrijwel dezelfde argumenten onderstreept, zoals dit ook bij de levensfase het geval is.

a. maatschappelijke verbanden bepalen soms op zeer ingewikkelde wijze bepaalde hulpvragen.
Het gezin is uiteraard het belangrijkste maatschappelijke systeem waar de huisarts mee te maken heeft en een groot gedeelte van hulpvragen en klachten worden door dit systeem beïnvloed.
Ook andere systemen zijn bepalend voor klachten en hulpvragen zoals het bedrijf, school en woon- en leefsituaties;

b. Ook voor sommige maatschappelijke verbanden bestaan aparte zorgsystemen waarmee de huisarts primair te maken heeft, b.v. de schoolartsendienst en de bedrijfsgeneeskundige zorg. In dit verband wordt de huisarts wel gezien als het zorgsysteem speciaal voor het gezin (de gezinsarts).

De huisarts heeft bij de hantering van dit kader vaak een signalerende taak, bijvoorbeeld het veelvuldig voorkomen van gelijke klachten bij mensen die in hetzelfde bedrijf werkzaam zijn, of bij kinderen van dezelfde school.

4. De ordening naar hulpverleningsmogelijkheden
Dit kader is niet los te denken van de drie bovenstaande, zoals ook bij de beschrijving is gebleken. Het verdient echter aparte vermelding omdat het de verkeersleiders-functie van de huisarts weergeeft.
Op zijn plaats in het hulpverleningssysteem heeft hij te maken met:
- het eerstelijns team waarmee hij samenwerkt en waarin elke discipline zijn specifieke hulpverleningsmogelijkheden heeft;
- de specialisten in het tweede echelon waarmee hij samenwerkt;
- de aparte zorgsystemen, hetzij voor een bepaalde levensfase (geriatrie, jeugdgezondheidszorg), of om een maatschappelijk systeem (schoolartsendienst, bedrijfsgeneeskunde), of voor een bepaalde ziekte (astma-bestrijding, rheuma-bestrijding).

De huisarts is het concentratiepunt van vele samenwerkingslijnen. Hanteren van het ordeningsprincipe naar hulpverleningsmogelijkheden geldt voor de huisarts dan ook à fortiori.

In dit hoofdstuk van het interim-rapport is hoofdzakelijk een zo helder mogelijke plaatsbepaling van de huisarts in de twee systemen waar hij deel van uitmaakt weergegeven: de eerstelijns hulpverlening en het geneeskundig systeem. Tevens zijn een aantal specifieke aspecten van zijn professioneel functioneren aan de orde gebracht: de hantering van het levensfase-systeem en de maatschappelijke verbanden van de patient en de hantering van de geneeskundige methodiek en de eigen manier waarop hij de laatstgenoemde gebruikt.

Daarom zijn nog een aantal aspecten van de huisartsgeneeskunde en de eerstelijns gezondheidszorg bewust buiten de opzet van dit interim-rapport gelaten. Ook hier gaat het niet om kleinigheden maar om zaken waarmee aparte rapporten gevuld kunnen worden (en zijn) zoals: de preventieve gezondheidszorg met alle discutabele facetten daarvan, de registratie, de toetsing, opleiding en wetenschappelijk werk.

Het is de opvatting van de samenstellers dat dit interim-rapport en de definitieve rapporten (of definitieve deelrapporten) in een duidelijk en overzichtelijk verband met elkaar dienen te staan.

Werkgroep Takenpakket
- februari 1975 -