

2 JULI 1984



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

O R I Ë N T A T I E

op de

E E R S T E L I J N S

S A M E N W E R K I N G

Een uitgave van :

Joint, landelijke organisatie voor
maatschappelijke dienstverlening
Koningsweg 2
5211 BL Den Bosch
073 - 13.99.20

Nationale Kruisvereniging
J.F. Kennedylaan 99
3980 CA Bunnik
03405 - 6.48.44

Nederlands Huisartsen Instituut
Drieharingstraat 26
3511 BJ Utrecht
030 - 31.99.46

Den Bosch/Bunnik/Utrecht/1984

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

1874

Inhoud.

Inleiding	1
De eerste lijn	
Samenwerking in de eerste lijn	
Aantallen hulpverleners in de eerste lijn	
Karakteristiek voor eerstelijnszorg huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging.	2
Uit: Opvattingen van het kruiswerk naar aanleiding van de discussie over de nota 'Contouren Eerstelijnsgezondheidszorg', Nationale Kruisvereniging; Bunnik, 1983	
Samenwerking	3
- Alting von Geusau, W. Helpen in teamverband: je moet het samen leren. Maatschappelijke Gezondheidszorg 11 (1983) 6 p.4-9	
Huisartsgeneeskunde	4
- LHV-functie-omschrijving van de huisarts. Medisch Contact 36 (1981) 48 p.1474-1476	
- Weel, C. van Huisarts als samenwerker in een gezondheidscentrum. In: Nieuw kompas voor de huisarts. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1983, p.1/9-1 - 1/9-13	
Wijkverpleging	5
- De Wijkverpleging. In: Oriëntatie op de maatschappelijke gezondheidszorg. Bunnik, NK, losbladig.	
- Wardenaar, H., D. Gooskens Van binnen uit bekeken; hoe buit je de mogelijkheden van een gezondheidscentrum uit en hoe kun je elkaar als wijkverpleegkundigen steunen om daarin beter te kunnen functioneren. Maatschappelijke Gezondheidszorg 11 (1983) 11 p.13-17	
Algemeen maatschappelijk werk	6
- Joint. Takenlijst van het algemeen maatschappelijk werk. Den Bosch, Joint, 1983, 15p.	
- Biewenga, T. Het AMW en de eerstelijns gezondheidszorg. De Eerste Lijn 8 (1983) 3 p.7-11	
Gezinsverzorging	7
- Graat, T. Veel raakvlakken tussen kruiswerk en gezinsverzorging; beide werksoorten ontmoeten elkaar veelvuldig, toch komt men moeilijk tot duidelijke werkafspraken. Maatschappelijke Gezondheidszorg 8 (1980) 10 p.16-17	
- Thiel, E. van Is gezinsverzorging de Assepoes(t)er van de eerste lijn? Tijdschrift voor Gezinsverzorging 13 (1983) 9 p.5-8	

- Adema, J.
Hometeam; ...kun je dat eten..?
Tijdschrift voor Gezinsverzorging 13 (1983) 10 p.8-10

Fysiotherapie

8

- Wel, Tineke van der
Twee kunnen meer dan één; probleemgerichte samenwerking
tussen fysiotherapeut en maatschappelijk werker.
De Eerste Lijn 7 (1982) 6 p.4-8
- Melker, R.A. de
De samenwerking tussen huisarts, patiënt, fysiotherapeut
binnen de eerstelijns gezondheidszorg.
Fysiovisie (1984) 1 p.7-11

Patiëntenparticipatie

9

- Bertels, Marieke
Kwaliteit in discussie.
Tijdschrift voor gezondheid en politiek 2 (1984) 1 p.24-28
- Bertels, Marieke
Participatie van gebruikers mag geen doel op zichzelf
worden.
Welzijnsmaandblad 38 (1984) 2 p.27-31

Samenwerking eerste - tweede lijn

10

- Greve, W.B. de
Typologie van samenwerkingsactiviteiten.
Leiding & organisatie in de gezondheidszorg (1983) 1
p.45-51
- Dopheide, J.P.
Samenwerking huisarts - specialist: kritische opstelling
kan geen kwaad.
De Eerste Lijn 8 (1983) 9 p.4-6

INLEIDING
DE EERSTE LIJN
SAMENWERKING IN DE EERSTE LIJN
AANTALLEN HULPVERLENERS IN DE
EERSTE LIJN

Inleiding.

Deze bundel artikelen is vooral bedoeld voor diegenen, die zich willen oriënteren op de eerste lijn. Daarbij kan vooral gedacht worden aan mensen in opleiding, die in de eerste lijn willen werken.

Bij de samenstelling is er naar gestreefd om artikelen op te nemen, die de praktische aspecten van samenwerking in de eerste lijn belichten.

Allereerst wordt kort aandacht besteed aan de eerste lijn en aan samenwerking in de eerste lijn. Daarbij wordt ook een overzicht van de aantallen hulpverleners gegeven. Deze gegevens zijn ontleend aan de Nota Eerstelijnszorg.

Vervolgens treft men de karakteristiek van eerstelijnszorg aan, die in 1983 door de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nationale Kruisvereniging, de Joint en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging is opgesteld. De algemene oriëntatie wordt afgesloten door een artikel over het gezondheidscentrum. Voor de in aantal het meest voorkomende beroepsgroepen in de eerste lijn wordt per beroepsgroep inzicht gegeven in het takenpakket (als dat er is) en het functioneren van de beroepsgroep bij samenwerking.

De patiënt is niet vergeten door aandacht te besteden aan enerzijds patiëntenbespreking in een samenwerkingsverband en anderzijds de aspecten van patiëntenparticipatie.

Tenslotte zijn twee artikelen gewijd aan de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.

Voor meer literatuurinformatie kan altijd een beroep worden gedaan op de bibliotheek- en documentatiediensten van de Joint, de NK en het NHI.

De eerste lijn.

De eerste lijn staat de laatste jaren regelmatig in het middelpunt van de belangstelling.

In februari 1980 verscheen de 'Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg'. Daarin wordt een overzicht gegeven van de knelpunten en er wordt in aangegeven op welke manieren de eerstelijnsgezondheidszorg moet worden versterkt.

Eind 1983 verschijnt de Nota Eerstelijnszorg. Hierin wordt een uitwerking gegeven van de samenhang tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de eerstelijns maatschappelijke dienstverlening, zowel op het terrein van de uitvoering als op dat van de ondersteuning. Tevens wordt ingegaan op de samenhang tussen de voorzieningen in de eerste lijn, de samenwerking en het beperken van het beroep op voorzieningen in de tweedelijnsgezondheidszorg. Werd in 1980 nog gesproken over eerstelijnsgezondheidszorg, in 1983 wordt gepleit voor een totaalbeleid voor de hele zorg in de eerste lijn.

Er is geen sluitende omschrijving van de eerste lijn. Kenmerkend is in ieder geval de patiënt/kliënt in de eerste lijn professionele hulp kan krijgen, terwijl hij in hoge mate zijn zelfstandigheid behoudt en in zijn directe eigen leefmilieu kan blijven. Er wordt in dit verband ook wel gesproken over thuiszorg.

Het bewerkstelligen van samenhang en samenwerking met betrekking tot de eerste lijn zal vooral een taak zijn van de gemeenten, in het kader van de uitvoering van de toekomstige Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening.

Samenwerking in de eerste lijn.

Steeds meer raken hulpverleners, bestuurders en overheden ervan overtuigd dat samenwerking nodig is om tot een verbeterde eerstelijnszorg te komen. Samenwerken is niet iets nieuws. Er zijn altijd al contacten tussen hulpverleners in de eerste lijn geweest, al was het alleen maar dat men af en toe naar elkaar moest verwijzen.

Maar de laatste tien jaar komen wat meer gestructureerde vormen van samenwerking op.

Samenwerking moet daarbij nooit als doel op zichzelf gezien worden. Samenwerking is altijd een middel om tot een betere hulpverlening te komen.

Afhankelijk van de doelen zijn er verschillende typen samenwerking vast te stellen.

Bij de minst intensieve samenwerkingsvormen gaat het vooral om een betere verwijzing tussen de hulpverleners.

Bij de meer intensieve samenwerkingsvormen zijn er verder liggende doelen. Het gaat dan om een hulpverlening waarin:

- wordt uitgegaan van een integrale benadering van de mens;
- wordt geprobeerd op een geïntegreerde manier te werken;
- medikalisering en mythologisering wordt tegengegaan;
- participatie van de gebruikers wordt aangespoord;
- gestreefd wordt naar een aanspreekbare en toegankelijke hulpverlening.

Globaal zijn er vier typen samenwerkingsvormen te onderscheiden.

1. In het sociaal café ontmoeten de hulpverleners uit een bepaald gebied elkaar periodiek, om elkaar beter te leren kennen en zo gericht naar elkaar te kunnen verwijzen.
2. Wijkwelzijnsoverleggen hebben het doel om een goed en blijvend contact tussen de hulp- en dienstverleners in een wijk te realiseren, zodat ze goed op de hoogte zijn van elkaars werk en de ontwikkelingen daarin. Vaak hebben wijkwelzijnsoverleggen ook nog het doel om het platform voor hulpverlening in de wijk te zijn, waar signalen uit de wijk kunnen worden opgevangen en verwerkt in vormen van wijkgerichte hulpverlening. Zo'n wijkwelzijnsoverleg is niet beperkt tot de vier kerndisciplines. Zoveel mogelijk disciplines uit een wijk participeren aan dit overleg. Men komt meestal maandelijks bijeen.
3. Hometeams zijn samenwerkingsverbanden:
 - waarin tenminste de drie kerndisciplines participeren;
 - die op zijn minst één maandelijks bijeenkomst hebben;
 - waarin de samenwerking primair gericht is op de hulpverlening aan de patiënt;
 - die geen gezamenlijke (eigen) accommodatie hebben.

Binnen het type 'hometeam' bestaan nog verschillende vormen van samenwerking. Sommige hometeams zijn meer gericht op informatie-uitwisseling en gerichte verwijzing. Andere hometeams hebben expliciet de doelstelling om tot gezamenlijke behandelingsplannen te komen.

4. Bij een gezondheidscentrum beschikken de hulpverleners over een gezamenlijke eigen accommodatie van waaruit de hulpverlening plaatsvindt. Wij spreken van een gezondheidscentrum als tenminste drie kerndisciplines (huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en algemeen maatschappelijk werk) meedoen.

Meestal participeren meer disciplines aan het gezondheidscentrum, zoals: fysiotherapeuten, verloskundigen, tandartsen, centrum-assistentes, gezinsverzorgsters en apothekers.

De hulpverleners komen één keer in de week bij elkaar om de hulpverlening op elkaar af te stemmen.

Binnen het type 'gezondheidscentrum' zijn verschillende varianten.

Sommige centra zijn meer gericht op informatie-uitwisseling en gerichte verwijzing. Andere centra zijn expliciet gericht op een geïntegreerde hulpverlening via gezamenlijke behandelingsplannen, met daarbij de bedoeling om toe te werken naar de in het begin van deze inleiding opgenomen doelstellingen van een verbeterde hulpverlening.

Deze vier samenwerkingsvormen krijgen meer en meer de ruimte; toch zijn er nog veel knelpunten die samenwerking bemoeilijken.

Enkele grote problemen zijn:

- ongelijke werkgebieden van de verschillende disciplines;
- niet afgestemde doelpopulaties;
- zeer uiteenlopende financieringsregelingen;
- te geringe aandacht in de opleiding voor samenwerking;
- een angstig vasthouden aan de eigen identiteit van het beroep;
- de ongelijke rechtspositie van de partners in de samenwerking: huisartsen en fysiotherapeuten zijn over het algemeen vrije beroepsbeoefenaren, terwijl de andere disciplines meestal een loondienstverband hebben.

Al deze belemmeringen zorgen er voor dat de samenwerking wel groeit, maar nog niet echt tot volle bloei is gekomen.

AANTALLEN HULPVERLENERS IN DE EL(G)Z, ONDERVERDEELD IN EEN AANTAL BEROEPEN

	<u>1982</u>	<u>1983</u>	
Huisartsen		5.634	
Uitvoerend maatschappelijk werkenden		1.760 (formatieplaatsen)	
Gezinsverzorgenden		8.020	} Gezinsverzorg 99.316
Bejaardenverzorgenden		689	
Bejaardenhelpenden		5.027	
Gezinshelpenden		66.080	
Alpha-hulpen		19.500	
Hoofdwijkverpleegkundigen	316		
Wijkverpleegkundigen	3.554		
Verpleegkundigen in de wijk	1.429		
Ziekenverzorgenden	918		
Kraamverzorgenden	3.887		
Leerling kraamverzorgenden	1.028		
(Adj.) leidsters-docentes	497		
Verloskundigen	744		
Fysiotherapeuten		6.700	
Apothekers - officiële apothekers		1.103	
- tweede apothekers		349	
Tandartsen		5.974	

AANTAL GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA VAN 1 JANUARI 1970 TOT 1 JANUARI

	<u>'70</u>	<u>'71</u>	<u>'72</u>	<u>'73</u>	<u>'74</u>	<u>'75</u>	<u>'76</u>	<u>'77</u>	<u>'78</u>	<u>'79</u>	<u>'80</u>	<u>'81</u>	<u>'82</u>	<u>1-1-'83</u>	<u>1-1</u>
Groeps- praktijken	8	12	16	23	31	40	45	50	54	67	74	76	82	91	
Gezondheids- centra	3	6	8	14	21	34	42	56	73	81	88	97	107	120	

AANTALLEN HULPVERLENERS IN GEZONDHEIDSCENTRA PER 1 JANUARI

	<u>1970</u>	<u>1974</u>	<u>1978</u>	<u>1980</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>
Huisartsen	10	76	242	284	350	388
Wijkverpleegkundigen	9	61	198	249	308	352
Maatschappelijk werkenden	4	38	114	140	181	197
Fysiotherapeuten	8	25	121	189	243	281
Verloskundigen	2	7	25	39	49	61
Gezinsverzorgenden	3	6	23	31	49	52 *
Wijkziekenverzorgenden	1	6	15	18	29	37
Tandartsen	3	5	19	43	52	68
Apothekers	2	4	13	17	27	34
Diëtisten	2	2	9	8	8	8
Overige hulpverleners	1	5	19	26	62	68

* In zijn reactie op de Nota Eerstelijnszorg geeft de Centrale Raad voor Gezinsverzorging de volgende cijfer over deelname van gezinsverzorging in gezondheidscentra (1982):

gezinsverzorgenden	219
bejaardenverzorgenden	<u>211</u>
	430
incl. leidinggevenden	479

KARAKTERISTIEK VOOR EERSTE-
LIJNSZORG HUISARTSGENEES-
KUNDE, WIJKVERPLEGING,
ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK
WERK EN GEZINSVERZORGING

2

Karakteristiek voor eerstelijnszorg huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging

Een eerstelijnszorgmodel, waarin de vier kerndisciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging zich kunnen herkennen, dient als uitgangspunt te nemen: de hulpvragende en wat deze van hen - afzonderlijk en in gezamenlijkheid - kan en mag verwachten.

De vier kerndisciplines richten zich op de gezondheid van de hulpvragende, wanneer men gezondheid verstaat in de zin van de W.H.O.-definitie van gezondheid (een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden). Alle zorg gericht op gezondheid kan aldus gezondheidszorg worden genoemd, nader te omschrijven als: het samenstel van voorzieningen gericht op behoud en herstel van de gezondheid dan wel het opvullen van de leemten ten gevolge van een gebrekkige gezondheid.

De zorg, door de vier kerndisciplines ten aanzien van de gezondheid te leveren, kan nader worden gepreciseerd als: de algemene (generalistische) thuiszorg.

De algemene thuiszorg

De doelgroep

De doelgroep van de algemene thuiszorg zijn: alle in Nederland wonenden en verblijvenden, ongeacht geslacht, ras, leeftijd, status, nationaliteit of culturele achtergrond e.d.

Doelstelling

Het *helpen* van mensen bij het maken van *keuzen* en bij de *realisering* daarvan, ter bevordering of instandhouding van hun welbevinden en optimaal functioneren, lichamelijk, geestelijk en sociaal. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat in het algemeen de mens zich het best voelt in zijn eigen omgeving waar hij zijn contacten heeft en waar hij voor een deel zijn zekerheid aan ontleent. De algemene thuiszorg zal ertoe bijdragen dat mensen zo lang mogelijk in die sociale omgeving kunnen blijven.

Kenmerken van de algemene thuiszorg

- PERSOONLIJK** : vanwege de persoonlijke betrokkenheid van hulpvragende en hulpverlener op elkaar en vanwege de afstemming van de zorg op de eigen aard en verantwoordelijkheid van de hulpvragende.
- INTEGRAAL** : rekening houdend met lichamelijke, sociale, geestelijke en levensbeschouwelijke aspecten en de mens niet reducerend tot bepaalde facetten van het mens-zijn.
- OMGEVINGSGERICHT** : - erop gericht de omgevingsfactoren in de thuis-situatie, - in het bijzonder de interacties binnen het gezin danwel andere samenlevingsverbanden -, bij het diagnosticeren van de aan de hulpvraag ten grondslag liggende problemen en klachten te betrekken.
- expliciet rekening houdend met de onmogelijkheden/ expliciet gebruik makend van de mogelijkheden om de (sociale) omgeving bij de hulpverlening te betrekken.

- CONTINU : - in de zin van 24-uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid
- in de zin van vroegere gebeurtenissen en de verdere levensloop bij de hulpvraag betrekken
- zorgdragend voor de continuïteit in de hulpverlening.
- ZONDER DREMPEL : direkt en vrij toegankelijk, dat wil zeggen in principe zonder daarvoor benodigde verwijzing en zonder wachttijd.
- AMBULANT : d.w.z. in principe niet gebonden aan een bepaalde lokale hulpvrager en hulpverlener zijn mobiel t.o.v. elkaar. Tevens ambulant in de betekenis van extra-muraal.
- GENERALISTISCH : voor een breed scala van vragen aanspreekbaar; niet gespecialiseerd.
- COMPLEMENTAIR : t.o.v. zelfzorg en spontane mantelzorg; zich presenteren langs de niet statische grens van de eigen verantwoordelijkheid van de mens voor zichzelf en de ander.

Deze kenmerken van de algemene thuiszorg zijn gemeenschappelijk voor de vier kerndisciplines. Bij de onderscheiden disciplines hebben de genoemde kenmerken echter niet allemaal hetzelfde accent en dezelfde zwaarte.

Plaats van de algemene thuiszorg t.o.v. andere zorgsystemen

Allereerst kan onderscheiden worden de zorg van het individu voor zijn eigen gezondheid: zelfzorg (de eigen verantwoordelijkheid). In samenhang hiermee is het volgende niveau van de zorg voor de gezondheid: de hulp van de naasten (spontane mantelzorg). Als het probleem met betrekking tot of ten gevolge van de gezondheid de mogelijkheden van de zelfzorg en de spontane mantelzorg overschrijdt, kan de hulp worden ingeroepen van de geïnstitutionaliseerde of professionele mantelzorg. Deze in het verleden gehanteerde begrippen dekken goeddeels het begrip algemene thuiszorg, zoals door de vier kerndisciplines verleend.

Als de mogelijkheden van de algemene thuiszorg worden overschreden, danwel het probleem van de hulpvragende adequater benaderd kan worden via een andere weg, zal de hulp worden ingeroepen van c.q. zal worden verwezen naar meer gespecialiseerde hulpverlening. Ten dele valt dit onder wat gewoonlijk tot de eerste lijn wordt gerekend en ten dele onder de tweede lijn. Wat betreft de eerste categorie moet hierbij bijvoorbeeld worden gedacht aan de kraamzorg, de verloskunde, de fysiotherapie en de FIOM-bureau's. Wat betreft de tweede lijn wordt gedacht aan bijvoorbeeld de medische specialisten en de hulpverleners in het kader van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Tenslotte bestaan er vanuit de algemene thuiszorg relaties met de op het collectief gerichte basisgezondheidszorg en de overige sociaal geneeskundige functies alsmede met de zogenaamde derdelijnsvoorzieningen bijvoorbeeld verpleegtehuizen.

De specifieke bijdragen in de algemene thuiszorg

De vier kerndisciplines hebben hun eigen deskundigheden en leveren op basis daarvan hun specifieke bijdragen aan de thuiszorg.

De huisartsgeneeskunde

De huisarts neemt als algemeen medisch deskundige in het medische systeem een centrale functie in en vervult daarbinnen belangrijke coördinerende rollen.

Drie van de hierboven genoemde kenmerken van de algemene thuiszorg nl. persoonlijk, integraal en continu zijn in hun voor de huisarts specifieke betekenis nader omschreven in de LHV-functie-omschrijving.

De huisarts behandelt patiënten zelf wanneer hun aandoeningen na diagnose door hem in het eigen leefmilieu adequaat kunnen worden behandeld.

Hij verleent hulp bij acute aandoeningen of bewerkstelligt dat deze worden verleend. De huisarts is betrokken bij en vervult een functie in:

- verloskundige zorg, peri-natale zorg: zorg voor zuigelingen, kleuters en jeugdigen; volwassenen waaronder bejaarden;
- de zorg voor patiënten met chronische, recidiverende en terminale ziekten.

Hij bevordert de preventie van ziekten en aandoeningen.

Voor een verscheidenheid van aandoeningen of problemen roept de huisarts de hulp in van andere hulpverleners uit het eerste of andere echelons.

Afhankelijk van de lokale omstandigheden is de huisarts verantwoordelijk voor de geneesmiddelenvoorziening.

De wijkverpleging (wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende)

Het specifieke van de verpleging is het ondersteunen van mensen die gevolgen (dreigen) te ondervinden van lichamelijke en/of geestelijke tekorten die deze niet zonder hulp van anderen kan oplossen.

De wijkverpleging:

- a. bevordert preventie door het aanreiken van informatie en adviezen aan mensen ten behoeve van het behoud van de gezondheid en ten behoeve van een gezonde ontwikkeling o.a. jeugdgezondheidszorg, prenatale voorlichting en bejaardenzorg;
- b. heeft een functie bij het opsporen en signaleren van risico's die bepaalde (groepen van) cliënten lopen, adviseert hen en verwijst eventueel naar andere hulpverleners;
- c. heeft een signalerende taak ten aanzien van de reactie van de patiënt op het behandelingsplan van andere hulpverleners;
- d. heeft een adviserende, ondersteunende, stimulerende taak ten aanzien van zelfzorgactiviteiten van een patiënt en neemt deze (tijdelijk) over wanneer de patiënt of zijn omgeving daartoe niet in staat is. Al naargelang de behoefte aan zorg kan deze taak worden onderscheiden in:
 - lichamelijke/hygiënische verzorging
 - verpleeg-technische handelingen
 - medicijn-toediening
 - reactivering
 - helpen bij realisering van therapie en leefregels
 - begeleiden in probleemsituaties.

Het algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk biedt hulp aan mensen, die problemen hebben:

- ten gevolge van verstoorde of onvoldoende aanwezige relaties tussen hen en hun sociale omgeving
- bij het verwerken van gebeurtenissen en omstandigheden, die diep ingrijpen in het leven van mensen
- omdat ze zich onvoldoende zelfstandig kunnen handhaven en ontplooiën
- omdat ze onvoldoende kennis hebben van regelingen, voorzieningen en mogelijkheden in de samenleving
- omdat hen elementaire bestaansvoorwaarden ontbreken.

Het algemeen maatschappelijk werk is expliciet erop gericht om bij de probleemdefiniëring de omgevingsfactoren te betrekken die in relatie tot de problematiek staan, om deze vervolgens ook bij de probleemoplossing te gebruiken.

Afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt en zijn eigen vermogen tot probleemoplossing zal de hulp bestaan uit het geven van informatie/advies, in bemiddeling dan wel ondersteunende begeleiding.

De gezinsverzorging

Beroepseigen kenmerken voor de gezinsverzorging zijn:

- a. de gezinsverzorging neemt de taken van het huishouden over, voor zover deze niet door betrokkene(n) zelf of door de directe omgeving kunnen worden verricht;
- b. de hulp vanuit de gezinsverzorging legt zich primair toe op de huishoudelijke/verzorgende taken binnen het huishouden. De begeleidende, opvoedende en ondersteunende aspecten kunnen een onderdeel daarvan uitmaken;
- c. de hulp is erop gericht om samen met de betrokkene(n) te zoeken naar eigen oplossingen, voor zover deze te bevorderen en/of te bereiken zijn (de zelfredzaamheidsgedachte);
- c. in een huishouden kunnen materiële en/of immateriële problemen worden gesignaleerd. Zo nodig kan de gezinsverzorgende/bejaardenverzorgende na overleg met de betrokkene(n) derden inschakelen danwel naar derden verwijzen.

De verantwoordelijkheden binnen de algemene thuiszorg

Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor de realisering van zijn discipline-gebonden bijdrage aan de algemene thuiszorg.

De vier disciplines hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de realisering van de doelstelling en kenmerken van de algemene thuiszorg.

Indien meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de zorg aan een hulpvragende, hebben deze hulpverleners ieder een verantwoordelijkheid ten aanzien van afstemming van de verleende hulp. De hulpvragende kan aan één van hen een coördinerende rol toekennen.

De vier disciplines hebben een signaleringsfunctie naar elkaar toe en naar de samenleving. Het recht op privacy van de hulpvragende wordt daarbij gerespecteerd.

HELPEN IN TEAMVERBAND

Je moet het samen leren

Drs. W. Alting von Geusau

Er wordt in de Nederlandse Gezondheidszorg erg veel tijd besteed aan teamvergaderingen, aan overleg dus tussen hulpverleners over hun werk, meestal over patiënten. Het is een tamelijk nieuw element in de gezondheidszorg, zo van de laatste 15 jaren.

Ze doen het nu in alle psychiatrische ziekenhuizen, in de meeste verpleegtehuizen, in heel veel algemene ziekenhuizen, in de RIAGG's van de geestelijke gezondheidszorg en ook op heel wat plaatsen in de eerstelijns gezondheidszorg. Het klinkt een beetje aftands als je als hulpverlener niet kunt zeggen dat je in een of ander teamverband werkt. En als je een beetje serieuze cliënt/patiënt bent, dan ga je wel ergens in een team over de tong, meestal met naam en toenaam. Deze teams zijn heel verschillend van samenstelling, maar grofweg kun je ze wel verdelen in teams van beroepsgenoten en teams waarvan verschillende beroepsvertegenwoordigers met elkaar overleggen.

Daarmee is het feit van samenwerken in teamverband wel gegeven. Maar de hoedanigheid, de kwaliteit van dat samenwerken in teamverband laat, voor zover ik dat heb meegemaakt en kan overzien, erg veel te wensen over. Er bestaat weinig of geen opleidingsmateriaal voor. Natuurlijk is er over werken in groepsverband genoeg materiaal te vinden en tegenwoordig hebben alle deelnemers aan een team wel ooit iets gehoord en ervaren van groepsdynamische processen, werking van relaties binnen een systeem, rolbepalingen binnen een groep, verschillende soorten van leiderschap en vooral de noodzaak van gelijkwaardigheid tussen de groepsleden.

De huisarts-in-de-vijftig die een beetje wil laat zich dan graag Piet noemen door de net van de sociale academie afgestudeerde Anja! Er is ook best wel een en ander bekend van het onderscheid tussen trainingsgroep, therapiegroep, leergroep, studiegroep, taakgerichte groep en beleidsgroep, maar de toepassing daarvan op een teamoverleg is nauwelijks beschreven en voor zover is na te gaan nog niet in opleidingstermen vertaald.

Toch zitten al die hulpverleners daar heel wat tijd door

te brengen. Geen wonder dat dan in die teams erg veel elementen door elkaar heen lopen en voor grote verwarring zorgen. Geen wonder dat volgens velen er weinig effectief wordt overlegd en veel teams na verloop van tijd ophouden of uitdunnen. En dat is dan weer een goede gelegenheid voor de éénpitters om al dat gepraat weg te kritiseren en te roepen dat de patiënten voorgaan. Wat het teamoverleg in de eerste lijn betreft is het daarom goed om van de daarop gerichte scholing een coördinatie-punt te maken.

WERKWINKEL SAMEN WERKEN IN DE EERSTE LIJN

De achtergrond van waaruit dit artikel is geschreven is:

- begeleiden van het team van het gezondheidscentrum Het Withuis te Venlo gedurende 8 jaar;
- incidentele betrokkenheid bij meerdere eerstelijns teams;
- en vooral de door het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, de Sociale Academies Den Bosch en den Dommel te Eindhoven en de Katholieke Hogere School voor Verpleegkunde sinds 1975 georganiseerde **Werkwinkel Samen Werken in de eerste lijn**, waarvan eind februari de 23e heeft plaatsgevonden.

De deelnemers aan die werkwinkel zijn huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen in beroepsopleiding mét praktijkervaring, aangevuld met veldwerkers van die drie beroepen. In beroepsmatig gemengde groepen, onder leiding van stafleden van de betreffende instituten, wordt gedurende twee dagen samenwerking praktisch geoefend: een druppel op een gloeiende plaat, maar hopelijk een bescheiden bijdrage al was het maar aan de mentaliteit van die jonge garde!

Al doende is voor deze werkwinkel een draaiboek ontstaan. Vanuit dat draaiboek zal in dit artikel getracht worden duidelijk te maken op welke gebieden opleiding tot het samen werken van deze drie beroepen hard nodig en goed mogelijk is. Het feit dat in dit geval de fysiotherapeuten en gezinsverzorging erbij betrokken moeten worden verandert niets aan die opleidingsnoodzaak en daarbij behorende opleidingsmogelijkheden.

Op welke gebieden is gezamenlijke opleiding voor hen die samenwerken in de eerste lijn nodig en mogelijk?

Uit de ervaring van met name de werkwinkel zijn op drie gebieden leemten aan te duiden die vragen om

leerdoelen:

- Gericht en systematisch met elkaar praten;
- Omgaan met elkaar als teamleden van verschillende beroepen;
- Werken aan de 'psychosociale' nood.

GERICHT EN SYSTEMATISCH MET ELKAAR PRATEN

Er blijkt grote moeite te bestaan om gericht en systematisch met elkaar te praten. Binnen de kortste keren zijn er een paar aan het woord en zwijgt de rest. Onderwerpen worden al gauw slechts op detailpunten teruggebracht en blijven dan liggen of leiden tot wellesniet gesprekken. Patiënten worden dikwijls onzakenlijk besproken en zijn dan ook voorwerp van de machteloosheidsgevoelens van de teamleden, worden dan weinig kies betiteld en aldus bij hun afwezigheid onrecht aangedaan. Er blijkt dus veel aan te mankeren. Wat? Twee punten zijn opgevallen.

- *Onuitgesproken vooroordelen* ten aanzien van elkaars beroep en het onvermogen daarmee om te gaan waardoor bijna bij voorbaat gericht en systematisch werken onmogelijk wordt gemaakt.
- men moet **leren** elkaars beroep goed te kennen, de grenzen ervan en de overlappingsen en de plaats die dit beroep inneemt in de maatschappelijke waardering.
- Men moet iets **leren** van de **achtergronden** van elkaars beroepen al was het maar ter kennisname, zodat de verschillende 'filosofieën' die daarachter steken bewust worden: de meer positief-wetenschappelijke visie, de meer maatschappijkritische plus relationeel-bepalende visie en de meer verzorgende-preventieve-gezinsgerichte visie.
- Men moet dus **leren** omgaan met het **verschil** dat aan de grondslag ligt van ieder gemengd team, zonder onder het motto van 'oude jongens en meisjes krentenbrood' er één onverteerbare pap van te maken: een team moet leren werken op grond van de zelfbewuste eigenheid van de **verschillende** beroepen.

■ *Gebrek aan een werkzame structuur* die het mogelijk maakt om gevallen, onderwerpen en beleidszaken gericht en systematisch te bespreken. De doelstelling en dus richting van onderscheiden besprekingen is afwezig of vaag en de systematiek ontbreekt om zinnig het geval, onderwerp of beleidspunt effectief te behandelen. Daarom is een gespreksleider, meestal het enige structurelement, tamelijk machteloos, tenzij deze persoonlijke macht heeft – die neemt dan dikwijls de huisarts – hetgeen dan weer het vooroordeel bevestigt dat ... (zie 'onuitgesproken vooroordelen').

Is er daarbij een agenda en een notulist, dan nog ontbreekt het instrument bij het afhandelen van de punten. Is er een gevallenbespreking, dan is er zelden een specifieke vraag van de inbrenger en geen afspraak waar de behandeling toe dient: om de indiener te helpen?; om tot verwijzing te komen?; om samen van te leren? of om er als indiener zelf van te leren of om de anderen te informeren over hoe en wat indiener doet?; of over patiënt of cliënt voor het geval die in een ander hulpverlenersvaarwater terecht komt?

Zoveel kan er dus door elkaar lopen!

■ Men moet dus **leren** af te spreken wat men wil met onderwerp, gevalsbespreking of beleidspunt en het instrument te hanteren dat daarbij behoort: een gerichte behandelings-systematiek. Pas dan kan effectief, dus doelgericht, dus binnen een bepaalde tijdslimiet in het team gewerkt worden.

Hierover is trouwens in 1981 een uitgebreid werk-

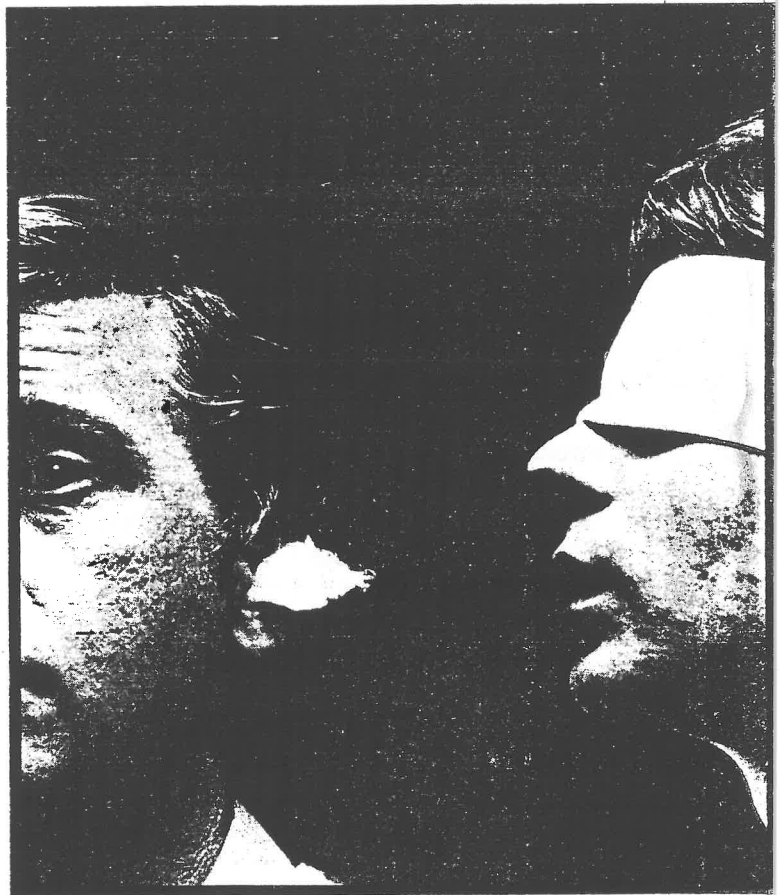
schrift verschenen van G. Bruining getiteld 'Methoden van interdisciplinaire patiëntenbespreking'. Volgens mij worden die methoden weinig of slecht gebruikt. Er zijn opleidingsprogramma's nodig om deze bij de teams in te voeren. Naast de door Bruining genoemde methoden zijn er nog de Balint-methode en de incident-methode. Er is dus materiaal aanwezig.

OMGAAN MET ELKAAR ALS TEAMLEDEN VAN VERSCHILLENDE BEROEPEN

Er blijkt grote moeite te bestaan om met elkaar als samenwerkende hulpverleners om te gaan. Dit blijkt op drie punten: **ruimte, leiding en duidelijkheid**.

■ Verdeling van de gezamenlijke **gespreksruimte**. Je kunt dat heel letterlijk nemen door te kijken hoe men in het team gaat zitten: zeker in een beginperiode meestal per beroepsgroep steun zoekend bij elkaar. Maar bedoeld wordt hier meer de geestelijke ruimte: het nemen van het woord en het luisteren.

In het standaardbeeld wordt verwacht dat de huisarts en maatschappelijk werker elkaar de ruimte bevechten



met de wijkverpleging als stille getuige. Ik denk dat de fysiotherapeut gaat meevechten en het staflid gezinsverzorging met de wijkverpleging meedoet. Dit standaardbeeld heeft alles te maken met het reeds besproken vooroordeel en verdwijnt niet als men dit niet bewust heeft gemaakt. Want ook dan blijft menig wijkverpleegkundige bang iets doms te zeggen en luistert menig maatschappelijk werker met enig wantrouwen naar de autoritaire dokter, terwijl deze weer met afgunst en ergernis de maatschappelijk werker aanhoort, die zoveel tijd in zijn cliënten doet en voor den brode geen productie hoeft te maken.

*Men moet dus bewust **leren** echt naar elkaar te luisteren, elkaars verhaal te parafaseren en concretiseren en eigen denk- en spinspoken tot zwijgen te brengen; kortom elkaar dus **serieus** te nemen.*

Toewijzen en aanvaarden van leiderschap in het team. Bij de werkwinkel blijkt de functie van de begeleider van de beroepsmatig gevarieerde samengestelde groep erg belangrijk te zijn en met name goed te werken als deze zelf niet van een van de betreffende beroepen is. Vooral sinds de begeleiders weer de durf hebben een duidelijke ordenende en structurerende rol te vervullen hebben de groepen de ervaring dat zij in korte tijd veel goed werk hebben verzet.

Wat dat betreft heeft die werkwinkel een bekende geschiedenis doorgemaakt. Het vertrekpunt was: laat de begeleiders vrij en laat de groepen vrij om zelf hun

Leren: naar elkaar te luisteren en elkaar serieus te nemen



programma's en hun structuur te bepalen. Dat leidde nogal eens tot de bekende toestanden die van bepaald groepsdynamisch oogpunt uit gezien wel mooi gevonden konden worden, maar een proces op gang bracht in zo'n groep waar binnen het bestek van twee dagen weinig goeds mee te bereiken was. En al zou men twee weken gehad hebben, dan is het nog de vraag of met het oog op samenwerken in welke lijn dan ook dergelijke processen zin hebben. Het gaat dan om het soort leiderschap van groepen – en dus om het soort van groepsprocessen waarmee heden nog heel wat agologen in met name hogere beroepsopleidingen werken zonder voldoende duidelijke doelstelling, en wat nog erger is, zonder inzicht in de vergaande gevolgen voor menig individueel groepslid.

In eerstelijns-teams komt dit begeleidersprobleem terug in het toewijzen en aanvaarden van een begeleider uit de eigen groepen en in het zoeken van een begeleider van buiten. Het schijnt dat de rol van begeleider van het team per definitie iets ongelijkwaardigs inhoudt. Dat is de reden waarom menig team als eerste oplossing

Leren: gewone menselijke taal te gebruiken en elkaar daarop te corrigeren



een wisselend begeleidingschap instelt. Iedereen leidt om beurten de teamvergadering. Zo deelt men ook de verantwoordelijkheid voor het goede verloop van de teamvergadering.

Nadeel: de één kan het dikwijls veel beter dan de ander; mensen die het nooit willen of er zich niet toe in staat voelen worden gedwongen zich daar toch in te storten. Voor sommige mensen kost dat erg veel angst en spanning.

Een tweede oplossing is een vaste teambegeleider, iemand die daartoe aanleg en of ervaring mee heeft. Nadeel: dat is dan altijd een vertegenwoordiger van één van de deelnemende beroepen en deze kan dus altijd als

bevooroordeeld bestempeld worden.

Een derde oplossing is een begeleider 'van buiten', van wie wordt verondersteld dat hij/zij het op grond van zijn/haar deskundigheid goed kan. Bovendien wordt van een dergelijk iemand een ordenende en structurende inbreng gemakkelijker aanvaard.

Nadeel: wie zal dat betalen? En hoe weet je zeker dat je dan een begeleider treft die werkelijk gericht is op samenwerken en niet op groepstoestanden?

Welke oplossing men ook bedenkt, een combinatie van twee en drie zou de voorkeur hebben: een vaste eigen begeleider voor een periode van 2 of 3 jaar en een paar keer per jaar een begeleider van buiten. Welke oplossing men ook bedenkt, een team moet uitdrukkelijk leren leiderschap toe te wijzen en te aanvaarden, alsmede de ontwikkeling die daartoe leidt en de houding die daarvoor nodig is.

■ De moeite om met elkaar als verschillende soort hulpverleners om te gaan blijkt ook uit gebrek aan duidelijkheid, puur over wat men met woorden en zinnen bedoelt. Dokters hebben medische taal, wijkverpleegkundigen hebben praktische praat en maatschappelijk werkers hebben uitweidende half psychologiserende en half agogische taal. Ik denk dat fysiotherapeuten proberen aan te leunen tegen de medische woordenschat en dat de gezinsverzorging een mengeling heeft van praktische praat en agogisch jargon naargelang je de werker of de begeleider treft. Nu is een beetje agogisch jargon voor alle hulpverlenende beroepen wel in, zodat men elkaar wel vindt op woorden als doelgroep, hulpvraag, subgroep, multidisciplinair, signaal, belemmeringen, factoren, leerdoel en coördinatiepunten! Maar onder die dikwijls brei-achtige woordenschat spreken de mensen van verschillende beroepen een heel verschillende taal en hoort iedereen de anderen vanuit de gevangenschap van zijn eigen woorden- en begrippenkraam. Bij het aanhoren van hetzelfde verhaal van een medemens met een klacht wordt de arts beheerst door de vraag: wat zou die hebben, wat zou de diagnose zijn?; wordt de maatschappelijk werker beheerst door de vraag: wat is het probleem en hoe liggen de relaties?; wordt de verpleegkundige beheerst door de vraag: wat kan ik doen om te zorgen of te voorkómen?; bij de fysiotherapeut zal een meer op directe behandeling gerichte vraag in het achterhoofd spelen en bij de gezinsverzorging is dat gericht op de omstandigheden van het gezin van die persoon die mogelijk tot actie leiden.

Alle vijf horen iets anders, selecteren andere zaken uit, reageren met een eigen taal op het aangeboden verhaal.

Wat men gezamenlijk moet leren is:

■ gewone menselijke taal te gebruiken, elkaar daarop te corrigeren – ook de patiënten of cliënten zullen daar plezier van hebben – zonder tot platte, triviale taal uit te schieten;

■ de verschillende invalshoeken niet als verwarrend of strijdig maar als aanvullend en verrijkend te hanteren.

Voor dat laatste is wel globale kennis van elkaars vakgebied nodig, in ieder geval behoorlijk veel meer dan in de diverse beroepsopleidingen wordt overgedragen.

WERKEN AAN DE 'PSYCHOSOCIALE' NOOD

Werden in het voorafgaande de gezamenlijke leerdoelstellingen beschreven die het werken in het team betreffen, en wel wat betreft het gericht en systematisch werken en het omgaan met elkaar als mensen van verschillende beroepen – een derde gebied is meer inhoudelijk bepaald en biedt een bron van leerdoelstellingen waar bij- en nascholers zich gezamenlijk aan kunnen laten.

Er is namelijk een gezamenlijk gebied waar al die eerstelijns werkers zich in begeven en waar eigenlijk niemand echt goed voor is opgeleid: wij noemen dat het **psychosociale gebied**. Afgezien van het vreemde woord – wat is nou psychosociaal? Alles wat niet medisch is? Alles wat niet aanwijsbaar is als duidelijke oorzaak van een klacht? – dus afgezien van die vraag heeft iedereen in de eerste lijn er mee te maken en weet eigenlijk niemand er echt raad mee.

Daaruit heeft zich een omvangrijke tweedelijns apparaat ontwikkeld van in RIAGG's verenigde IMPen, LMen, MOBen, SPDen die tesamen het hele psychosociale gebied claimen als **hun** eigen gebied waarbij aan ieder ander die op dat gebied wat sleutelt de indruk wordt meegegeven een beunhaas te zijn. Hooguit het maatschappelijk werk mag er een beetje aan mee doen, met name voor de lagere inkomensgroepen. Verder mag de huisarts slechts verwijzen, de fysiotherapeut slechts praten tussen het knijpen door, de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgster slechts signaleren. En de mensen met die zo genoemde psychosociale problemen komen dan terecht bij intake-teams, moeten daar hun levensverhaal vertellen, worden door onbekenden besproken en dan verwezen naar een psychotherapeut, waar ze inmiddels als ernstig probleem in minstens 40 gesprekken worden behandeld, waarvoor de AWBZ dan weer ongeveer f 6.000,- uitbetaalt. Of ze gaan min of meer standaard naar een assertiviteits-training, tienmaal, 12 groepsleden, f 8.000,-. Deze iet-wat badinerende benadering geeft weer dat ik van mening ben dat dat een ergerlijke situatie is, waar eerstelijners overigens hun bijdrage aan leveren. Dat zullen zij blijven doen als er op dit gebied niet een gezamenlijk bij- en nascholingsaanbod komt.

Dat aanbod zou dan echter moeten voldoen aan enkele voorwaarden die aan de daartoe dienende leerdoelstellingen voorafgaan. Dat zijn:

- a) ophouden met tot 'probleem' verklaren van bij het menselijk leven behorende pijnen en moeiten, zowel in het persoonlijk beleven als in het leven en werken met elkaar;
- b) ophouden met van eerstelijns werkers, met name maatschappelijk werkers, huisartsen en fysiotherapeuten kleine gecondenseerde psychotherapeutjes te maken;
- c) ophouden binnen de eerste lijn met elkaar te wedijveren of door te schuiven enkel en alleen omdat de één deskundiger zou zijn dan de ander.

Ofwel positief geformuleerd:

- a+) Ten behoeve van onszelf en van mensen die ons hun pijn en moeite kenbaar maken, gebruik maken van wat 'existentiële benadering' heet. Gewoon gezegd: het gezonde besef van de menselijke bestaanswijze waar ikzelf even goed met pijn en moeite deel van uitmaak als die mens die bij mij komt. Dat betekent wel dat ik als eerstelijns hulpverlener mij daar iets bewuster op zal bezinnen dan de gemiddelde medemens.
- b+) Als eerstelijns werker wel kennis kunnen nemen van de grote stromingen in het behandelen van de zeer ingewikkelde en slechts met gespecialiseerde deskundigheid te behandelen verknopingen en stoornissen – die behoren wel tot het terrein van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, ook al omdat ze in een eenvoudiger voorstadium niet zijn opgevangen – maar slechts om daaruit wijsheid op te doen voor een typische eerste-lijns-benadering, ten dienste dus van het begrip voor de hierboven genoemde bestaanswijze van die mens. Dat werk is eigenlijk nog niet gedaan en kan misschien juist via opleiding vorm krijgen.

c+) Erkennen en waarderen dat ieder van de in de eerste lijn werkende beroepen een eigen invalshoek heeft op die algemeen menselijke bestaanswijze en dus een eigen manier om daar mee om te gaan. Weliswaar hebben enkele beroepen iets van hun oorspronkelijke invalshoek verlaten ten gunste van een meer specialistische benadering, maar daarvan kun je elkaar terugfluiten!

■ De huisarts is misschien teveel medisch-technisch geworden en heeft zijn praktijk efficiënter georganiseerd **ten koste** van de functie van vertrouwensman die bij de mensen thuis komt, de eigen dokter die het wel en

Leren: een model te ontwikkelen om aangedragen pijnen en moeiten te begrijpen en te verklaren

wee van de mensen gedurende jaren meeleeft.

- De maatschappelijk werker is teveel relatie-therapeut geworden ten koste van degene die op de bres staat voor wie maatschappelijk verdrukt wordt.
- De wijkverpleegkundige is erg gespist op het signaleren van gezinsproblemen en op preventie ten koste van de persoonlijke warmte ter plekke, al helpende, voor chronisch zieken, bejaarden en jonge moeders.
- De fysiotherapeut is teveel behandelings-technicus geworden ten koste van degene die mensen (weer) met hun lichaam vertrouwd maakt.
- De gezinsverzorging is meer gaan letten op toegespitste indicaties ten koste van de houding van vanzelfsprekende burenhulp.

En zo maken we van de lasten van het leven, als we niet uitkijken, psychosociale problemen. Ofwel: je kunt de meeste zogeheten psychosociale problemen terugbrengen tot niet opgevangen lasten van het leven.

Deze uitweiding was nodig om de derde en laatste serie

Leren: bewust te worden van theorieën en denkwijzen over de pijnen en moeiten van het menselijk leven

ervaringen uit de werkwinkel te beschrijven en daar een paar leerdoelstellingen aan vast te knopen: welk geval men ook inbrengt, waar men concreet ook over begint als het de gezamenlijke zorg van patiënten of cliënten betreft: het gaat altijd over de zogeheten psychosociale problemen of in mijn eigen spraakgebruik: de pijnen en moeiten waarmee mensen over het algemeen het eerst bij de dokter komen. Opvallend is dat dan hoopvol wordt gekeken naar de maatschappelijk werker in de groep en dat tegelijkertijd wordt vastgesteld dat zijn of haar bemoeienissen maar een zeer gering aantal van die mensen bereikt. De drempel is hoog, de invalshoek is veelal eenzijdig relationeel en de agenda van een goed

maatschappelijk werker is al gauw te vol met 1 - 2 uur per gesprek.

In veel gevallen lijkt de werkwijze van het maatschappelijk werk dan ook sterk op tweedelijns geestelijke gezondheidszorg: de allround maatschappelijk werker is zeldzamer dan de dito huisarts en wijkverpleegkundige.

In de werkwinkel wordt niet toegekomen aan een gezamenlijke cursus op dit gebied. Twee dagen zijn te kort en bovendien bestaat die cursus niet. Ik denk wel

Leren: bezinnen op vragen als: dood, sterven, rouwen; normen en waarden en de menselijke vrijheid; intimiteit, sexualiteit en eenzaamheid

dat die op te zetten is op basis van een eenvoudig schema dat recht doet aan de mogelijkheden van de eerste lijn en aan de reeds genoemde existentiële benadering. Onderstaand volgt een poging op een drietal belangrijke punten.

DE BENADERING VAN DE KLACHT

Opvallend is dat alle hulpverleners in de eerste lijn er op uit zijn zo snel mogelijk de weg van klacht naar probleem af te leggen en dat is ook goed te begrijpen. Want heb je het probleem, dan weet je ook de oplossing: zelf doen, verwijzen of aan de patiënt teruggeven. En ieder van de betreffende beroepen heeft het handelen geprogrammeerd op een set van problemen waarvoor de oplossing is omschreven. Heb je het probleem waar je een oplossing bij weet, dan voel je je zeker. Dus hoe sneller van klacht naar probleem hoe liever.

Sommige combinaties van klachten hebben wij, hulpverleners, voor het gemak bij elkaar geplaatst in zogenaamde diagnostische begrippen: spanningsklachten, depressie, hyperventilatie, slapeloosheid, fobieën en nog zo meer. Want op die begrippen past dan weer een soort van therapie zoals: ontspanningsoefe-

Leren: de patiënt/cliënt serieus te nemen als gelijkwaardige compagnon in het samen zoeken naar de waarheid van het leven

ningen, medicijnen, plastic zakjes of tuinslang, slapeloosheidsgroep, desensitisatie en eigenlijk moet worden toegegeven dat niet veel daarvan helpt. Dat komt omdat de klacht zelf en het daarbij behorende verhaal te snel zijn overgeslagen om via een vertrouwde diagnose tot een bekende 'therapie' te kunnen komen - volgende patiënt! En op de praatlijn gaat het precies zo: net zolang praten tot het in de relatie, in de ouders of het ouderlijk gezin, in het werk of in het 'karakter' blijkt te zitten. Als wij er daarentegen vanuit zouden gaan dat het geheim in de klacht zelf verborgen ligt, en in het verhaal dat daaromheen hoort, dan moeten alle beroepen van

de eerste lijn opnieuw in opleiding.

Dat moeten wij allen leren:

- de klacht te concretiseren, te parafaseren, tot verhaal te maken, dus in deze de inbreng van de patiënt/cliënt te vergroten en die van de hulpverlener te verkleinen, en
- het lichaam anders te benaderen dan als een oorzakelijke keten waar alles wat niet lekker voelt een oorzaak moet hebben; in plaats daarvan leren zoeken naar de betekenis, wat beleving en symboliek betreft, van juist deze pijn of last op juist deze tijd en plaats.

Kortom: in plaats van antwoord te zoeken op de vraag 'wat is Uw probleem' zoeken naar zo concreet mogelijk antwoord op de vraag 'waar hebt U last van, waar lijkt U onder?'

HET ACHTERHOOFD VAN DE HULPVERLENER

Door de opleidingen, de media en de boeken zijn de achterhoofden van de hulpverleners volgestopt met interpretatie-kaders.

Huisartsen hebben ietwat geroken aan medische psychologie, volgens een keuze van de medische psycholoog die daarover in het 1e, 2e of 3e jaar van de basisopleiding een paar colleges mocht geven; in de psychiatrie zijn ze met een aantal diagnoses belast en in de huisartsenopleiding hebben ze er nog een aantal theorieën en benaderingswijzen bijgekregen, liefst zo snel mogelijk voor direct gebruik gereed.

Maatschappelijk werkers hebben in hun methodieklessen met alle bestaande therapeutische stromingen kennis gemaakt, met accent op relatie- en systeemtheorieën, te veel om te vergeten, te weinig om echt mee te werken.

Wijkverpleegkundigen hebben de laatste jaren vooral gezinstheorieën geleerd en dus naar gezinnen leren kijken. Ook hebben zij veel geleerd over de ontwikkeling van het jonge kind. Wie vroeger B-verpleegkundige was heeft daarbij nog heel wat psychiatrie gehad. Naar verluidt hebben fysiotherapeuten weinig psychologische theorieën gehad, hooguit enkele basisbegrippen en ook de gezinsverzorgsters moeten het doen met wat zij in de media hebben opgepikt; hun begeleiders zijn dikwijls maatschappelijk werkers.

Al dit achterhoofd-materiaal zweeft en wemelt in ieder gevarieerd team en wordt te hooi en te gras, in ieder geval zonder kritische toets, aangewend. Daarom is wederom van al de betrokken beroepen, veel te leren, namelijk:

- bewustwording van wat in de achterhoofden aan theorieën en denkwijzen bestaat over de pijnen en moeiten van het menselijk leven;
- ontwikkeling van een voor de eerste lijns werkers bruikbaar model om de aangedragen pijnen en moeiten te begrijpen en verklaren; dit laatste kan volgens mij alleen maar in gezamenlijk ontdekkend leren gebeuren.

Kortom: hoe uiteenlopend de achterhoofden van de werkers van de verschillende beroepen ook gevormd zijn, op dit gebied moet een gezamenlijke theorievorming mogelijk zijn.

BESTAANSWIJZEN, BESTAANSVRAGEN, BESTAANSTHEMA'S

Het is in de loop van de jaren dat ik in de eerste lijn werkzaam ben gaandeweg duidelijk geworden dat de klachten waarmee mensen komen te maken hebben met de moeite die zij hebben met hun bestaan. Het wegvallen van de veiligheid die de godsdienst voor velen bood en het gebrek aan voldoende sociale verbanden - om maar twee voorname factoren te noemen -

Leren: elkaars beroep goed te kennen en iets van de achtergronden

maken veel mensen weerloos en brengen hen in bestaanscrises. De klachten waarmee zij zich melden zijn daarvan een uiting, ook wanneer deze op een reële ziekte wijzen. Want lijden, pijn, rotgevoel zijn niet meer aanvaardbaar, netzomin als wij geleerd hebben met elkaar *echt* om te gaan en van de gewone dingen van het leven te genieten. Om met dit gegeven te werken zou een eerstelijns-team zich moeten **leren bezinnen** op een aantal **bestaansthema's of bestaansvragen** zoals:

- de dood, en dus sterven en rouwen;
- normen en waarden en de menselijke vrijheid;
- intimiteit en in dat kader seksualiteit en eenzaamheid;
- schokkende ervaringen in het leven.

En daarnaast moet men zich leren bezinnen op meer sociaal bepaalde bestaanswijzen, concreet genomen die van

- de verslaafde;
- de buitenlander;

- de bijstandsmoeder;
- de homoseksuel.

Als de in de eerste lijn werkende mensen van de verschillende beroepen zich daarop leren bezinnen zullen zij minder lichtvaardig ontspanningsoefeningen adviseren als het over spanningsklachten gaat, maar **leren** hierbij eerst de vraag te stellen:

- waar heeft die mens *écht last* van?;
- wat denk en voel *ik* daarbij?;
- wat zou er met het leven van die mens aan de hand zijn, dat die zijn moeiten vorm geeft in precies deze pijn en deze gespannen spieren?

Maar dan moet iedereen zich eigen gemaakt hebben, **dus geleerd hebben, de patiënt of cliënt werkelijk serieus te nemen als *gelijkwaardige compagnon* in het *samen zoeken* naar de waarheid van het leven. En voor dit doel zou je dan weer een gezamenlijke opleiding op zich kunnen maken.**

Leren: zoeken naar een concreet antwoord op de vraag 'waar hebt u last van, waar lijdt u onder?'

LHV-functie-omschrijving van de huisarts

Inleiding

Onder *de functie van de huisarts* wordt verstaan het geheel van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de huisarts binnen de gezondheidszorg.

De functie van de huisarts is gericht op het helpen van mensen bij het maken van keuzen – en bij de realisering daarvan – ter bevordering of instandhouding van hun welbevinden en optimaal functioneren, lichamelijk, geestelijk en sociaal. Als zodanig draagt de functie bij aan de doelstelling van de gezondheidszorg als geheel.

In het complexe systeem van de gezondheidszorg is *de plaats van de huisartsfunctie* binnen de eerstelijns gezondheidszorg. De functie heeft raakvlakken, relaties en partiële overlappings met:

- zelfzorg- en mantelzorgfuncties;
- tal van andere functies binnen de eerstelijns gezondheidszorg en – wijder – de eerstelijns hulpverlening;
- de gespecialiseerde gezondheidszorg/hulpverlening
- sociaal-geneeskundige functies.

Tevens heeft de functie te maken met (overheids)functies buiten de gezondheidszorg.

De functie onderscheidt zich in het bijzonder van andere functies binnen de eerstelijns gezondheidszorg-/hulpverlening door haar *medische invalshoek*: deze draagt een *generalistisch* karakter.

Daarnaast heeft de functie de volgende *algemene kenmerken*:

- directe, permanente en vrije toegankelijkheid;
- situering te midden van de groep(en) waarop zij is gericht;
- gerichtheid op mensen in hun leefsituatie;
- ambulante wijze van hulpverlening.

Tenslotte onderscheidt de functie zich van andere functies binnen de praktische gezondheidszorg en hulpverlening door een centrale positie en door coördinerende rollen binnen en tussen de verschillende hulpverleningsechelons.

Met name heeft zij hierdoor ook een regulerende invloed op de wijze, de mate en de vorm van inschakeling van de gespecialiseerde gezondheidszorg en hulpverlening.

Opmerkingen

– Bedoeld is aan te geven dat het accent ligt bij het behulpzaam zijn aan de patiënt.

– Deze aanduiding van 'gezondheid' en 'doelstelling van de gezondheidszorg' wordt voor deze functie-omschrijving voldoende geacht; nadere definitie ervan zal elders kunnen gebeuren.

– Bedoeld worden hier onder meer politieke en justitiële functies waarmee de huisarts veeleer als arts heeft te maken.

– De 'medische invalshoek' krijgt op deze wijze de gewenste en noodzakelijke benadrukking.

- 'direct' wordt gezien als: meteen, zonder uitstel (en geldt dan in beginsel, zonedig);
- 'permanent': 24-uurs beschikbaarheid van *de functie* (heeft consequenties voor bereikbaarheid, dat wil zeggen voor een stuk feitelijke praktijkorganisatie);
- 'vrij' slaat op de drempelloosheid van de toegankelijkheid.

– 'leefsituatie' (of 'leefmilieu') verdient de voorkeur boven de in dit verband veelvuldig gehanteerde term 'thuisituatie'.

– 'ambulant' wordt algemeen geaccepteerd, bijna steeds in de betekenis van 'mobiel ten opzichte van elkaar' (arts en patiënt beiden mobiel/ 'ambulant'). Ambulant in tegenstelling tot intramuraal is voor de meesten een verrassende – overigens ook juiste – interpretatie.

– Gesteld kan worden dat de centrale overheid de gezondheidszorg als totaal coördineert; de huisarts heeft te maken met de coördinatie in de praktische gezondheidszorg.

– De huisartspositie is 'centraler' dan die van anderen.

– Met 'coördinerende rollen' wordt dan bedoeld die coördinatie welke de patiënt/hulpvragende zelf meestal niet of onvoldoende kan realiseren, evenmin als andere hulpverleners.

– 'een regulerende invloed' is *niet*: de regulatie omdat de huisarts niet de enige is die hierin regulerend optreedt.

Functie-omschrijving

Opmerkingen

1. De huisarts geeft persoonlijke, integrale en continue zorg aan individuele mensen, gezinnen en andere samenwoningsverbanden die tezamen zijn praktijk vormen, of die daar – tijdelijk – toe kunnen worden gerekend.

De huisarts functioneert in deze zorgverlening samen met anderen: de zorgvragenden zelf, hun omgeving en andere hulpverleners, onder wie collega-huisartsen. Hij heeft hierbij, evenals deze anderen, zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

De zorgverlening door de huisarts is persoonlijk vanwege de persoonlijke betrokkenheid van patiënt en huisarts op elkaar en de afstemming van de zorg op de eigen aard en verantwoordelijkheid van de patiënt; hierbij speelt altijd de eigen aard en de interpretatie van de verantwoordelijkheid van de huisarts mede een rol.

De zorgverlening is integraal in die zin dat zij het lichamelijke aspect, waarop zij tenminste altijd betrokken is, steeds zoveel mogelijk integreert met de geestelijke en sociale aspecten van het functioneren van de patiënt.

De zorgverlening is continu in die mate dat zij niet geschiedt per geïsoleerde hulpvraag, maar in beginsel vroegere gebeurtenissen en de verdere levensloop van de patiënt in aanmerking neemt.

2. Binnen de eerstelijns hulpverlening/erstelijns gezondheidszorg functioneert de huisarts als de algemeen medische deskundige. Binnen de praktische gezondheidszorg/hulpverlening neemt hij een centrale positie in en vervult hij belangrijke coördinerende rollen.

3. De huisarts is een generalist die in eerste instantie de vraag om hulp tracht te verduidelijken en die bevordert dat passende hulp wordt geboden, door hemzelf en/of anderen. Hierbij betreft hij zowel de directe effecten van de hulp als die op langere termijn in zijn benadering.

4. De huisarts behandelt patiënten zelf, wanneer hun aandoeningen, na diagnose, door hem en in het eigen leefmilieu adequaat kunnen worden behandeld.

Bij deze behandeling behoort ook het geven van adviezen omtrent het functioneren van mensen in het arbeidsproces.

5. Hij verleent hulp bij acute aandoeningen of bewerkstelligt dat deze wordt verleend.

6. De huisarts is betrokken bij en vervult een functie in:
– verloskundige zorg; perinatale zorg; zorg voor zuigelingen, kleuters en jongeren; volwassenen waaronder bejaarden;
– de zorg voor patiënten met chronische, recidiverende en terminale ziekten.

7. De huisarts bevordert de preventie van ziekten en aandoeningen door:

- de vroege diagnostiek van ernstige ziekten;
- het alert zijn op risico's die bepaalde (groepen van) patiënten lopen en gerichte adviezen aan hen;
- het signaleren van gewoonten en ontwikkelingen die de gezondheid kunnen beïnvloeden.

De huisarts geeft gevraagd – en in die gevallen waarin naar zijn inzicht daartoe aanleiding bestaat – voorlichting aan individuen en gezinnen; hij stimuleert het eigen verantwoordelijkheidsbesef van zijn patiënten en in het kader daarvan de zelfzorg.

– Met de laatste bijzin wordt beoogd de taak van de huisarts aanzien van 'passanten' en waarnemingspatiënten mee te nemen.

– De huisarts deelt de zorg, niet de verantwoordelijkheid (zie ook p. 8).

– Deze omschrijving benadert het best de feitelijke handelwijze van huisarts, zoals door de respondenten omschreven.

– 'in beginsel': als de patiënt dat wil en als het kan.

– Een indicatie van de bijdragen van de huisarts aan genoemde coördinatie:

- groot in de eerstelijns gezondheidszorg;
- minder, maar nog tamelijk groot in de eerstelijns hulpverlening;
- groot van eerste naar tweede lijn } gezondheidszorg/hulpverlening
- weinig binnen de tweede lijn

– de huisarts behandelt geen *ziekten* maar patiënten.

– Bij de respondenten bestaat geen twijfel over de feitelijke juistheid wel waren er problemen met betrekking tot de geïnformeerdeheid van de huisarts en zijn – verdere – 'grip' op het gebeuren.

– De respondenten onderschrijven dit. Op verschillende grond (waaronder zeker niet als laatste professionele) wordt betreurd dat noodzakelijk of gewenste 'delen met' bijna steeds tot 'afstaan' heeft geleid en – indien niet op beleidsvormend en op praktisch niveau gezamenlijk wordt gewaakt – ook verder hiertoe zal leiden.

– De zorg voor deze laatste categorieën, hoe ook geregeld, kost huisarts wel het leeuwedeel van zijn tijd.

– De huisarts werkt hier vooral individueel-preventief en is daar betrekkelijk passief, dat wil zeggen hij zoekt zijn patiënten niet om hen te beschermen.

8. Voor een verscheidenheid van aandoeningen of problemen roept de huisarts de hulp in van andere hulpverleners uit het eerste of uit andere echelons. In deze situaties draagt hij een verantwoordelijkheid voor de keuze van hulpverleningsinstantie en onderhoudt hij het noodzakelijke contact zowel met de patiënt als met de hulpverleners. Hij probeert deze mogelijkheden tot contact te optimaliseren.

- de huisarts kan niet (mede)verantwoordelijk zijn voor behandeling
- en verdere actie – van anderen;
- *een* verantwoordelijkheid is *niet*: de verantwoordelijkheid (zie ook punt 1).

9. Afhankelijk van de lokale omstandigheden is de huisarts verantwoordelijk voor de geneesmiddelenvoorziening.

- De door sommigen naar voren gebrachte verantwoordelijkheid ten aanzien van *geneesmiddelengebruik* hebben wij geen expliciete plaats gegeven; zij valt ons inziens onder 7.

Functie-eisen

Opmerkingen

1. De huisarts voldoet aan de eisen voor opname in het register van erkende huisartsen.

- Systematische intercollegiale toetsing staat nog duidelijk in de kinderschoenen.

2. Om zijn functie op voldoende niveau te kunnen uitoefenen, draagt de huisarts zorg voor bij- en nascholing, zelftoetsing en intercollegiale toetsing en daarnaast voor een juiste praktijkorganisatie en registratie van patiëntgegevens.

- Omvang en begrenzing van het begrip 'ook beroepshalve een verantwoordelijkheid tegenover de maatschappij' zijn vanzelfsprekend moeilijk aan te geven en worden zowel met vuur bestreden als met verve verdedigd. Wij handhaven haar en bevelen een en ander aan ter verdere overdenking.

3. De huisarts houdt zich op de hoogte van maatschappelijke ontwikkelingen die de gezondheidszorg beïnvloeden en is zich ervan bewust dat hij ook beroepshalve een verantwoordelijkheid heeft tegenover de maatschappij.

4. Hij heeft een verantwoordelijkheid ten aanzien van de basisartsopvoeding en de beroepsopleiding tot huisarts.

Huisarts als samenwerker in een gezondheidscentrum

1 Inleiding

In deze bijdrage gaat het om multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, gezien vanuit de positie van de huisarts. Aan de hand van twee casus wordt geïllustreerd hoe de huisarts samen met fysiotherapeut, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige de zorg voor de patiënten laat verlopen.

De te presenteren casus zijn uiteraard niet toevallig gekozen. Ofschoon levensechte patiënten, onderscheiden zij zich van anderen doordat hier nu juist fraai te demonstreren valt hoe het multidisciplinair hulpverleningsproces verloopt c.q. kan verlopen. Een casus is echter iets meer dan een 'model': de voor de desbetreffende personen specifieke omstandigheden spelen een rol, beïnvloeden de hulpverlening en kunnen en mogen hier uiteraard niet achterwege blijven.

Centraal staat het *proces* van samenwerken: op welke wijze vullen huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige in een team elkaar aan; hoe stemmen zij hun inbreng in de zorg op die van elk van de anderen af?

Zo'n proces ontstaat niet vanzelf: voordat een groep hulpverleners van verschillende achtergrond elkaar verstaat en met elkaar een gecoördineerde, geïntegreerde hulpverlening weet te verzorgen, dient er veel geïnvesteerd te worden aan tijd, overleg, kennismaking, het winnen van elkaars vertrouwen enz. Deze noodzakelijke investering van tijd en moeite valt buiten de doelstelling van dit artikel en blijft hier dan ook nagenoeg onbesproken. Wel is aan het slot voor belangstellenden een literatuurlijstje met een aantal publikaties over dit aspect toegevoegd.

Zoals gezegd gaat het in deze bijdrage om multidisciplinair samenwerken gezien vanuit de positie van de huisarts – dat is een direct uitvloeisel van de doelstelling van deze uitgave. Dit betekent geenszins, dat dát ook de plaats van de huisarts in het samenwerkende team is, of moet zijn.

Het is mede de bedoeling van de gepresenteerde casus aan te tonen hoezeer ieder der disciplines binnen de samenwerking haar ten opzichte van de andere gelijkwaardige positie inneemt.

Bij het lezen van de twee casus ontstaat mogelijk de indruk, dat de beschreven samenwerking erg glad en 'ideaal' verloopt. Met een beschrijving van de

* Huisarts Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam

problemen en valkuilen bij multidisciplinaire samenwerking zou de omvang van dit hoofdstuk ver overschreden worden. Wel impliceert de beschrijving waar de grootste knelpunten te verwachten zijn: naast de direct persoonlijke verhoudingen tussen de leden van de disciplines gaat het daarbij om:

- de aard van het probleem waarvoor de patiënt verwezen is: is het wel iets voor de andere discipline?
- het doel dat met de verwijzing beoogd is en de opvattingen van de patiënt daarbij: 'kan de andere discipline er wat mee?'
- de mate waarin de desbetreffende hulpverleners overeenstemmen of juist verschillen in hun kijk op hulpverlening: is er sprake van continuïteit vanuit het team?

2 Introductie casus gezin A

De heer en mevrouw A zijn 76 respectievelijk 71 jaar oud. Het is mevrouw A die op het spreekuur komt, in verband met rugpijn. Hiervan heeft zij al eerder last gehad, onderzoek leverde in die tijd een ernstige spondylarthrosis lumbalis op. Haar klachten zijn een aantal weken geleden opnieuw ontstaan en de laatste tijd toegenomen. Daarbij is zij erg geëmotioneerd over haar man: sinds twee maanden zijn er bij hem tekenen van een metastasering van een coloncarcinoom, waarvoor hij anderhalf jaar geleden werd geopereerd. De laatste weken met name gaat het steeds moeilijker met hem, hij blijft steeds meer op bed liggen en is in toenemende mate afhankelijk van zijn vrouw. Zij moet hem dan ook nalopen - zoals ook bij huisbezoek enkele dagen tevoren duidelijk was geworden, was hij er sterk op tegen dat 'een ander dan zijn vrouw aan hem komt'.

Bij onderzoek blijkt, dat de beweging van de wervelkolom in alle richtingen ernstig beperkt is. De rugmusculatuur is hypertoon. Neurologisch worden geen afwijkingen gevonden.

2-1 HANDELINGSPLAN HUISARTS

Bij het opstellen van het handelingsplan blijkt mevrouw A vastbesloten aan de wensen van haar man tegemoet te komen. 'Het enige wat ik nog voor hem kan doen.' Hulp van bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige wijst zij dan ook beslist van de hand. Wel zou zij graag iets voor de pijn willen hebben. Op voorstel van de huisarts voelt zij wel voor fysiotherapie: vier jaar geleden heeft dat ook geholpen, toen zij zo'n last had.

2-2 SPECIFIEKE DESKUNDIGHEID FYSIOTHERAPEUT

Rugklachten vormen een hoofdbestanddeel van de verwijzingen naar de fysiotherapie: 60% van de verwezen somatische problemen.¹ Vooral bij degeneratieve afwijkingen dient men terughoudend te zijn in het verwijzen, daar

degeneratieve afwijkingen op zich niet reversibel zijn. Te lichtvaardige koppeling van dit soort afwijkingen aan deze therapievorm ('artrose' → 'fysiotherapie') leidt tot, althans heeft de kans in zich voor overbehandeling, en vermindert voor de fysiotherapeut de mogelijkheid zijn deskundigheid aan te wenden bij die patiënten in die situaties waarin hij het meest te bieden heeft. Het is noodzakelijk goed te omschrijven welk doel fysiotherapie binnen het klachten- en problemenpatroon van de patiënt heeft en ook binnen het handlingsplan dat de verwijzend huisarts opstelt. Een van de grote voordelen van intensieve samenwerking is, dat er voor gewaakt kan worden dat groepen patiënten duurzaam worden wegverwezen naar een van de hulpverleners, bijvoorbeeld de fysiotherapie.

2-3 HANDELINGSPLAN FYSIOTHERAPEUT

Het doel van de fysiotherapie binnen het klachten- en problemenpatroon van de patiënt moet zoals gezegd duidelijk aan te geven zijn en aangegeven worden. In het geval van mevrouw A is dit niet zo moeilijk: de oorzaak van de zware belasting, in psychische zowel als in fysieke zin is duidelijk aan te geven.

De keuze van mevrouw A, om voor haar ernstig zieke man zoveel mogelijk zelf te blijven zorgen, bepaalt in grote mate de mogelijkheden en onmogelijkheden van welke therapie dan ook en stelt ons in staat een prognose op de middellange termijn te maken.

De fysiotherapeut accepteert het handlingsplan zoals dat door de huisarts is vastgesteld, en daarmee de uitdrukkelijke wens van mevrouw A. Hij besluit zijn behandeling in eerste instantie te richten op het verminderen van de pijn en de hypertoniciteit van de rugspieren. Daarnaast stelt hij voor mevrouw A een keer thuis te bezoeken, in het bijzonder met de bedoeling haar te adviseren bij allerhande werkzaamheden, bijvoorbeeld het tillen van haar man.

2-4 COÖRDINATIE; GEMEENSCHAPPELIJK REFERENTIEKADER

Bij multidisciplinaire samenwerking gaat het er onder meer om, de (be)handeling van de diverse hulpverleners in hun contact met gemeenschappelijke patiënten goed op elkaar af te stemmen: coördinatie. Huisarts en fysiotherapeut hebben hun beleid in die zin op elkaar afgestemd, dat beiden in eerste instantie hun behandeling erop richten mevrouw A zo lang en zo goed mogelijk in staat te stellen, ondanks haar klachten en problemen, te zorgen voor haar man. Goede coördinatie vraagt om regelmatig overleg tussen hulpverleners. Nu zijn huisarts en fysiotherapeut de hulpverleners met het grootste aantal patiëntgerichte contacten per dag. Zij zien ook in absolute aantallen de meeste patiënten per dag.

Huisarts en fysiotherapeut blijken ook het meest frequent binnen het team met elkaar gegevens over patiënten uit te wisselen.²

Naast regelmatig uitwisselen van gegevens, is voor een goede gecoördi-

neerde hulpverlening van groot belang dat alle disciplines een gemeenschappelijk referentiekader hebben. In de hier besproken casus blijkt, dat huisarts en fysiotherapeut – evenals zoals later zal blijken de wijkverpleegkundige, en ook de maatschappelijk werker – zich op het gezin en op het sociale verband, waarbinnen mensen leven, richten.

2-5 VERVOLG CASUS

Met het echtpaar A blijft het intussen tobben. Mijnheer A is inmiddels geheel bedlegerig geworden en kan weinig meer. Mevrouw A redt het weliswaar met haar rugpijn 'redelijk', maar slaapt slecht en kan het steeds moeilijker aan. Huisarts en fysiotherapeut bespreken de situatie tijdens de dagelijkse koffie en concluderen dat de inbreng van de wijkverpleegkundige in deze heel zinnig zou kunnen zijn. Hoewel mevrouw A kort geleden introductie van de wijkverpleegkundige nog heeft afgewezen, besluiten de huisarts en de fysiotherapeut hierover opnieuw met haar te praten.

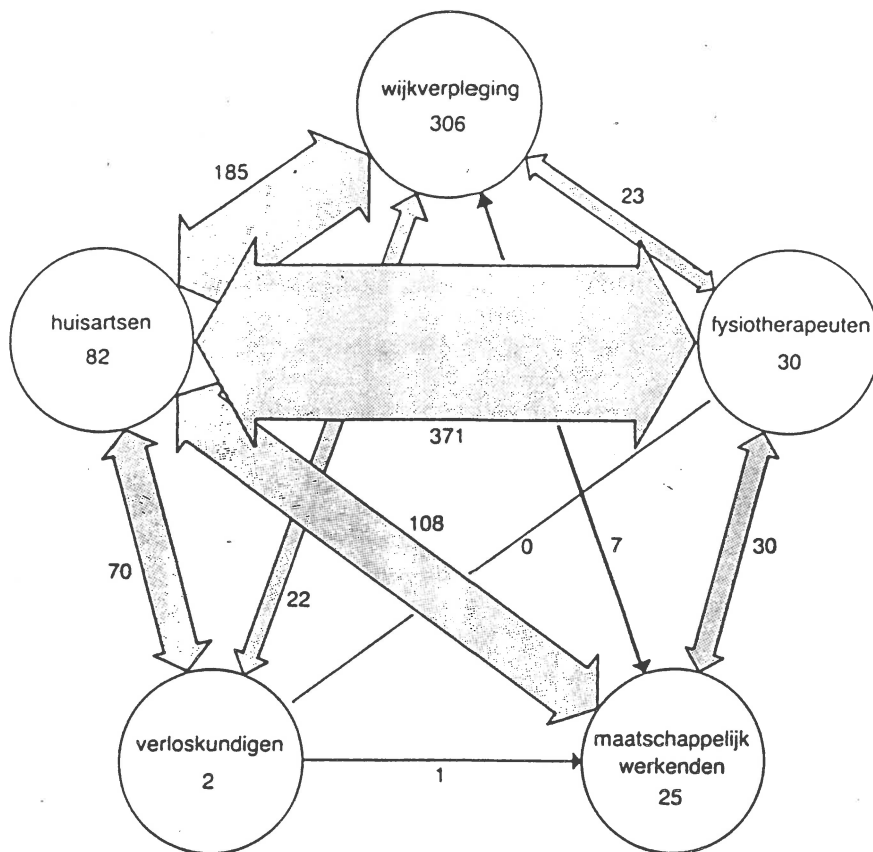
2-6 DE SPECIFIEKE DESKUNDIGHEID WIJKVERPLEEGKUNDIGE

De wijkverpleegkundige speelt met name bij terminale zorg een zeer belangrijke rol. De vaak zeer praktische adviezen maken het doorgaans voor de patiënt en de familie mogelijk een ogenschijnlijk niet te dragen last op een acceptabele en bevredigende wijze verder te dragen. Daarbij richt de wijkverpleegkundige zorg zich evenzeer op de omgeving als op de patiënt op wie doorgaans de verwijzing wordt toegespitst: de wijkverpleegkundige zorg ondersteunt en versterkt de mantelzorg. Dat wil zeggen, is gericht op de gehele leefsituatie (het gezin).

2-7 INTRODUCTIE WIJKVERPLEEGKUNDIGE; HANDELINGSPLAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Wanneer mevrouw A op de praktijk van de fysiotherapeut is voor haar afgesproken behandeling, neemt de fysiotherapeut de gelegenheid te baat nog eens met haar te praten over de verzorging van haar man. Mevrouw A komt tot de conclusie dat zij thans aan het afknappen is. Zij gaat akkoord met een bezoek van de wijkverpleegkundige, maar is er onzeker over wat haar man daarvan vindt.

De volgende ochtend, nadat mevrouw A en de huisarts telefonisch contact hebben gehad en duidelijk is geworden dat mijnheer A ook akkoord gaat met een gesprek met de wijkverpleegkundige, bezoeken huisarts en wijkverpleegkundige samen het echtpaar. Na kennismaking volgt een gesprek tussen wijkverpleegkundige en het echtpaar. Daarin wordt besloten dat de wijkverpleegkundige voorlopig mevrouw A ontlast door de dagelijkse wasbeurt over te nemen. Daarnaast geeft zij mevrouw A een aantal adviezen voor de verdere verzorging. Drie dagen later organiseert de wijkverpleegkundige nog gezinshulp



Figuur 1. Contacten besteed aan overleg over patiënten. In de figuur is weergegeven hoeveel van deze contacten zich gedurende een maand tussen de diverse disciplines afspelen. De dikte van de pijlen is een maat voor de dichtheid van de communicatiestroom. De grootte van de pijlpunt karakteriseert de voorkeursrichting van deze stroom. Bron: Lamberts H., Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap (1976) 19:181-5.

waardoor mevrouw A o.a. enige tijd vrijgesteld is van het slepen met boodschappen en de laatste dagen zoveel mogelijk bij haar man kan zijn.

2-8 SLOT. TERUGBLIK

De introductie van de wijkverpleegkundige in dit gezin is door huisarts en fysiotherapeut gemeenschappelijk geschied, beiden vanuit hun specifieke rol in het gezin. Door de fysiotherapeut vooral in relatie tot mevrouw A en haar overbelasting, door de huisarts primair naar de heer A toe. Dit impliceert

overleg tussen alle binnen het samenwerkingsverband opererende disciplines.

De communicatielijnen binnen het eerstelijnssteam zijn dan ook aantoonbaar tussen alle disciplines:² tussen huisarts en fysiotherapeut, huisarts en maatschappelijk werker, huisarts en wijkverpleegkundige, maar duidelijk ook tussen fysiotherapeut en maatschappelijk werker, fysiotherapeut en wijkverpleegkundige en, zij het kwantitatief wat minder geprononceerd, tussen wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker. Daarbij is de kwantitatieve omvang van deze communicatielijnen uiteraard afhankelijk van de caseload. Zoals reeds opgemerkt hebben huisarts en fysiotherapeut een aanzienlijk grotere caseload dan maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige, patiëntgerichte uitwisseling van informatie doet zich dan ook het meest frequent tussen deze twee disciplines voor. Maar uit het aangehaalde onderzoek komt heel duidelijk het patroon naar voren dat alle disciplines intensief met elkaar overleggen over patiënten.

De wijkverpleegkundige heeft haar rol in eerste instantie afgestemd op de wens van het echtpaar om zoveel mogelijk zelf samen ook voor de laatste dagen verantwoordelijk te zijn. Binnen die doelstelling heeft zij haar professionele inbreng gestalte gegeven, net zo als huisarts en fysiotherapeut, zoals we dat eerder hadden gezien, al hadden gedaan.

In deze casus liet zich vooral illustreren hoe verschillende disciplines hun specifieke professionele inbreng onderling coördineren. Daarbij speelt het handelingsplan, mede in belangrijke mate door patiënt en diens gezin bepaald, een essentiële rol.

De volgende casus richt zich wat meer op het belang van de hulpverleningsrelatie tussen huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker enerzijds en de patiënt/cliënt, en gaat wat meer in op de betekenis van een gemeenschappelijke doelstelling bij de hulpverlening.

3 Casuspresentatie de heer U

De heer U is een eenendertigjarige elektrotechnicus, gehuwd, met een zoon van drie jaar oud. Het gezin behoort ruim een half jaar tot de praktijk, de heer U is in die periode vijf keer op het spreekuur geweest, voor klachten die berusten op hyperventilatie. De heer U maakt steeds een onzekere, gespannen indruk. Hij beleeft zijn klachten als bedreigend, is bang dat hem een hartinfarct boven het hoofd hangt. De reden voor zijn komst thans naar het spreekuur, is het vernemen van de resultaten van ECG en bloedonderzoek, waartoe tijdens het vorige consult was besloten. Nadat de gunstige resultaten van deze onderzoeken besproken zijn, stelt de huisarts ademhalingsoefeningen voor: na enige nadere toelichting stemt de heer U hiermee in en wordt verwezen naar de fysiotherapeut.

3-1 PROBLEEMOMSCHRIJVING

De huisarts ziet zich op dit moment met het volgende probleem geconfronteerd: een duidelijke hyperventilatie zonder organische afwijkingen, bij een angstige man die zijn klachten als ernstig somatisch duidde. Het exploreren van mogelijke psychosociale aspecten van de problemen stuit op weerstand.

De huisarts heeft op dit moment naar zijn mening twee mogelijkheden: hij kan het laten bij enige geruststelling, in de hoop dat daarmee voor de patiënt zijn klachten verder draaglijk worden en dat de behoefte aan professionele hulp verdwijnt; of hij kan trachten een verder handelingsplan op te stellen, waarbij de heer U meer inzicht krijgt in het ontstaan van zijn hyperventilatie en op die manier van zijn klachten verlost wordt.

Bij eerdere contacten heeft de huisarts de kaart van de geruststelling reeds uitgespeeld. Het bleek toen niet het beoogde effect te hebben: de heer U kwam wederom terug bij de huisarts. De huisarts besluit nu een handelingsplan op te stellen dat erop is gericht de heer U verder inzicht te verschaffen in het ontstaan van zijn hyperventilatie.

Bij het opstellen van het handelingsplan speelt een belangrijke rol, dat de huisarts het gevaar van het ontstaan van somatische fixatie hoog inschat. In eerste instantie gaat het er dan ook om, te zoeken naar een gemeenschappelijke, voor huisarts en patiënt acceptabele omschrijving van het probleem. Dat wordt gevonden in de omschrijving 'verkeerde ademhaling'. De patiënt wordt voorgesteld te bekijken wat hij aan zijn ademhaling zou kunnen veranderen en welke invloed dat op zijn klachten zou hebben. De fysiotherapeut wordt gevraagd hierbij behulpzaam te zijn.

3-2 BETEKENIS, PROBLEMEN SAMENWERKING

Bij de verwijzing doet zich op dit moment een aantal potentiële problemen voor: ten eerste ontstaat er bij verwijzen in principe een breuk in de hulpverlening: een andere vorm van hulpverlening, met een eigen benadering, een andere persoonlijke relatie met de patiënt komt op het toneel. Verwijzingen vinden veelal plaats op het moment dat de huisarts en patiënt een handelingsplan aan het opstellen zijn. Er wordt in de huisartsgeneeskunde, terecht, grote waarde toegekend aan het goed opstellen van een handelingsplan en vervolgens ook aan het bewaken van de uitvoering van dat handelingsplan.

De hulpverlener, die vervolgens na verwijzing bij de probleemoplossing wordt betrokken, moet zich dan kunnen vinden in dat handelingsplan. Deze belangrijke voorwaarde voor verwijzing moet goed onder ogen worden gezien. Het vraagt een goede kennis van zowel specifieke deskundigheid, alsook de persoonlijke mogelijkheden van de andere hulpverlener, om te kunnen beoordelen in hoeverre de ander mede een rol kan spelen binnen het handelingsplan. Onder die omstandigheden wordt bereikt dat het rendement uit de verwijzing wordt gehaald in de zin dat de mogelijkheden van de andere discipline optimaal worden uitgebuit, zonder dat voor de patiënt het negatieve

aspect, het feit dat er toch iets anders zal worden gedaan dan aanvankelijk mede zijn bedoeling was, een rol speelt.

3-3 HANDELINGSPLAN HUISARTS

In het geval van de heer U gaat het dus om het volgende dilemma voor de huisarts: een afwijzende reactie van de patiënt maakt het niet goed mogelijk en ook niet gewenst zonder meer te exploreren of en welke psychische relationele of sociale problemen een rol spelen. Het somatische spoor heeft thans voldoende aandacht gekregen, de huisarts onderkent patiënt's grote nadruk op de somatische kant van de zaak en is erop bedacht in zijn benadering deze éézijdige aandacht niet te ondersteunen. Huisarts en patiënt hebben elkaar kunnen vinden op een gemeenschappelijke probleemdefinitie: 'verkeerde ademhaling'. Voor de huisarts gaat het er nu om de verdere behandeling zodanig te laten verlopen, dat mijnheer U inziet dat zijn klachten somatisch gesproken ongevaarlijk zijn, doch dat zijn manier van reageren en de zaken die zich in zijn leven afspelen daar een invloed op uitoefenen.

3-4 GEMEENSCHAPPELIJKE DOELSTELLING

Wat de eerder genoemde problemen in de onderlinge samenwerking betreft: 'verwijzing naar de fysiotherapeut voor ademhalingsoefeningen' vloeit op zich logisch voort uit de probleemdefiniëring en kan op zichzelf behulpzaam zijn de heer U te leren meester te worden over zijn eigen ademhaling. Goed beschouwd is daarmee het gevaar voor somatische fixatie niet geweken: de fysiotherapeut is, evenals de huisarts, immers primair een 'medische' hulpverlener. Binnen het functioneren van de samenwerking is deze verwijzing echter verantwoord omdat aan een aantal voorwaarden is voldaan: huisarts en fysiotherapeut hebben een zelfde opvatting over de rol van hulpverlening. Niet alleen de huisarts, maar ook de fysiotherapeut meent dat de behandeling van de heer U erop gericht zal moeten zijn hem inzicht te verschaffen in het ontstaan van hyperventilatie.

Een volgend punt waarover zij overeenstemming hebben, is dat beide disciplines professioneel een rol te spelen hebben bij het geven van inzicht in het ontstaan van hyperventilatie. Onder die voorwaarden leidt de verwijzing naar de fysiotherapie ertoe, dat:

- a een beroep wordt gedaan op de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut (in casu ademhalingsoefeningen);
- b de continuïteit van de zorg gewaarborgd is: huisarts en fysiotherapeut kunnen zich beiden vinden in het handelingsplan.

Langdurig en intensief samenwerken brengt met zich mee dat de huisarts op voorhand reeds weet, dat andere disciplines, zoals de fysiotherapeut in het geval van de heer U, in zijn handelingsplan passen. Dit is de vaardigheid in onderlinge samenwerking, die uitsluitend dan kan worden verworven wanneer men met grote regelmaat en met grote openheid met elkaar bespreekt

wat men precies aan patiënten te bieden heeft, wat men van andere disciplines verwacht en waarom. Onder die omstandigheden kan verwijzing direct, dat wil zeggen zonder voorafgaand overleg, plaatsvinden. In geval van twijfel blijft het uiteraard altijd mogelijk van tevoren te overleggen.

3-5 INFORMATIEUITWISSELING BIJ DE VERWIJZING

De fysiotherapeut krijgt – schriftelijk – informatie over de volgende punten:

- de diagnose: hyperventilatie;
- bijkomende omstandigheden, in dit geval de sterke nadruk bij de heer U op de somatische aspecten en de angst voor een lichamelijk lijden;
- de bevindingen van de huisarts bij lichamelijk onderzoek en nader laboratoriumonderzoek, dat er geen afwijkingen in het spel zijn;
- het handelingsplan: huisarts en patiënt hebben elkaar gevonden op de doelstelling ademhalingsoefeningen, voor de huisarts met in het achterhoofd dat na doorbreken van de spiraal 'klachten, angst, hyperventilatie, klachten, meer angst', de mogelijkheden groter zijn, eventuele psychosociale aspecten van het probleem te bespreken;
- het doel van de verwijzing: ademhalingsoefeningen vormen onder deze omstandigheden een geaccepteerde binnenkomer, om te trachten de heer U verder te laten ontdekken waarom hij hyperventileert.

3-6 ROL FYSIOTHERAPIE

Fysiotherapeuten spelen, dat is in de vorige casus ook reeds aan de orde gekomen, een belangrijke rol binnen het eerstelijnssteam. In de beeldvorming lijken lichamelijke klachten de reden om hem om hulp te vragen. Werkwijze (o.a. het lichamelijk contact) en de structuur van werken (doorgaans in een serie van twaalf behandelingen; twaalf geplande contacten met de patiënt) maken het goed mogelijk op psychosociale aspecten van de problemen van de patiënt in te gaan.

Daarnaast speelt natuurlijk ook een rol, dat houding en gevoel belangrijke invloed op elkaar hebben. Bij 66% van de door de fysiotherapeut behandelde patiënten is sprake van probleemgedrag,¹ ongeveer voor de helft eerst in de relatie fysiotherapeut/patiënt naar voren gekomen. Dit onderstreept het grote belang van de hulpverleningsrelatie en de wijze van functioneren van de fysiotherapie.

3-7 VERVOLG CASUS: OVERLEG HUISARTS-FYSIOTHERAPEUT

Ongeveer drie weken na de verwijzing brengt de fysiotherapeut tijdens de dagelijkse koffiepauze de heer U ter sprake: hij is zojuist voor zijn vijfde behandeling geweest – naast ademhalingsoefeningen heeft hij ook een paar keer ontspanningsoefeningen gedaan. Mijnheer U heeft ontdekt dat hij erg moeilijk kan ontspannen en met name verkrampd ademt wanneer hij gespannen is. Er

bestaan daarnaast relatieproblemen met zijn moeder: aanvankelijk had hij weinig last van hyperventilatie, maar vorige week was dat weer in alle hevigheid teruggekomen – nadat zij op bezoek was geweest. Het lijkt een nogal dominerende vrouw.

3-8 HERZIENING HANDELINGSPLAN

Huisarts en fysiotherapeut besluiten dat het zinvol is hier verder op door te gaan. Zou dit eventueel iets voor de maatschappelijk werker zijn? Huisarts en fysiotherapeut leggen de casus voor aan de eveneens in de koffiepauze aanwezige maatschappelijk werker. Besloten wordt dat op dit moment een eventuele verwijzing nog niet opportuun is. De fysiotherapeut zal hierna met de heer U doorgaan en te zijner tijd wanneer dat zinvol is met de maatschappelijk werker opnieuw contact opnemen.

3-9 ROL MAATSCHAPPELIJK WERKER

Het maatschappelijk werk is, in tegenstelling tot de op verwijzing werkende fysiotherapeut, vrij toegankelijk. In de praktijk blijkt, dat bij een intensieve samenwerking de meeste cliënten echter na verwijzing in zorg komen. De aard van het werk brengt met zich mee, dat het aantal te behandelen cliënten (caseload) veel beperkter is dan bij fysiotherapeut en huisarts. De nadruk ligt op niet-materiële hulpverlening: persoonlijke problemen, relatieproblemen, werkproblemen.

Een van de uitvloeiselen van de beperkte caseload is, dat lang niet alle patiënten met probleemgedrag bij het maatschappelijk werk terechtkomen. De praktijk leert dat dit ook geenszins noodzakelijk is. Ook de andere hulpverleners hebben professioneel voldoende vaardigheden in huis ten einde om te gaan met psychosociale problemen. Het is echter zinvol ernaar te streven de beperkte caseload van het maatschappelijk werk zo efficiënt mogelijk te gebruiken: zoveel mogelijk diegenen in aanmerking te laten komen, die behoefte hebben tot het aanbrengen van veranderingen in hun leefsituatie, waarbij gebleken is dat intensievere langdurige hulp wenselijk is. Dit brengt met zich mee, dat de andere hulpverleners nogal eens die patiënten verwijzen, aan wie voorwerk is verricht, in de zin van inzicht geven, en bij wie vervolgens de behoefte blijkt te bestaan aan een meer gestructureerde op verandering gerichte aanpak.

3-10 VERDER VERLOOP CASUS, SLOT

Na enkele behandelingen komen de heer U en de fysiotherapeut tot de conclusie, dat het hyperventilatieprobleem in zoverre bedwongen is, dat het acute probleem opgelost is. De reden tot fysiotherapie is daarmee vervallen en de therapie wordt dan ook afgesloten. Duidelijk is voor de heer U, dat met name de conflicten met zijn moeder een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van

hyperventilatie. Hoe hij aan deze conflicten een eind kan maken is hem niet duidelijk. Het voorstel van de fysiotherapeut om hierover eens met de maatschappelijk werker te praten, spreekt hem aan. De fysiotherapeut maakt op zijn verzoek, na overleg met de maatschappelijk werker, een afspraak voor hem. De maatschappelijk werker heeft vervolgens een aantal voornamelijk counselende gesprekken met hem.

3-11 BESPREKING

Aan deze casus is een aantal aspecten van samenwerking in een team geïllustreerd. Ten eerste het gebruik van de specifieke deskundigheid van de verschillende teamleden. Evenals bij de eerste casus is duidelijk gemaakt dat huisarts, fysiotherapeut en maatschappelijk werker een eigen professionele inbreng in de casus hebben. De huisarts speelt in relatie tot de heer U de rol van de medisch deskundige en belast zich ermee de medische betekenis van de hyperventilatie vast te stellen en aan mijnheer U duidelijk te maken. De fysiotherapeut houdt zich in eerste instantie bezig met ademhalingsoefeningen, later ook met ontspanningsoefeningen. In dit deel van de behandeling wordt hyperventilatie van een lichamelijk bedreigende aandoening tot een reactie op de conflicten tussen de heer U en zijn moeder, conflicten waarmee hij weinig raad weet. Ten slotte is het de maatschappelijk werker die met mijnheer U op counselende wijze diens conflicten met zijn moeder bespreekt ten einde hem meer begrip voor en onafhankelijkheid van die conflicten te verschaffen.

Een tweede punt dat aan de orde komt is de continuïteit waarmee de behandeling van mijnheer U plaatsvindt. Het in eerste instantie tussen huisarts en patiënt opgestelde handelingsplan bood alle mogelijkheden om te worden verlengd tot de hulpverlening van de maatschappelijk werker, zoals deze uiteindelijk ook heeft plaatsgevonden, dan wel op verschillende ogenblikken te worden afgebroken. Hier komt als belangrijkste punt naar voren een gemeenschappelijke visie van alle betrokken hulpverleners op de gewenste rol van hulpverleners en patiënten/cliënten. Doordat van te voren duidelijk is aan huisarts, fysiotherapeut en maatschappelijk werker hoe of anderen in het team tegenover hulpverlening en tegenover hun rol in de hulpverlening staan, is het mogelijk op voorhand met patiënten te bespreken wat voor mogelijkheden er binnen het team voor hen liggen. Doordat van tevoren bekend is en duidelijk is welke rol iedere andere discipline wel of niet kan spelen, is het ook mogelijk nadrukkelijk aandacht te besteden aan de motivatie op dat moment bij de patiënt.

Een volgende punt heeft te maken met de rol van iedere hulpverlener binnen het team. Naast de hierboven reeds uitgewerkte specifieke deskundigheid van de diverse disciplines, bestaat de erkenning dat de relatie met de patiënt/cliënt van groot belang is en dat deze relatie evenzeer bepaalt wie exact wat wanneer doet. Zo werd bijvoorbeeld de heer U door de fysiotherapeut verwezen naar de maatschappelijk werker, waarbij mede van belang was dat de relatie tussen patiënt en fysiotherapeut beter was, meer mogelijkheden bood

dan die tussen huisarts en patiënt. De erkenning dat de hulpverlener patiënt/cliënt-relatie van belang is, brengt met zich mee dat de stringente scheiding op basis van specifieke deskundigheid niet altijd mogelijk en lang niet altijd wenselijk is.

Daarmee komt de onderlinge samenwerking in een nieuwe fase. Niet alleen coördineert men onderling zijn inbreng in de hulpverlening, men integreert ook de hulpverlening. In zijn uiteindelijke vorm leidt dat tot volledig gemeenschappelijke nieuwe ontwikkelde projecten. Een voorbeeld daarvan is het in een aantal samenwerkingsverbanden tot stand gekomen werken met groepen.

4 Slot

In deze bijdrage zijn twee casus ter sprake gebracht waarin meer dan twee verschillende disciplines een rol spelen. Gedemonstreerd is het proces waarlangs de samenwerking verloopt, gecoördineerd wordt, zich integreert.

Op basis van thematische patiëntenbesprekingen zal het mogelijk zijn elkaars professionele mogelijkheden te leren kennen, een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen. Dat is voor intensieve samenwerking echter niet meer dan het beginpunt. Frequent, opportunistisch overleg over gemeenschappelijk behandelde patiënten is nodig om steeds weer opnieuw vast te stellen hoe de hulpverlening verloopt, wát precies die specifieke deskundigheid en de gemeenschappelijke doelstelling te bieden hebben om daarnaast in ogenschouw te kunnen nemen wat de betekenis is van de hulpverleningsrelatie.*

Geraadpleegde literatuur

- 1 Buyten N.T., R. v.d. Hoogen, A.E. Monteny, H.O. in 't Veld en H. Lamberts. Fysiotherapie, vierde in eerstelijns kwartet. *Huisarts en Wetenschap* (1977) 20:237-43.
- 2 Lamberts H., Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. *Huisarts en Wetenschap* (1976) 19:181-5.

Aanbevolen literatuur

- 3 Lamberts H., Samenwerken in een team – een routebeschrijving door een ruig landschap. *Huisarts en Wetenschap* (1974) 17:15-23.
- 4 Lamberts H. en E. Sloot. Multidisciplinaire problemenclassificatie. *Huisarts en Wetenschap* (1978) 21:53-9.

* De hier beschreven samenwerking is de resultante van deze twee vormen van overleg.

HUISARTS ALS SAMENWERKER IN EEN GEZONDHEIDSCENTRUM

- 5 Boom-v. Duyn F.T., J.P.J. Bastiaenen en G. Goudriaan. *Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra*. Eindrapport uitgebracht door Stichting ITOBA in opdracht van het Praeventiefonds. Praeventiefonds, Den Haag 1976.
- 6 Riphagen F.E., *Zeven vette jaren. Een beschrijvende analyse van multidisciplinaire samenwerking in Rotterdam-Ommoord*. Academisch proefschrift, Rotterdam 1980.
- 7 Crebolder H.F.J.M., *Onderzoeken rond een gezondheidscentrum. Cliënten, cijfers, beschouwingen*. Academisch proefschrift, Nijmegen 1977.

De wijkverpleging

Inleiding

Wijkverpleging is een taak van de kruisverenigingen. De oprichting van de kruisverenigingen kwam tot stand na de Wet op de besmettelijke ziekten van 1872. Het doel van de kruisverenigingen was erop gericht, de bevolking bij de uitvoering van de wet te betrekken door meer gevoel voor hygiëne te propageren en de middeelen tot verbetering van de hygiënische omstandigheden te verschaffen. Later verschoof het accent naar de ziekenverpleging aan huis, waardoor een grote behoefte aan verpleegkundigen ontstond. Door de uitbreiding van de taken op curatief en preventief gebied ten behoeve van de bevolking, vroeg dit een aanvullende opleiding op het diploma A-ziekenverpleging, n.l. de opleiding tot verkrijging van de wijk-aantekening. De afgestudeerde verpleegkundigen van deze opleiding verkregen de functie-aanduiding wijkverpleegster. De huidige benaming is wijkverpleegkundige. Sinds 1976 kunnen in de functie van wijkverpleegkundige ook de afgestudeerde verpleegkundigen van de Hogere Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen aangesteld worden.

Sinds 1965 zijn ook wijkziekenverzorgenden betrokken bij de thuisgezondheidszorg. Deze functionarissen behartigen in hoofdzaak, onder begeleiding van de hoofdwijkverpleegkundige c.q. wijkverpleegkundige, de curatieve behoeften van de wijkbewoners. Door deze ondersteuning van de wijkziekenverzorgende is het mogelijk dat de wijkverpleegkundigen meer aandacht besteden aan o.m. voorlichting, preventie en begeleiding van nieuwe collegae en stagiaires. Bovendien kan de wijkverpleegkundige de belangen van de patiënten optimaal behartigen door in direct of indirect contact met ziekenhuizen/verpleegtehuizen alwaar de patiënt is of zal worden verpleegd, te streven naar continuïteit van zorg.

Bij de uitvoering van deze werkzaamheden zal de wijkverpleegkundige degenen die zij hulp biedt benaderen als mensen met een eigen verantwoordelijkheid. Mensen die men in hun waarde moet laten. Zij zal - waar mogelijk - de mensen als het ware uitdagen om (weer) te komen tot zelfzorg en/of mantel-

zorg. De deskundigheid van de wijkverpleegkundige zou men eigenlijk moeten zien als een aanvulling op de tijdelijke of blijvende tekorten van menselijke mogelijkheden. Naast de individuele hulpverlening is door de aanstelling van hoofdwijkverpleegkundigen de mogelijkheid geopend in samenwerking van het team van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden met andere hulpverleners, een optimale zorg te verlenen in het belang van het lichamenlijk, geestelijk en sociaal welzijn van de mens in zijn milieu.

Het werk van de wijkverpleegkundige

Onder het werk van de wijkverpleegkundige wordt verstaan:

1. Het geven van voorlichting en uitvoeren van activiteiten ter bevordering van de gezondheid en bestrijding van ziekten.
2. Het aan huis verplegen, verzorgen en begeleiden van personen voor wie hulp van een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende nodig is.
3. Het begeleiden van nieuwe collegae en stagiaires.
4. Ondersteunende werkzaamheden zoals administreren, registreren, rapporteren en het houden van werk- en andere besprekingen.

ad 1:

Het geven van voorlichting en uitvoeren van activiteiten ter bevordering van de gezondheid en bestrijding van ziekten.

Door het geven van voorlichting en uitvoeren van verpleegkundige activiteiten, beoogt men het ontstaan en de uitbreiding van ziekten te voorkomen en de bestrijding daarvan te bevorderen, waar dit ook maar nuttig en zinvol kan zijn.

Deze taken hebben o.m. betrekking op:

- jeugdgezondheidszorg
- de zorg voor bejaarden
- de zorg voor minder-validen
- de bestrijding van ziekten zoals: gewelziekten; reuma; hart- en vaatziekten; geslachtsziekten; tuberculose; chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA)

- geestelijke hygiëne.

Ter realisering van deze taken worden huisbezoeken gebracht bij de daarvoor in aanmerking komende gezinnen en personen. Men geeft daarbij voorlichting en advies, zowel met betrekking tot b.v. voedingsgewoonten, hygiëne e.d. als tot te nemen maatregelen met betrekking tot de gezondheid. Men wijst op het belang van medische begeleiding, alsmede op de aanwezige mogelijkheden die ter voorkoming van een ziekte dan wel tot herstel kunnen meewerken zoals:

- regelmatige controle bij arts, consultatiebureau
- het doen van voorgeschreven oefeningen
- het aanbrengen van aanpassingen in huis
- het gehoor geven aan de oproep voor bv het gehooronderzoek.

ad 2:

Het aan huis verplegen en verzorgen van personen voor wie de hulp van een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende nodig is.

In overleg met de huisarts wordt verpleegkundige en/of verzorgende hulp geboden aan degenen die vanwege een ziekte of handicap zichzelf niet kunnen helpen. De hulp die men geeft, bestaat uit concrete handelingen zoals:

- bedverpleging
- verbinden
- injecteren (uitsluitend op voorschrift van de huisarts)
- oefeningen voor revalidatie
- assisteren bij de A.D.L.-training (Activiteiten Dagelijks Leven)

Tijdens het uitvoeren van deze handelingen heeft de wijkverpleegkundige i.c. wijkziekenverzorgende de mogelijkheid tot signaleren. Hierdoor is de wijkverpleegkundige een waardevolle partner in overlegsituaties met de huisarts en anderen in het belang van de patiënt:

Naast deze taken zal de wijkverpleegkundige de patiënt en/of de huisgenoten begeleiden t.a.v.

- het regelmatig innemen van medicijnen
- het houden van een dieet

- het doen van oefeningen
- de zorg tijdens de terminale fase en daarna,
- etc.

Waar dit nodig is streeft de wijkverpleegkundige door voorlichting en instructie naar participatie van huisgenoten en/of anderen in het verpleegplan.

Voor advies en ondersteuning op specifiek terrein kan de wijkverpleegkundige zich wenden tot de districtsverpleegkundige werkzaam bij een der specifieke diensten.

ad 3:

Het begeleiden van nieuwe collegae en stagiaires.

Door de beroepsvoorbereidende opleidingen MBOV, HBOV en MGZ worden verpleegkundigen afgeleverd die o.m. formeel in het veld van de maatschappelijke gezondheidszorg aangesteld kunnen worden. Bij indiensttreding bij een kruisorganisatie is het van belang dat de nieuwe collega gedurende een bepaalde termijn introductie ontvangt onder begeleiding van een wijkverpleegkundige. Deze periode kan gezien worden in het kader van een functietraining.

De wijkziekenverzorgende, die geen zelfstandige wijk heeft, doch patiënten verzorgt van de met haar samenwerkende wijkverpleegkundigen, behoeft voortsnog een blijvende werkbegeleiding.

Stagiaires in opleiding voor verpleegkundige in de MGZ zijn verplicht onder begeleiding ervaring op te doen in de praktijk. Ook leerlingen van de Hogere en Middelbare Beroepsopleidingen voor verpleegkundigen kunnen een stage in het M.G.Z.-veld kiezen. Deze stages zijn echter van kortere duur, maar meer omvattend omdat deze studenten nog geen verpleegkundigen zijn.

De stagiaires van de opleiding Kinderaantekening maken kennis met de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en brengen enkele huisbezoeken met de wijkverpleegkundige. De begeleiding van bovengenoemde stagiaires behoort tot het werk van de wijkverpleegkundige.

ad. 4:

Ondersteunende werkzaamheden zoals administreren, registreren, rapporteren en het houden van werk- en andere besprekingen. De wijkverpleegkundige bestrijkt door haar verschillende en veelzijdige werkzaamheden een breed terrein in het veld van de gezondheidszorg. Zij is daardoor in de gelegenheid, zo nodig schriftelijk, belangrijke gegevens te verstrekken aan de huisarts, de specialist, de hoofdwijkverpleegkundige, de districtsverpleegkundige en maatschappelijk werker. Ten behoeve van een eigen overzicht in werkwijze en het planmatig werken ook t.b.v. het verpleegkundig methodisch handelen, legt de wijkverpleegkundige de verrichte werkzaamheden vast in een kaartstelsel. Daarnaast legt zij in aantal de verrichte handelingen vast in de maand- en jaaroverzichten t.b.v. de eigen organisatie, statistiek en de Geneeskundige Hoofdinspectie van Volksgezondheid. Problemen of ontwikkelingen op een specifiek gebied kunnen met de betreffende districtsverpleegkundigen worden besproken. Werkbesprekingen, teambesprekingen en andere besprekingen, alsmede het lezen van vakliteratuur en het volgen van bijscholingen, kunnen de functionarissen op de hoogte brengen van de nieuwste ontwikkelingen op de verschillende gebieden van de gezondheidszorg.

BIJLAGE I Schematische indeling van het werk van de wijkverpleegkundige. (ontleend aan: het W.A.S., toelichting bij het ruitersysteem).

Verzorgen	Handelend verplegen		Begeleidend verplegen				
	Verpleegtechnisch handelen	Medicijn toedienen	Reaktiveren	Helpen bij het realiseren van therapie en leefregels	Begeleiden in probleemsituaties	Gezondheidsvoorzichting/-beoordering	Medewerken aan screeningspro-jecten
Geven van algehele/gedeeltelijke lichamelijke hygiënische verzorging. Geven van hulp bij A.D.L.-functies, o.a. - Wassen van patiënt geheel of gedeeltelijk. - Verschoneren van bed - Hulp bij aan/uitkleden - Aandoen van prothese - Hulp bij W.C. Hulp bij verplaatsing in en uit bed.	1. Hulpverlening gericht op urogenitaal stelsel, clymata, wondverzorging, o.a. - Catheteriseren - Open wond verzorgen - Decubitus verzorgen - Stompbehandelingen - Druk- en steunverbanden geven. - A.P. verzorgen - U.P. verzorgen 2. Controleren lichaamsfuncties. - Controleren van temperatuur, polsademhaling. - Gewicht, urine, faces, gehoor etc. controleren. - Bewegingsapparaat controleren i.v.m. of ter voorkoming van functieverlies.	Toedienen van medicijn d.m.v. o.a. - injecties - sonde (ook voeding) - orale toediening - vaginale toediening - rectale toediening - oog-, oor-, neusdruppelen - inhalatie	Bevorderen van lich./milieu validiteit. Bevorderen van de zelfstandigheid. Assisteren bij het herstel van lichaamsfuncties. Toepassen van technieken. Hulp bij gebruik van hulpmiddelen o.a. - Adviseren rond aanpassingen. - Passieve oefentherapie. - Aktieve oefentherapie. - Blaastreining. - Toezicht op of instructie bij gebruik van hulpmiddelen voor A.L.D.-functies. - Toezicht op of instructie bij gebruik van andere hulpmiddelen. - Advies en informatie geven rond verplaatsingsmiddelen woning aanpassing en andere aanpassingen.	Geven van advies over en stimuleren van de toepassing van de voorgeschreven leefregels, o.a. - T.a.v. medicijngebruik. - Voeding en dieetvoeding. - Tijds medische controle. - Andere voerschreven leefregels.	Assisteren bij het analyseren, oplossen of aanvaarden van problemen, met name het begeleiden in het functioneren, zowel in psychisch-, sociaal-, als maatschappelijk opzicht, bij veranderde of veranderende levensomstandigheden, o.a. - Opvoedingsproblemen bij kinderen. - Psych. problemen m.b.t. ziekte/handicap. - Problematiek rond opname verpleeg/verzorgingstehuis. - Stervensbegeleiding. - Verlies echtgenoot(e), kind.	Bijbrengen van inzicht inzake eigen mogelijkheden voor het bevorderen van zoektocht naar gezond gedrag. Voor zover gewenst in het realiseren daarvan, o.a. - Bezoeken brengen de vorm en de methode van het gezondheidsvoorlichting ter verformatie en het geven van adviezen en bij het realiseren van gezond gedrag. - Opvoedingsproblemen bij kinderen. - Psych. problemen m.b.t. ziekte/handicap. - Problematiek rond opname verpleeg/verzorgingstehuis. - Stervensbegeleiding. - Verlies echtgenoot(e), kind.	Onder screening wordt het projectmatig onderzoek verstaan, dat zich richt op alle tot een bepaalde groep behorende personen en waarbij de vorm en de methode van het onderzoek van te voren bekend en behorende personen dezelfde is, o.a. - P.K.U. - Geboortescreeening - Cervixscreening

levert het werken in een gezondheidscentrum voor de wijkverpleegkundige op? Wat kan zij zelf doen om de mogelijkheden van een gezondheidscentrum volledig te benutten, en wat kunnen anderen doen om de wijkverpleegkundige optimaal te laten functioneren in een gezondheidscentrum?

De drie vragen staan centraal in dit artikel. Het stellen ervan én de antwoorden erop zijn voortgekomen uit de themamiddagen voor wijkverpleegkundigen over hun positie in het samenwerkingsverband. Daarnaast is een artikel aangevuld met persoonlijke ervaringen.

Dit artikel is geschreven door een wijkverpleegkundige en een eerstelijns ondersteuner; de inhoud echter wordt gedeeld door alle wijkverpleegkundigen uit de gezondheidscentra in Groningen en Drenthe. We hopen dat u zich met dit artikel zelf maar vooral anderen voorhoudt wat er gedaan kan en moet worden om de mogelijkheden van een gezondheidscentrum uit te buiten en hoe men elkaar als wijkverpleegkundige kan steunen om daarin beter te kunnen functioneren.

Van binnen uit bekeken

Wat kan je buiten je de mogelijkheden van een gezondheidscentrum uit en hoe kan je elkaar als wijkverpleegkundigen steunen om daarin beter te kunnen functioneren?

Hannie Wardenaar en Dorrit Gooskens*

Hannie Wardenaar werkt al meer dan dertien jaar in de gezondheidszorg. Ze is al jaren functioneert in de 3 provincies een regionale contactgroep (r.k.g.) van de Landelijke Vereniging van gezondheidscentra. Bij deze regionale contactgroep zijn inmiddels 10 centra aangesloten waarvan bestaat het oudste ongeveer 10 jaar het jongste sinds oktober 1982. Eén van de activiteiten van de r.k.g. was vorig jaar het organiseren van een themamiddag voor wijkverpleegkundigen over hun positie in het samenwerkingsverband. Deze middag werd voorbereid door een wijkverpleegkundige en medewerkster van het S.P.E.L. (Samenwerkings Platform Eerste Lijn te Groningen). Het einde van deze middag bleek er een behoefte te bestaan dit contact tussen wijkverpleegkundigen te herhalen. Er is na 5 maanden opnieuw een themamiddag georganiseerd, telkens voorbereid door wijkverpleegkundigen van een ander centrum, samen met de S.P.E.L.-medewerkster.

Oud van de bijeenkomsten was ten dele een uiting van ervaringen. Eensgezind was men van mening dat lang niet in alle centra de positie van de wijkverpleegkundigen duidelijk was, en dat zij ook niet de

waardering kreeg die zij vanwege haar plaats in de eerstelijns gezondheidszorg verdient. Tijdens de bijeenkomsten is gezocht naar de oorzaken van knelpunten. Voor een deel lagen die knelpunten in het eigen functioneren van de wijkverpleegkundige, voor een ander deel in het functioneren met personen uit andere disciplines. Ook structurele knelpunten zijn genoemd, maar verder nog niet uitgediept. Vanzelfsprekend loste dit drietal bijeenkomsten niet alle knelpunten op. Een conclusie was, dat door het uitwisselen van ervaringen en ideeën mensen verder kunnen in hun eigen situatie. Een andere positieve ervaring was, dat er in deze setting ook gewerkt kan worden aan bewustwording.

Wat het werken in een gezondheidscentrum voor de wijkverpleegkundige blijkt te kunnen opleveren.

De wijkverpleegkundige heeft contacten met alle jonge gezinnen in haar wijk (jeugdgezondheidszorg), met ouders en met zieken, zowel voor curatieve, preventieve en positieve zorg, kortom: de wijkverpleegkundige ontmoet in het werk allerlei mensen die in situaties verkeren waarbij hun gezondheid en welzijn in het geding is. Vanuit deze positie kan zij/hij gemakkelijk de hulpbehoefte signaleren en/of helpen verwoorden.

Vroeger hadden we vaak het gevoel alléén met de ellende van de mensen rond te lopen. Het werken in een gezondheidscentrum maakte dat we in het begin alleen nog maar méér problemen zagen door alle informatie van anderen over mogelijke problemen. Langzamerhand ontstond een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid, waardoor we enerzijds de gesignaleerde problemen meer konden relativeren en anderzijds creatiever werden in het zoeken naar mogelijkheden voor hulp aan iemand.

*Hannie Wardenaar is in dienst bij de plaatselijke vereniging 'Het Groene Kruis' en was daarvoor reeds 2½ jaar werkzaam als wijkverpleegkundige in Delft. Sinds 1982 is zij verbonden aan een samenwerkingsverband, dat uitgroeide tot het gezondheidscentrum Assen-Oost, geopend in 1975.

Dorrit Gooskens werkt sinds mei 1982 als medewerkster van het S.P.E.L. in Groningen. Een van de activiteiten van het Samenwerkings Platform Eerste Lijn Groningen richt zich op de ondersteuning van op te richten danwel bestaande samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.

De wijkverpleegkundige vormt hierdoor een belangrijke schakel in de overgang van zelf- en mantelzorg naar professionele hulpverlening. In de positie van de wijkverpleegkundige is het mogelijk te bewaken waar de mensen naast zelfzorg ook mantelzorg nodig hebben en waar ook professionele hulpverlening geboden moet gaan worden.

Het werken in een gezondheidscentrum biedt mogelijkheden om regelmatig contact te onderhouden met andere hulpverleners. Uit dit contact kan meer inzicht groeien in ieders beroepskwaliteiten en de persoonlijke invulling ervan, hetgeen de zorg van de wijkverpleging kan verbeteren. De wijkverpleegkundige kan de mensen hierdoor zelf gericht hulp bieden alsook beter adviseren over andere professionele hulp. Het contact met andere hulpverleners kan op den duur ook gaan leiden tot een op elkaar afgestemde hulpverlening vanuit gezamenlijke opvattingen over een optimale zorg.

Samenwerken in een gezondheidscentrum heeft wijkverpleegkundigen, afhankelijk van de fase van hun samenwerking, het volgende opgeleverd:

1. meer en beter contact met andere hulpverleners, wat kan leiden tot verwijzing en consultatie.
2. frequente en gerichte afstemming van zorg, al dan niet gebaseerd op gezamenlijke visies op hulpverlening.
3. meer en betere leermogelijkheden. Hierbij zijn de volgende terreinen genoemd: je eigen functioneren in de hulpverlening, je eigen taak als wijkverpleegkundige, gelijkwaardig omgaan met elkaar als teamleden, bredere levensvisie en openstaan voor verandering.
4. ontwikkelen van nieuwe activiteiten, al dan niet met andere disciplines.

Wat kunnen we zelf doen om de mogelijkheden van een gezondheidscentrum volledig te benutten.

Bij de start van het samenwerkingsverband hadden we de verwachting dat we samen met anderen de zorg voor de patiënt/cliënt kunnen verbeteren. Ook werd het de anderen duidelijk dat onze inbreng in de samenwerking van essentieel belang kan zijn voor het verbeteren van de zorg. Je zult dus vertrouwen moeten opbouwen over datgene wat je kunt als wijkverpleegkundige, zowel bij jezelf als bij die anderen. Zo zal bij jou ook vertrouwen in deskundigheden van de anderen moeten groeien.

De wijkverpleegkundige heeft geleerd ziekte en gezondheid te zien als een niet op zichzelf staand gegeven.

Verder willen we nog maar eens noemen dat verplegen niet een verlengstuk is van het medisch handelen, zoals het beeld van ons beroep door de ziekenhuiswereld vaak is vervormd. Verplegen is te omschrijven als een totaliteit van lichamelijke, psychische, sociale en geneeskundige zorgaspecten: alles verstrengeld in een verpleegkundig handelen. Dit is een globale samenvatting van verpleegkundigen, die dit uitvoeriger hebben omschreven.

De taken van de wijkverpleegkundige brengen haar in een positie dichtbij de mensen. Om bij ieder mens goed te kunnen afwegen of er naast zelfzorg, mantelzorg danwel een bepaalde vorm van professionele hulp nodig is, zal zij/hij haast in de huid van die andere mens

moeten kunnen kruipen. Deze gevoeligheid voor een ander mens maakt haar/zijn bijdrage in een patiëntbespreking met andere hulpverleners van groot belang. Voor de wijkverpleegkundige kan aanvullende informatie van andere hulpverleners bruikbaar zijn om te kunnen bepalen of en op welke wijze iemand mantelzorg danwel een vorm van professionele hulpverlening nodig heeft.

Als een aantal mensen besluit samen te gaan werken in een gezondheidscentrum heeft elk van de deelnemers daar min of meer eigen verwachtingen van. Lang niet altijd worden die verwachtingen ook met elkaar uitgewisseld.

In het begin kosten opzet en organisatie van een centrum veel tijd en energie. Het maakt nogal wat verschieven er het initiatief neemt. Soms is dat de kruisverenging, die toevallig aan nieuwbouw toe is. Soms wil een gemeente voorzieningen treffen in een uitbreidingsplan. Soms, zoals in ons geval, wil een aantal mensen de bestaande situatie omvormen tot een gezondheidscentrum. Het merkwaardige is dat juist dit idealisme door de buitenwereld met wantrouwen werd bekeken. Nog vóór alle structurele hobbels en knelpunten waren opgelost, wilden wij hulpverleners echt samen aan het werk. Een samenwerkingsverband moet zowel voor de patiënt, maar toch ook voor de hulpverleners zelf iets opleveren. Vooral door de kritische opstelling van de buitenwereld voelden we de druk om zo snel mogelijk laten zien wat we allemaal samen gingen doen. Een centraal gebeuren in ons gezondheidscentrum, de casuïstiekbespreking, kwam in het begin dan ook onder een zware druk te staan. Iedere deelnemer wilde daar iets van het eigen doel in verwezenlijkt zien. Stel je voor 1½ uur per week, wil bijvoorbeeld de huisarts patiënten met ernstige psycho-sociale problematiek bespreken met de maatschappelijk werkers, chronische patiënten verwijzen naar de wijkverpleegkundige.

De maatschappelijk werker wil democratisering van gezondheidszorg, duidelijk maken dat het maatschappelijk werk meer doet dan materiële problemen oplossen. De wijkverpleegkundige wil eigenlijk een heleboel maar 1½ uur is om voordat je het weet.

Zo wilden we afstemming van zorg rond de zuigelingen (wie geeft welke adviezen?) en afstemming van zorg voor chronische patiënten (denk nou eens mee!). Het was heel lastig voor ons om aandacht te vragen voor deze problemen. Ogenscheinlijk leken deze ons minder belangrijk dan de zware psycho-sociale problemen, die het team op de voorgrond stonden. Frustraties alom.

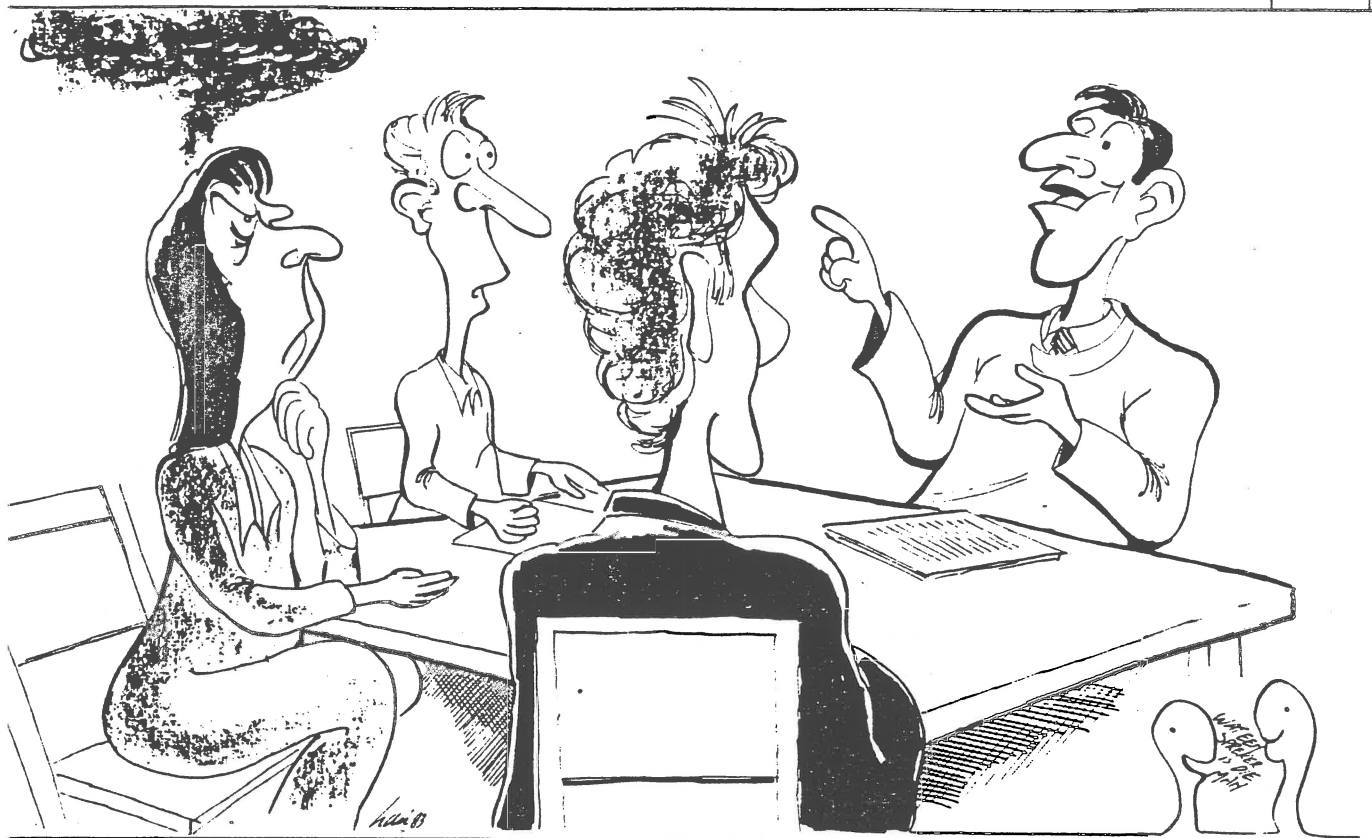
Grote onduidelijkheid, maar (hulpverleners als we zijn) we proberen orde in de chaos te scheppen. Er wordt dus gepraat, veel gepraat. De beste of de geleerdste prater heeft het meeste gehoor. De wijkverpleegkundige, veelal een praktische prater, wacht op betere tijden, ergert zich blauw, zwijgt, wordt agressief of haakt helemaal af; jammer.

Wij, in onze situatie, hebben het gered. Met behulp van buiten zijn we toch tot samenwerken gekomen. Terwijl we kijken op de ontwikkeling van ons centrum en de samenwerking met anderen denken we dat het volgende van lang is.

Om als wijkverpleegkundige je volledig bewust te worden van je positie en om van hieruit te kunnen handelen, is de steun van collega's onmisbaar.

Collegiaal overleg komt wel voor, maar onttaardt nog eens in het voortdurend uiten van allerlei teleurstellingen:

- zo is ons beroepsbeeld nog steeds onduidelijk bij andere disciplines;
- het vakjargon van het maatschappelijk werk waar



ding van de wijkverpleegkundige kan zelf ook een be-
ring zijn in de samenwerking. Aanpassen en inschikken
z'n tijd een nuttige bijdrage zijn tot het teamfunctione-

igen zich zo aan ergeren en de veelheid van hun
en;

tsen die zo kunnen domineren;
et gepraat over structuren en financiën, om maar
noemen.

uurlijk is stoom afblazen op z'n tijd prima, daar
gelegenheid voor zijn. Daarna kun je als collega's
rgie in positieve zin gebruiken door met elkaar te
werken aan bijvoorbeeld verduidelijking van het
beeld en bewuster omgaan met het eigen be-

werken met een verpleegplan kan een goed
iddel zijn bij het verduidelijken van onze werk-
Ook daarmee kun je samen oefenen, zodat het
in de zorg van de wijkverpleegkundige steeds
lijker gaat worden.

legiaal overleg is een goede plek om met elkaar
cht te besteden aan het samenwerken met andere
ines. Ervaring met samenwerken in eigen kring
makkelijker o. a. het praten over de verwachtingen
van elkaar hebt in de hulpverlening en het praten
ders kwaliteiten en mogelijkheden in die hulp-
ng. Binnen het collegiaal overleg kun je bij-
eld elkaar moed inspreken, elkaar in de gaten
1 zodat niemand zich over de kop werkt, samen
en over de manier waarop iets aangepakt kan
1 en ten slotte samen oefenen in het formuleren
t je precies van die andere hulpverlener verwacht
gedrag naar dit of dat gezin toe. Het is jammer dat
zo laat hebben ontdekt welke steun we van col-
overleg kunnen hebben.

ding van de wijkverpleegkundigen zelf kan ook
lemmering zijn in de samenwerking. Aanpassen

en inschikken kan op z'n tijd een nuttige bijdrage zijn tot
het teamfunctioneren, maar is op den duur erg onbe-
vredigend. Stelt de wijkverpleegkundige zich echter al
te agressief op om aandacht te vragen, die zij of hij be-
langrijk vindt, dan geeft die houding ook niet de ge-
wenste resultaten.

Tijdens de laatste bijeenkomsten van wijkverpleeg-
kundigen hebben we geoefend met ander gedrag d.m.v.
rollenspelen. * Dit samen oefenen werkte verhelderend
voor alle deelnemers. Temeer omdat op deze wijze de-
genen met meer ervaring anderen konden stimuleren en
steunen. De laatste bijeenkomst gaf ons een enorme
stimulans om door te gaan en de opgedane vaardighe-
den te integreren in de eigen situatie.

Vervolgens kijken we naar het werk *samen met andere disciplines*.

De casuïstiekbespreking is zoals genoemd een belang-
rijk onderdeel van de samenwerking, maar is geen doel
op zichzelf. Ook al is naar onze overtuiging samenwer-
king van groot belang, niet al het werk hoeft multidisciplinair
besproken te worden. Niet alles hoeft ter discus-
sue te worden gesteld. Gelukkig maar! Wat er samen
besproken dient te worden hangt vooral af van het doel
van de teambespreking van dat moment.

Toen de chaos compleet was, hebben wij als werkers
van het gezondheidscentrum hulp gevonden in de vorm
van agogische begeleiding. Toen werd ons pas duidelijk
dat er overeenstemming gevonden moest worden over
de doelen, zoals oefenen in verwijzen, consultatie, zicht
krijgen op het gezamenlijke patiëntenbestand.

Geleidelijk aan werd ons duidelijk dat deze doelen
aspecten zijn die de kwaliteit van de hulpverlening kun-
nen verbeteren. Verder is het nodig zicht te krijgen op el-
kaars mogelijkheden. Zaken als consulteren en verwij-
zen kunnen pas goed verlopen als er vertrouwen wordt
opgebouwd, als een team geleidelijk leert omgaan met
kritiek, maar ook met waardering. Vooral dat laatste
was voor ons erg moeilijk. Verder zul je als team met

Tekening: Han van der Pool

conflicten moeten leren omgaan.

Aan al deze zaken hebben we gewerkt o.a. in de casuïstiekbesprekingen. We hebben volgens verschillende methoden gewerkt om patiënten/cliënten te bespreken.**

Welke methode er ook gekozen wordt, er kunnen steeds maar enkele zaken aan de orde komen. Er moet dus gelegenheid worden gecreëerd tot werkoverleg in twee- of drietalen, bijvoorbeeld door middel van een vast ontmoetingsmoment per dag. Wij drinken gezamenlijk koffie en na 9 jaar is dit nu het belangrijkste samenwerkingsmoment geworden. Hoe zo'n overleg informeel tussen 2 of meer personen verloopt, hangt weer samen met de fase van de teamontwikkeling. Datgene wat je leert in een gezamenlijke casuïstiekbespreking kun je dagelijks toepassen.

Naarmate er een min of meer open werksfeer ontstaat, wordt gaandeweg duidelijker wat je extra aan kunt, bijvoorbeeld aan projecten. Pas als duidelijk wordt wat ieders kwaliteiten en mogelijkheden zijn, maar ook waar haar of zijn grenzen liggen, kun je met resultaten iets aanpakken. Duidelijke afspraken over de tijd, die ieder kan en wil steken in de samenwerking, maakt het ook mogelijk om elkaar daarop aan te spreken.

In ons centrum hebben we het samenwerken ervaren als een dynamisch gebeuren. Er zijn perioden geweest waarin veel kon als team in z'n geheel. Daarna kwamen er weer tijden waarin de disciplines zich meer met de eigen zaken bezig gingen houden. Om dan van daaruit weer de behoefte te voelen om meer als team bezig te zijn.

Deze dynamische beweging vinden we toch noodzakelijk. Daardoor kun je het wat relativeren als één van de disciplines zich wat terugtrekt. Toch moet dit gebeuren wel kritisch worden gevolgd, om te voorkomen dat een discipline of teamlid geheel afdrijft.

De contacten naar buiten met andere personen en/of instellingen lopen bij ons beter naarmate er intern een zeker evenwicht bestaat. Zo hebben we steeds meer als gezondheidscentrum contact naar buiten en niet alleen als individuen. In gezondheidscentra gebeuren heus geen wonderen, maar door optimaal gebruik te maken van elkaars beroeps- en persoonlijke kwaliteiten, bereiken we toch dat wat we beogen: een verbetering van de zorg voor de patiënten.

Wij hebben gemerkt dat anderen zich nogal eens spiegelen aan datgene wat wij als ouder centrum hebben bereikt en zich daardoor gemakkelijk laten ontmoedigen. Het is goed zich te realiseren dat bij ons sommige dingen ook op moeizame wijze tot stand zijn gekomen. Andersom is het voor ons als samenwerkers zo gewoon geworden. Uit gesprekken met beginners merken we dat we in de loop der jaren toch heel wat hebben bereikt.

Tijdens de bijeenkomsten met wijkverpleegkundigen hebben we ieders ervaringen uitvoerig besproken. Hierbij kwamen ook heel wat knelpunten naar voren waar ook anderen bij nodig zijn om ze weg te nemen.

De wijkverpleegkundigen hebben, afhankelijk van de fase van hun samenwerking, het volgende gedaan om de samenwerking te realiseren:

1. opbouwen van vertrouwen in eigen en andermans deskundigheid.
2. duidelijk en assertief leren presenteren van eigen deskundigheden.
3. verduidelijken van eigen en andermans beroepsbeelden naar elkaar toe.

4. duidelijk en assertief uiten van eigen verwachtingen naar andere hulpverleners toe, o.a. wat informatie betreft.

5. uitwisselen van verwachtingen en doelen binnen de samenwerking.

6. realiseren van vaste ontmoetingsmomenten, inclusief een teamoverleg.

7. signaleren van belemmeringen om de samenwerking verder uit te bouwen en waar mogelijk aanpakken, eventueel met hulp van buiten.

8. steun halen bij collegiaal overleg en bij anderen binnen de kruisorganisatie.

9. verder ontwikkelen van verbale vaardigheden.

10. op gang brengen van verwijzing en consultatie binnen en buiten het teamoverleg met behulp van aandacht voor omgaan met kritiek en waardering.

Wat kunnen anderen doen om de wijkverpleegkundige optimaal te kunnen laten functioneren in een gezondheidscentrum.

In de eerste plaats verwachten we van de kruisvereniging een positieve ondersteuning. In dat licht gezien vinden wij het verschijnen van de Contourennota een erkenning van ons pionierswerk.

Het functioneren in 2 groepen, namelijk het samenwerkingsverband en de basiseenheid, is een steeds weerkerende bron van loyaliteitsproblemen.

Een paar oorzaken zijn er wel voor aan te geven bieden ze niet direct een oplossing:

■ In een gezondheidscentrum leer je als wijkverpleegkundige veel nieuwe dingen, zoals vergadertechniek. Zicht krijgen op het groepsgebeuren, omgaan met gecompliceerde hulpvragen, omgaan met voorlichting groepen, enz.;

■ Door in een democratische structuur mee te denken en mee te beslissen over beleidszaken verandert de visie van sommige wijkverpleegkundigen op de organisatie van de kruisvereniging en worden zij vaak als lastig ervaren;

■ We hebben bij de start van het samenwerkingsverband bewust gekozen voor een gelijk patiëntenbestand. We kozen voor huisartsgericht werken. De achtergronden voor deze keuze zijn niet in een paar zinnen duidelijk te maken. Onze keuze had als consequentie dat de wijken voor alle wijkverpleegkundigen in de regio moesten veranderen en wij in mindere mate wijkgeraad konden werken.

Dit zijn punten waardoor we ons toch wat onderscheiden van de basiseenheid, die dat niet altijd accepteert. De kruisvereniging zal door middel van een detacheringsovereenkomst samenwerkende wijkverpleegkundigen ruimte en waarborgen moeten geven voor de ontwikkeling en de continuïteit van gezondheidscentra. Die ontwikkeling zal op z'n minst stagneren als iedereen handeling en ieder overleg in tijd verantwoord moet worden. De wijkverpleegkundigen van hun kant kunnen...

* Dit oefenmateriaal inclusief toelichting is te leen bij het S.P.E.L. in Groningen, Gorecht 8; tel.nr. 050-139744.

** Bij S-1 is aan te vragen: 'Waar praten we in patiëntenbesprekingen over?'; hierin zijn modellen van gestructureerd overleg over hulpverlening. Bij de ondersteuningsorganen van de regio's, zoals S.P.E.L.-Groningen, is dit te leen.



en positieve bijdrage leveren door ieder jaar met activiteitenplan te komen en door middel van een verslag van het gezondheidscentrum verantwoordelijk te leggen van dat 'andere werken'.

Om niet in herhaling te vervallen van eerdere artikelen, volstaan we hier verder met een samenvatting van meer structurele knelpunten.

Anderen' kunnen het volgende doen om de wijkverpleegkundigen optimaal te kunnen laten functioneren in een gezondheidscentrum:

Kruisvereniging/met name bestuur
meer dan 1 wijkverpleegkundige detacheren in een gezondheidscentrum (samen sterk).
erkenning noodzakelijke tijdsinvestering gedetacheerde wijkverpleegkundige binnen centrum.
met belangstelling de ontwikkeling van het centrum volgen.

Hoofdwijkverpleegkundige, basiseenheid
versterken wederzijdse interesse in elkaars werk.
bereidheid tot reorganisatie van werkgebieden.
overleg over directe hulpverlening aan de hand van verpleegplan.

7. de hoofdwijkverpleegkundige beperkt zich tot een inhoudelijke ondersteuning van de hulpverlening en laat de leiding over aan het gezondheidscentrum.

Gezondheidscentrum bestuur/team

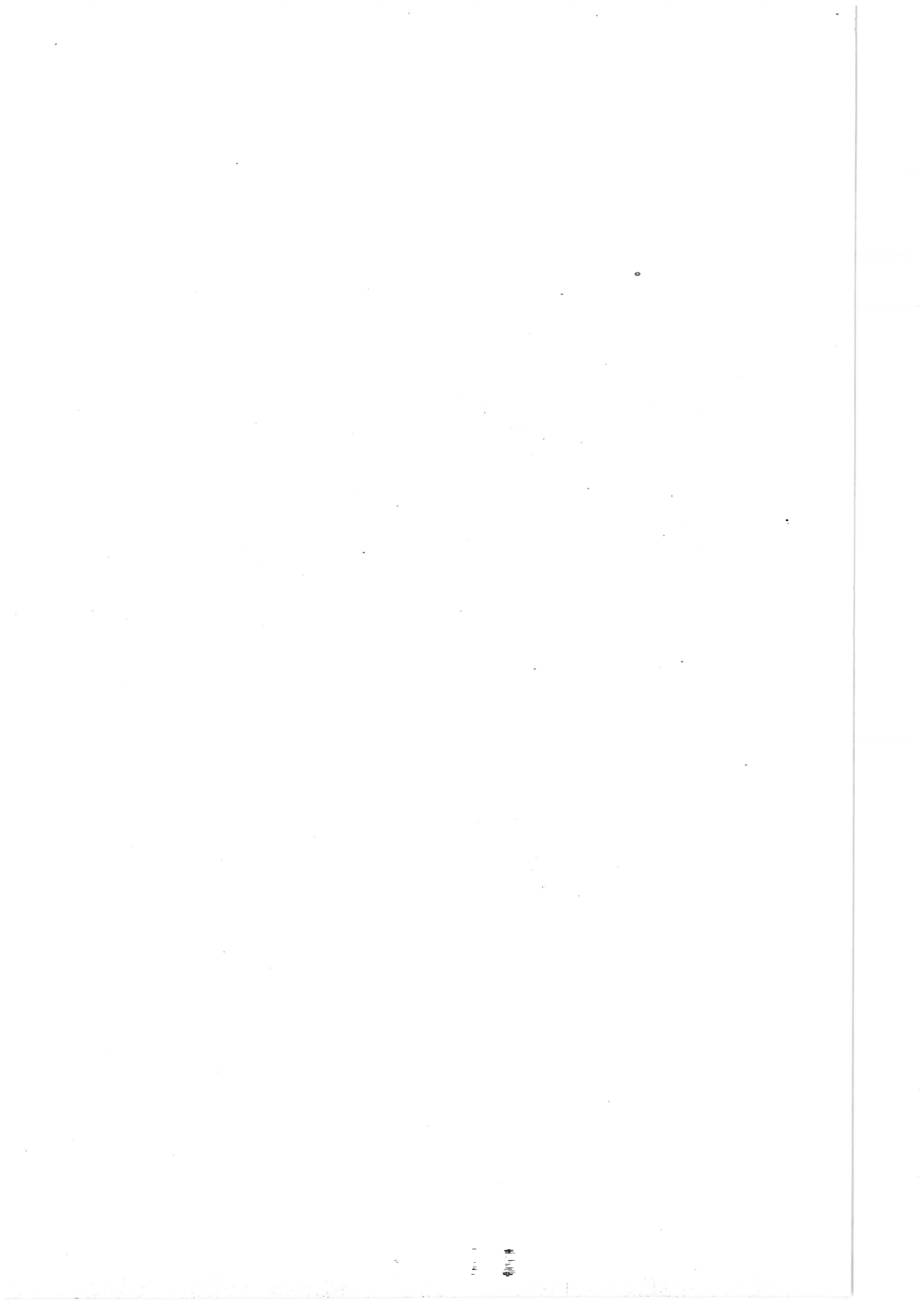
8. bespreken van ieders belangen in de verschillende posities, elkaar op de hoogte houden van ontwikkelingen daarin en waar nodig steun bieden.

9. bewaking grootte van het centrum.

10. bewaking tijdsinvestering hulpverleners, met name wat betreft overleg in relatie tot tijd voor directe hulpverlening.

11. jaarlijks activiteitenplan opstellen met daarin een indicatie van tijd voor patiëntgerichte activiteiten en overlegtijd.

12. activiteiten ontwikkelen om samenwerking uit te bouwen.



I Werkdoelen van het algemeen maatschappelijk werk *

Het algemeen maatschappelijk werk biedt hulp aan mensen, die problemen hebben:

- tengevolge van verstoorde of onvoldoende aanwezige relaties tussen hen en hun sociale omgeving
- bij het verwerken van gebeurtenissen en omstandigheden, die diep ingrijpen in het leven van mensen
- omdat ze zich onvoldoende zelfstandig kunnen handhaven en ontplooiën
- omdat ze onvoldoende kennis hebben van regelingen, voorzieningen en mogelijkheden in de samenleving
- omdat hun elementaire bestaansvoorwaarden ontbreken.

* Deze omschrijving is overgenomen uit de R.B.R. maatschappelijke dienstverlening van 15/10/'81 art. 2.

II De plaatsbepaling van het algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk is één van de kerndisciplines van de eerstelijnszorg, tegenwoordig ook wel de algemene thuiszorg genoemd.

Het algemeen maatschappelijk werk oriënteert zich in haar presentatie op de leef- en organisatiepatronen van de bevolking, waarbij een drieledige werkoriëntatie wordt onderscheiden:

- lokaal-gericht (voorpostfunctie in territoriale eenheden als buurt, wijk en dorp);
- vindplaats-gericht (kaders waarin problemen zich kunnen manifesteren, zoals in scholen, bejaardenvoorzieningen, ziekenhuizen.
- probleem-gericht (risicogevoelige groepen, zoals ex-psychiatrische patiënten, ex-delinquenten, oorlogsgetroffenen, slachtoffers van geweld, culturele minderheden, bejaarden, en dergelijke).

Ter toelichting het volgende:

Vaak is het onvoldoende om de AMW-taken in hun algemeenheid lokaal aan te bieden.

Afhankelijk van de lokale situatie kan het nodig zijn dat het AMW zijn aandacht daarnaast ook expliciet richt op bepaalde groepen en/of voorzieningen. Wij denken aan:

- schooljeugd/onderwijsvoorzieningen
- huisvestingszaken
- culturele minderheden
- arbeidsongeschikten/gehandicapten
- slachtoffers van geweld
- vluchtelingen.

Vanuit AMW-instellingen wordt nogal eens meegewerkt aan de sociale 'indicatiestelling' ten behoeve van huisvestingszaken, opname in bejaardenoorden, toelating tot bijzondere scholen voor buitengewoon onderwijs.

Als kerndiscipline in de eerste lijn heeft het AMW te maken met andere vormen van eerstelijns hulpverlening, waaronder in het bijzonder met de huisartsengeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging. Ook wordt samengewerkt met sociaal cultureel werk, onderwijs, G.S.D.'s, bejaardenzorg e.a.

Het AMW is er expliciet op gericht om met deze voorzieningen zodanige relaties te onderhouden, dat een optimaal en op elkaar afgestemd aanbod van hulpverlening wordt gerealiseerd. In sommige situaties nemen deze relaties de vorm aan van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verschillende hulpverleners voor de gehele eerstelijns hulpverlening in een bepaald gebied (wijkwerk, streven naar integrale hulpverlening e.d.)

Als één van de voorzieningen in de eerste lijn funktioneert het AMW als aanvulling op de zelfzorg en spontane mantelzorg. Waar mogelijk worden bij het vervullen van sommige taken vrijwilligers betrokken (m.n. bij de taken informatie en advies en concrete dienstverlening.) Ook is het algemeen maatschappelijk werk beschikbaar voor consultatie.

III Kenmerken van het algemeen maatschappelijk werk

- 1 Het AMW werkt procesmatig met gebruikmaking van agogische technieken. De hulpverlening kan individueel, partner/gezinsgericht of in een groep plaatsvinden.
- 2 Het AMW is er expliciet op gericht bij de vaststelling van de problematiek de omgevingsfactoren te betrekken, die in relatie tot de problematiek staan, om deze vervolgens óók bij de probleemoplossing te gebruiken.
- 3 Het AMW is toegankelijk zonder verwijzing.
- 4 Het AMW draagt (zo mogelijk tezamen met andere zorgverleners in de eerste lijn) bij aan de continue bereikbaarheid/ beschikbaarheid van de algemene thuiszorg.
- 5 Het AMW werkt ambulant.
- 6 Het AMW stelt zich open voor iedereen en voor een breed scala van hulpvragen (is niet specialistisch, is algemeen georiënteerd).
- 7 De cliënten van het AMW brengen hun problemen vaak niet geïndend; het AMW is er methodisch op gericht juist bij die vage of ongeordende problemen verhelderend te werken. Verder wordt op vragen van de cliënt ingegaan, meestal door zelf te begeleiden; soms door iemand te helpen gebruik te maken van gespecialiseerde instellingen, maar vaak gebeuren deze taken in combinatie.
- 8 Het AMW werkt curatief, structureel en preventief.
- 9 Daarbij blijft het AMW onafhankelijk in zijn opstelling.
- 10 Het AMW werkt zo mogelijk vanuit een teamverband, (mede met het oog op collegiale toetsing en kwaliteitsbewaking).
- 11 Het AMW werkt met de beroepscode voor de maatschappelijk werker *
- 12 Het AMW werkt samen met de andere eerstelijnsdisciplines.
- 13 Vanwege haar eerstelijnspositie wordt het AMW met een groot aantal verschillende problemen van cliënten en groepen in de samenleving gekonfronteerd.

* Deze beroepscode is overigens niet dwingend voor maatschappelijk werkers die niet bij de beroepsvereniging zijn aangesloten.

IV De taken van het algemeen maatschappelijk werk

Taak: Procesmatige hulpverlening (bij deze hulp ontwikkelt de cliënt sociale vaardigheden, waardoor hij/zij de eigen verantwoordelijkheid voor zijn situatie beter aan kan of deze situatie kan wijzigen).

Deeltaken	Omschrijving
Begeleiding bij psycho-sociale problemen	<ul style="list-style-type: none">- Het bemoedigend en steunend contact over kortere en langere tijd, vanwege een belastende situatie, waarin de kans bestaat dat de cliënt zonder voldoende inzicht en steun de moed verliest, vereenzaamt of tot kortsluitingsreacties komt.- Het op verandering richten van krachten van een cliënt of een cliëntensysteem, door het bieden van hulp, waardoor de cliënt of het cliëntensysteem probleemoplossend bezig kan zijn en zijn eigen mogelijkheden gaat benutten.- Cliënt helpen inzicht te krijgen in eigen houding en gedrag en in de relatien en communicatiepatronen met anderen.- Het begeleiden van een groep van personen die tezamen geen hulpeenheid vormen maar i.v.m. overeenkomstige problemen t.b.v. de hulpverlening zijn samengebracht (bijv. mensen met opvoedingsproblemen, bij echtscheiding en werkloosheid, psychosomatische klachten). Hierbij wordt bewust gebruik gemaakt van de eigen ervaringen en krachten van de deelnemers in een groep, hetgeen vaak neerkomt op het versterken van de onderlinge hulp.
Crisisinterventie	<ul style="list-style-type: none">- Opvang van, inspelen op, beschikbaar zijn voor noodsituaties met een spoedeisend karakter, waaronder: ernstige emotionele crises, verlatingen, mishandeling, weggelopen kinderen, en bij slachtofferhulp.

Taak: Informatie en Advies

Deeltaken	Omschrijving
Informatie	<ul style="list-style-type: none">- Wegwijs maken in sociale kaart, regelingen, procedures van diensten en voorzieningen.
Advies	<ul style="list-style-type: none">- Advisering bij materiële problematiek, zoals inkomensbesteding, huisvesting, opleiding, arbeid.

Taak: Bemiddeling en pleitbezorging

Deeltaken	Omschrijving
Bemiddelen naar organisaties en instituten	<ul style="list-style-type: none">- Wegnemen van barrières tussen cliënt enerzijds en instituten en organisaties anderzijds.- Cliënten vertrouwd maken met de inhoud en werkwijze van bestaande voorzieningen.- Hulp bij het vertalen van de eigen situatie van cliënten naar bestaande regelingen/voorzieningen.
Bemiddelen tussen personen	<ul style="list-style-type: none">- Gedacht wordt aan o.a.: omgangsregelingen na echtscheiding, burencollicten, conflicten op het werk.
Pleitbezorging	<ul style="list-style-type: none">- Ingaan op een verzoek van een cliënt-systeem - zijn belang te behartigen bij derden.

Taak: Verwijzing en consultatie

Deeltaken	Omschrijving
Verwijzing	<ul style="list-style-type: none">- Ervoor zorgen dat de cliënt daar terecht komt waar hij met zijn probleem het meest adequaat geholpen kan worden
Consultatie	<ul style="list-style-type: none">- Andere hulpverleners helpen bij het onderkennen en overwinnen van belemmeringen die samenhangen met hun taakvervulling.

Taak: Concrete dienstverlening (het verrichten van handelingen in plaats van de cliënt, eventueel met inschakeling van vrijwilligers).

Deeltaken	Omschrijving
Helpen bij gebruikmaken van bestaande voorzieningen	<ul style="list-style-type: none">- Verzorgen van aanvragen.- Opstellen van bezwaarschriften.- Meegaan met iemand: naar spreekuur, bij een opname of iets dergelijks.
Voorzieningen verzorgen	<ul style="list-style-type: none">- Zorgen dat voorzieningen, die voor cliënt nodig zijn, gerealiseerd worden.
Budgetteren/schuld-bemiddeling	<ul style="list-style-type: none">- Helpen bij het rondkomen van een inkomen.

Taak: Signaleren en entameren

Deeltaken	Omschrijving
Signaleren	<ul style="list-style-type: none">- Het opsporen en kenbaar maken van knelpunten in de samenleving of bij niet goed funktionerende instanties, bijv. bij woonsituaties, werkomstandigheden, toegankelijkheid van voorzieningen.
Entameren	<ul style="list-style-type: none">- Zelfhulp mede opbouwen en stimuleren; hiervan enkele voorbeelden: Cliënten aanmoedigen om in combinatie met anderen, die op gelijksoortige problemen stoten, aan de eigen situatie te werken. Ingeval van een specifieke lokale problematiek kan worden deelgenomen aan buurt- of wijkgroepen; dit met het oog op voorlichting danwel begeleidingsvragen.

Taak: Inschakelen en begeleiden van vrijwilligers

Deeltaak	Omschrijving
Inschakelen	<ul style="list-style-type: none">- Vrijwilligers bij de hulpverlening betrekken en taken laten vervullen m.n. als aanvulling op de taken informatie en advies en concrete dienstverlening.
Begeleiden	<ul style="list-style-type: none">- Individueel danwel groepsgewijs vrijwilligers begeleiden.- Ondersteunen van zelfhulporganisaties en zelfhulpgroepen.

Taak: Inschakelen en begeleiden van vrijwilligers

Deeltaak	Omschrijving
Inschakelen	<ul style="list-style-type: none">- Vrijwilligers bij de hulpverlening betrekken en taken laten vervullen m.n. als aanvulling op de taken informatie en advies en concrete dienstverlening.
Begeleiden	<ul style="list-style-type: none">- Individueel danwel groepsgewijs vrijwilligers begeleiden.- Ondersteunen van zelfhulporganisaties en zelfhulpgroepen.

OVER DE ORGANISATIE VAN HET AMW

Er zijn 180 AMW-instellingen die geografisch gespreid zijn over heel Nederland.

- 2/3 van deze AMW-instellingen zijn gecombineerd met gezinsverzoring
- AMW-instellingen die werken in een gebied dat meer dan één gemeente omvat, is eerder regel dan uitzondering (regionale problematiek).
- De AMW-instellingen werken gedeconcentreerd op wijk/dorpsniveau (de 180 AMW-instellingen zijn op ± 1300 plaatsen bereikbaar).
- AMW-instellingen worden bestuurd door vertegenwoordigers uit de lokale samenleving (particulier/maatschappelijk initiatief).
- Het AMW wordt uitgevoerd door
 - ± 2250 uitvoerend maatschappelijk werkers bij AMW-instellingen, waarvan een aantal in deeltijd. Er werken verder
 - ± 235 leidinggevende funktionarissen bij AMW-instellingen
 - 11 landelijke staffunktionarissen
 - 35 provinciale staffunktionarissen.

OVER DE PROBLEMEN WAARMEE HET AMW GEKONFRONTEERD WORDT

Het AMW wordt met een groot aantal verschillende problemen geconfronteerd. De volgende problemen worden aangetroffen: huwelijksmoeilijkheden, opvoedingsproblemen, problemen van inwonende ouders/inwonende kinderen, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, lichte psychische en psychosomatische klachten, schulden en schuldsanering, huisvestingsproblemen, burenruzies, problemen met werkgevers en collega's, alcoholisme, rouwverwerking, fobische klachten e.d.

Een gedeelte van de cliënten richt zich tot de maatschappelijk werker, omdat men zich onjuist behandeld acht door organisaties waarvan men afhankelijk is, zoals gemeentelijke sociale diensten, bedrijfsverenigingen, woningcorporaties, ziekenfondsen, gemeentelijk administratiekantoor en dergelijke. Er komen mensen die geholpen willen worden met het invullen van allerlei formulieren: belasting, huursubsidie, kinderbijslag, aanvragen voor studiebeurs, het opmaken van bezwaarschriften e.d.

De cliënten en het soort problemen waarmee het AMW geconfronteerd wordt zijn soms aanleiding klachten te deponeren bij verschillende (overheids)organen. Men signaleert een bepaald probleem in de hoop dat gezocht wordt naar een meer permanente oplossing van het gesignaleerde. Het soort problemen, de frequentie waarin zij voorkomen en de samenhang daartussen kunnen wisselen. Dit hangt samen met de problematiek waar de regio of stad vooral mee te maken heeft.

Het Joint-registratiesysteem hanteert de volgende probleem-
indeling:

inkomen
bestedingspatronen
huisvesting
vorming/opleiding
arbeid
gezondheid/verzorging
echtscheiding
relatie tot partner
relatie tot ouder/kinderen
relatie tot andere personen
relatie tot maatschappelijke organisatie
multiprobleemgezin
verwerking eigen omstandigheden
eenzaamheid
identiteitsvragen
problemen i.v.m. seksualiteit
problemen i.v.m. verslaving
overige psychische problemen
problemen i.v.m. cultuurverschillen
niet van toepassing.

- In 1982 blijkt, dat ongeveer 1/3 van de hulpvragers pro-
blemen heeft die meer dan één terrein betreffen. Bij $\pm 30\%$ van
de hulpeenheden worden tenminste twee probleemgebieden gesigna-
leerd.

Als we kijken naar de belangrijkste genoemde problemen, dan
valt op dat:

- ongeveer 30% van de hulpvragers problemen heeft in de directe
relaties
- ongeveer 20% problemen heeft in de sfeer van verwerking,
identiteit, eenzaamheid of andere psychische problemen
- ongeveer 15% huisvesting als belangrijkste probleem noemt
- tenslotte blijkt dat ook problemen i.v.m. gezondheid (incl.
verzorging) en inkomensproblemen/bestedingsproblemen onder de
cliënten van het AMW tamelijk hoog scores, respectievelijk
 $\pm 7\%$ en $\pm 12,5\%$.

OVER HET BEREIK VAN HET AMW

Leeftijd van cliënten in percentages:

0 t/m 19 jaar	15
20 - 29 jaar	20
30 - 39 jaar	24
40 - 49 jaar	18
50 - 59 jaar	11
60 - 64 jaar	3
65 - 69 jaar	3
70 jaar en ouder	6
	<u>100</u>

Leefsituatie van AMW-cliënten in percentages:

(afkomstig uit) gezinnen, al of niet met kinderen 55%

éénoudergezinnen 15%

alleenstaanden 30%

Maatschappelijke positie van AMW-cliënten in percentages:

De hulpvrager, diens partner of ouders hebben een inkomen uit arbeid of eigen bedrijf 46%

De hulpvrager is aangewezen op een sociale uitkering (WAO, AWW, WW, WWV, RWW, ABW, AOW) 54%

ET AMW EN DE ERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG

Samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg is voor het algemeen maatschappelijk werk (amw) geen verschijnsel meer. Naar schatting zit ten minste 35 procent van alle werkende maatschappelijk werkers deel uit van een min of meer gestructureerd samenwerkingsverband (home-teams of gezondheidscentra) en het lijkt erop dat het aantal dat vanuit de eerstelijns gezondheidszorg op het amw wordt aangetrokken, nog gaat toenemen. Daarmee wordt de vraag naar de plaats die het amw in deze samenwerking krijgt, steeds belangrijker.

In het decembernummer van 1982 schreef *Bangma* nogal sceptisch over de mogelijkheden tot plaatsbepaling van de amw-groep zelf. *Tineke Biewenga* van de amw geeft toe dat het amw nog niet erg tot zijn recht is gekomen. Máár, betoogt ze, het algemene overheidsbeleid heeft ze bijna tot 'afsluiteloosheid' gedwongen.

SITUATIE VAN HET AMW: TWEE VISIES

Samenwerking van het amw met de eerstelijns gezondheidszorg als een vorm van samenwerking met de gezondheidszorg is ook in het amw ontwikkeld. Voorheen was samenwerking met bijvoorbeeld sociaal maatschappelijk werk, met gemeentelijke sociale diensten, de afdeling bureaus voor rechtshulp?

Samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg beschouwen als een specifiek aanbod vanuit het amw aan de doelgroep arts-patiënt, met andere aandachtsvelden in het amw, zoals maatschappelijk werk voor buitengewone werknemers, woonwagengedwongen e.d.?

Samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg gezien worden als het kader, waarin de totale functie die het amw in de samenleving heeft opgebouwd, in de toekomst zich verder moet ontwikkelen?

Ik kies uitdrukkelijk voor de laatstgenoemde visie. Doen dat met mij de instellingen voor amw? In zijn algemeenheid zeker niet en evenmin kan ontkend worden, dat ondanks de in kwantitatieve zin grote investering van het amw in de samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg, niet altijd even duidelijk is welke plaats het amw die samenwerking toekent. Het amw kiest niet, wordt dan gesteld. Op zichzelf is dat een niet-terecht verwijt. Het amw kiest wel voor de samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg, maar stelt van die keuze de richting van haar toekomstige ontwikkeling (nog) niet afhankelijk.

DE OVERHEID EN HAAR KEUZE

Hier kan nauwelijks gesproken worden van onwil van de amw-instellingen. Wanneer men de beleidsdaden van de centrale overheid in de afgelopen jaren beschouwt, kan niet anders gesteld worden dan dat de centrale overheid, met name die waaronder het amw tot voor kort ressorteerde: het ministerie van CRM, niets heeft nagelaten om haar beleidsoptie zoveel mogelijk te camoufleren. Het ministerie van CRM is t.o.v. het collega-ministerie van Volksgezondheid welhaast consequent een stap achtergebleven in zijn stimuleringsbeleid m.b.t. de eerstelijns samenwerking.

Het ministerie van CRM heeft in de afgelopen jaren de algemene voorzieningen versterkt door categorale voorzieningen af te breken en verwachtte van het amw dat ze zich de specifieke deskundigheden eigen maakte om haar hulpverlening ook voor specifieke doelgroepen optimaal bereikbaar te laten zijn - overigens meestal zonder daartoe de financiële condities te creëren - maar gaf daarbij niet aan hoe dit zich t.o.v. de samenwerking in de eerste lijn zou moeten verhouden. Het ministerie van CRM decentraliseerde o.a. het amw zonder de complicaties daarvan voor de eerstelijns samenwerking bij haar overwegingen te betrekken. Met als gevolg dat op landelijk niveau nog gesproken wordt over versterking van de eerste lijn en de plaats van het amw daarin, terwijl op plaatselijk niveau de amw-instellingen een bittere strijd voeren om te overleven.

In mijn visie zal het amw de kans moeten krijgen om zijn lokaal-gerichte eerstelijns functie in samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg waar te maken. Pas dan kan daadwerkelijk gestreefd worden naar multi-disciplinair samengestelde eer-



HET AMW EN DE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG



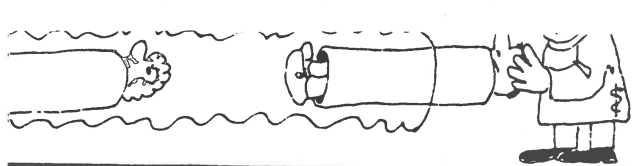
stelijns teams, waarin de maatschappelijke dienstverlening en de eerstelijns gezondheidszorg onder gezamenlijke verantwoordelijkheid worden aangeboden. Dergelijke eerstelijns teams dienen te werken voor een geografisch afgebakend territorium en de gerichtheid op de lokale gemeenschap niet het oog te verliezen. Zonder structurele maatregelen van overheid, waaronder een gegarandeerde capaciteit voor het amw die groter is dan de huidige, is dit echter niet realiseerbaar.

WAAROM EEN GEZAMENLIJK AANBOD?

Een van de belangrijkste redenen voor de samenwerking in de eerstelijns tussen gezondheidszorg en maatschappelijk werk is gelegen in het onvermogen van de huisarts om de problemen van zijn patiënten afdoende op te lossen. Allerlei klachten van patiënten blijken niet met een medisch recept te verhelpen, waardoor de huisarts zich geneukt ziet andere hulpverleners in te schakelen. Daarnaast is een meer algemene kritiek op de functioneren van de gezondheidszorg en de maatschappelijk werkszorg losgebrand. Het voorzieningssysteem is onafhankelijk en verkokerd opgebouwd, als gevolg dat langs elkaar heen gewerkt wordt. Iedere discipline definieert op zijn eigen wijze de problemen van mensen die hulp vragen, terwijl de problemen zich lang niet altijd in 'één discipline' laten vertalen. Met name de gezondheidszorg heeft zich dermate geïntellectualiseerd dat patiënten de hulp 'ondergaan' in plaats van (mede) bepalen. De pretenties die de hulpverlening heeft worden niet waargemaakt, desondanks groeit het voorzieningspakket buiten zijn proporties. Ik denk niet dat al deze - overigens lang niet altijd terecht - klachten met samenwerking worden opgelost. Wel verwacht ik dat disciplines die serieus willen samenwerken hun grenzen en blinde vlekken kunnen dekken, elkaar kunnen corrigeren en daarmee zeker tegenwicht tegen extreem professionalisme kunnen vormen.

In de eerste lijn is een dergelijke samenwerking bovendien gewenst om veel gerichter problemen in de lokale situatie te kunnen signaleren en daarop gezamenlijk iets te doen.

In een samenwerking die niet uitgaat van een gezamenlijk aanbod zie ik deze zaken niet vanzelf grond komen, want in feite blijft dan ieder zover mogelijk zijn eigen gang gaan en waar hij of zij nodig vindt, wordt de ander ingeschakeld. Van een maatschappelijk werker betekent dat onvermogen dat hij min of meer 'in opdracht' van de huisarts moet gaan werken. Immers de mogelijkheden van de huisarts schieten tekort, maar het blijft wel de huisarts die de patiënt moet behandelen. Van een gezamenlijk zoeken naar een vorm van hulp waarmee de mensen het meeste baat zijn, komt nauwelijks iets terecht. Samenwerking kan betekenen dat er misschien wel een plaats te verwijzing plaatsvindt, maar het hulpver-

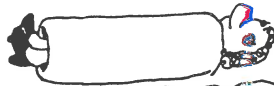
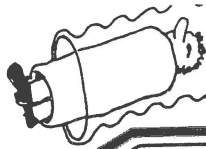


len zelf komt niet aan de orde. Het gevaar is groot dat de 'gang door de hulpverlening' weer efficiënter verloopt, maar de cliënten nog moeilijker worden, omdat de hulpverleners nog denken te weten wat goed voor hen is. Samenwerken kan ook betekenen dat hulpverleners niet alleen zoeken naar mogelijkheden om problemen tegemoet te treden, zich laten corrigeren en het oog verliezen dat ook mensen met problemen zelf kunnen en moeten bepalen wat goed voor hem of haar is. Nodig is daarvoor wel dat de hulpverlener de machtspositie die de gezondheidszorg zo vaak inneemt t.o.v. de mensen als t.o.v. hulpverleners van andere disciplines heeft, wordt teruggedrongen. Het multidisciplinaire eerstelijns hulpverleners bereid zijn op die manier te werken, is een gezamenlijk aanbod van verschillende disciplines m.i. winst.

FUNCTIE VAN HET AMW IN DE EERSTE LIJN

In het multidisciplinaire eerstelijns team zou het amw primair aanspreekbaar moeten zijn voor de psycho-sociale hulpverlening. Die psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn kenmerkt zich m.i. door:

- zijn gerichtheid op een brede scala van psycho-sociale problemen, - zijn toegankelijkheid zowel voor duidelijk gedefinieerde hulpvragen als voor vage klachten, - het gebruik van verschillende hulpverleningsmethoden, - een hulpaanbod dat in de directe omgeving van de hulpvrager beschikbaar is en zich primair richt op de thuissituatie, - een hulpverlening waarin de sociale omgeving van de hulpvrager meeweegt en zo mogelijk wordt benut, - een hulpverlening die in principe kortdu-

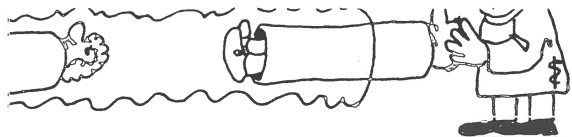


**HET AMW EN DE
EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG**

rend is en verwijst naar de tweede lijn wanneer gespecialiseerde hulp nodig is, - een hulpverlening die de eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid van mensen respecteert en stimuleert. Anders gezegd: in de eerste lijn zie ik een maatschappelijk werker functioneren die tijd investeert om met mensen stil te staan bij de betekenis van hun klachten, die in staat is problemen in hun context te plaatsen en mensen helpt de hulpbronnen die er in hun omgeving zijn, te gebruiken. Een maatschappelijk werker die de kunde heeft daarbij open en doelmatig te werken en creatief genoeg is om geen standaardremedies uit te del



Naar mijn mening zal deze functie van het AMW meer uit de verf komen door samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg omdat de eerstelijns gezondheidszorg een belangrijke rol speelt in de levenssituaties van mensen. Een thuissituatie waarin er een toename zien van sociale problematiek als gevolg van een toenemend aantal werklozen en arbeidsongeschikten, een voor veel mensen verslechterde financiële en huisvestingssituatie. Dit zijn hulpverleners in de eerste lijn en niet in de laatste plaats de eerstelijns gezondheidszorg worden hiermee geconfronteerd. Een gezamenlijke inspanning van hulpverleners kan dan tot betere resultaten



en een langs elkaar heenwerken. Maar al
lijken ook de kennis en vaardigheid van
disciplines nodig te zijn om tijdig proble-
me voor veel mensen in de lokale samenle-
ven, te signaleren en ter hand te nemen.
Het betekent samenwerking met de eerstelijns
gezondheidszorg niet dat mensen niet rechtstreeks
maatschappelijk werk terechtkomen. Het lijkt
er ook geen schande als het maatschappe-
lijk gebruik maakt van het feit dat veel men-
sen kiezen om hun psycho-sociale proble-
men veiliger gezondheidszorg te presente-
ren. Het is wel dat de gezondheidszorg
door het maatschappelijk werk laat aan-
pakken de 'verslavende' tendenties van haar

AND AAN DE TWEDE LIJN

De trekken van exacte grenzen tussen het
eerstelijns- en het aggz-terrein terzake van psy-
chische hulpverlening lijkt het nog te vroeg.
De werkvelden zijn sterk in beweging als
aan ingrijpende beleidsmaatregelen van de
overheid. Wel is duidelijk dat het amw
aan de eerste lijn niet bedoeld is - en dat bij
hem ook niet doet - voor de gespecialiseerde
psychische hulpverlening. Deze hulp behoort
aan het terrein van de geestelijke gezondheids-
zorg te opereren in de tweede lijn.

Overeenkomsten tussen beide voorzieningen over
samenwerking nodig zijn, kan niet ontkend wor-
den. Het is echter jammer vinden als het amw
overhaast een strikte taakafbakening op
aan theoretische beschouwingen over des-
hulpverlening zouden formuleren. De ver-
houding amw-aggz kan m.i. het best vorm ge-
ven vanuit twee vertrekpunten: 1. probeer
het eerst in de eerste lijn te helpen, 2. laat vooral
duidelijk uitwijzen welke mensen met welke pro-
blemen het beste naar de tweede lijn verwezen
worden.

Er is bijvoorbeeld een consultatie-relatie
tussen amw-aggz een goed middel. In een niet
aan de eerste lijn consultatie krijgen hulpverleners
de zicht op elkaars (on)mogelijkheden om
practisch hanteerbare taakverdeling in de
zorgverlening te komen. Op deze wijze wordt het
mogelijk de kloof tussen amw en aggz tot
eenheid te maken.

Tineke Biewenga

Veel raakvlakken tussen kruiswerk en gezinsverzorging

Beide werksoorten ontmoeten elkaar veelvuldig, toch komt men moeilijk tot duidelijke werkafspraken

De ontmoeting tussen kruiswerk en gezinsverzorging dateert reeds van het ontstaan van laatstgenoemde werksoort. Mede vanuit het kruiswerk is een bijdrage geleverd aan het ontstaan en de ontwikkeling van de gezinsverzorging en een aantal kruisverenigingen heeft gedurende geruime tijd ook deze vorm van dienstverlening in hun pakket opgenomen gehad.

In de dagelijkse praktijk van de dienstverlening ontmoeten beide werksoorten elkaar ook veelvuldig binnen de leefeenheden en overlappen soms de werkzaamheden elkaar. Niettemin is het tot nu toe moeilijk gebleken tot duidelijke werkafspraken te komen, hoewel de noodzaak daartoe door beide partijen steeds is onderkend.

Dit blijkt uit het feit dat zowel op plaatselijk als op provinciaal en landelijk niveau men elkaar steeds weer heeft gezocht waarbij steeds werd getracht een antwoord te vinden op de vraag wie de ander was en wat van hem kan worden verwacht.

Tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging bestaan veel raakvlakken, maar de invalshoek, waardoor men met de leefeenheid in contact komt, is verschillend.

De gezinsverzorging heeft als invalshoek het huishoudelijk-verzorgend behulpzaam zijn, terwijl de kruisorganisatie de gezondheidszorg als uitgangspunt heeft.

De overlappingsen welke bij het functioneren blijken, behoeven niet als negatief te worden ervaren. Ze kunnen zelfs zeer positief zijn, mits ze op de juiste wijze worden gebruikt. Zo rekenen beide organisaties het geven van voorlichting tot hun taak. Het spreekt daarbij vanzelf dat goede afspraken over de wijze waarover, waarop en waarmee voorlichting wordt gegeven aan dezelfde patiënt een positievere uitwerking heeft dan wanneer het gebeurt op tegengestelde wijze.

Ook zijn er verschillen in werkwijze. De gezinsverzorging komt slechts na het stellen van een hulpvraag door de cliënt met hem in contact, terwijl de kruisorgani-

satie, die ook vroegsignalering tot haar taak rekent, deze hulp ongevraagd kan aanbieden.

Ook blijkt dat een goede samenwerking soms nog sterk persoonsgebonden is. Wanneer de functionarissen elkaar kennen, verloopt de samenwerking beter.

Knelpunten

Omdat hier sprake is van twee organisaties die elkaar in het veld op verschillende punten treffen en dit treffen vaak aanleiding geeft tot wrijvingen, is het zinnig om enkele knelpunten op een rijtje te zetten, knelpunten die een mogelijke samenwerking blokkeren.

Het belangrijkste punt is de onbekendheid met elkaars organisatie. Onduidelijkheden bestaan er over:

- elkaars doelstellingen. Daardoor weet men niet dat er een andere organisatie is, die de verantwoordelijkheid voor bepaalde handelingen voor zich opeist.

- elkaars organisatievorm. Vaak weet men niet wat de taken van de verschillende functionarissen zijn. Zo is bijvoorbeeld de taak van de wijkbejaardenverzorgende (die bij de gezinsverzorging een heen en weer trekkende functie heeft en op één morgen verschillende bejaarden afgaat, waardoor zij op de manier van een wijkverpleegkundige werkt) voor de wijkverpleegkundigen niet duidelijk. De wijkverpleegkundigen hebben hierdoor soms de indruk dat de wijkbejaardenverzorgende zich op het terrein van de wijkverpleegkundige of de wijkziekenverzorgende begeeft.

- de verantwoordelijkheid in het raakvlak. Dit leidt tot spanningen wanneer de ene organisatie de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening opeist, terwijl de functionaris van de andere organisatie vindt dat zij de verantwoordelijkheid best zelf kan dragen.

- begripsvorming binnen de beide organisaties. Zo is een wasbeurt voor de wijkverpleging 1x per week, terwijl voor de gezinsverzorging dit een dagelijkse bezigheid met ADL-activiteiten betekent. Zo wordt reactivering door de gezinsverzorging als behorend bij de verzorgende taken gezien, terwijl men in de wijkverpleging vindt, dat een deskundige – een wijkverpleegkundige of een wijkziekenverzorgende – een superviserende taak hierin heeft.

■ de wijze van betaling door de patiënt/cliënt. Voor de hulpverlening van de gezinsverzorging moet een retributie, die landelijk wordt vastgesteld, worden betaald; de kruisverenigingen vragen een lidmaatschap, waarbij dan vele diensten voor de leden gratis zijn. Wanneer een cliënt van de gezinsverzorging geen lid is van de kruisvereniging is het voor hem voordelig te trachten de noodzakelijke diensten op het gebied van bijvoorbeeld ziekenverzorging van de gezinsverzorging te krijgen.

■ verschillende honorering van aanvragen. De wijkverpleegkundigen zijn vrijer in het bepalen wanneer en bij wie ze gaan helpen. Bovendien bestaat er bij de wijkverpleging geen wachtlijst.

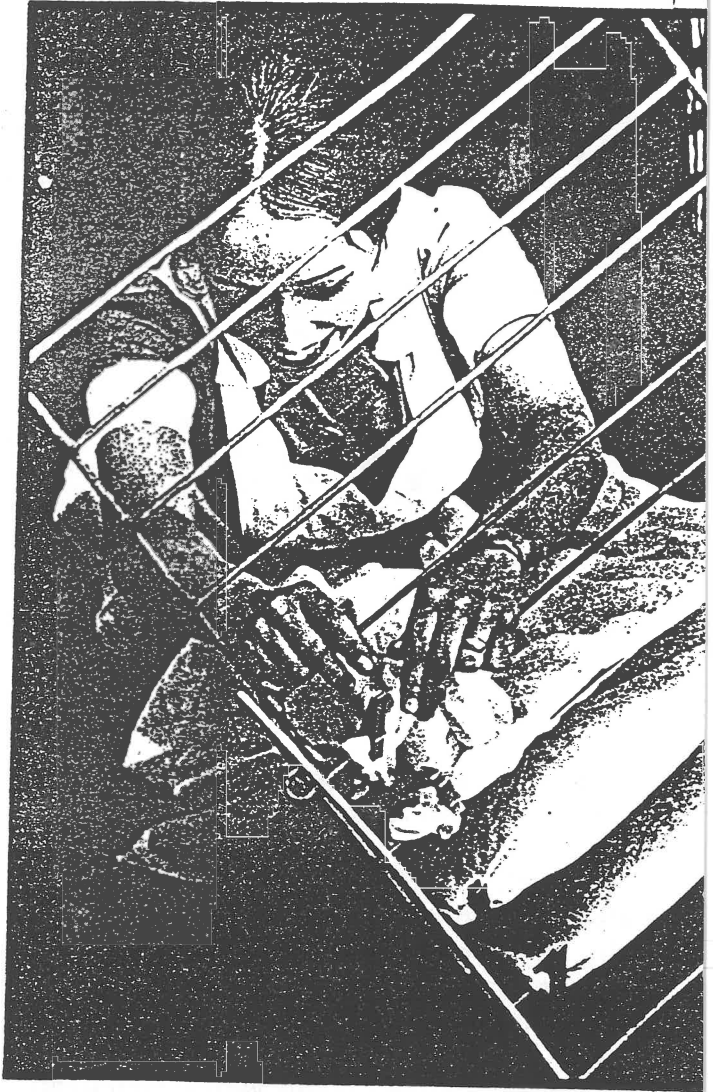
De meeste knelpunten liggen echter binnen de hulp aan bejaarden. Bij deze groep zijn de grenzen tussen huishoudelijke en lichamelijke verzorging niet altijd even scherp te trekken. Ook is bij de bejaarde de lichamelijke situatie het meest veranderlijk. Hoewel het voor elke patiënt/cliënt geldt, komt achteruitgang in lichamelijke functioneren bij de bejaarde het meest voor. Het accent van de hulpverlening verschuift hierbij en daarmee komt de verantwoordelijkheid van de hulpverlening te liggen bij een andere organisatie. Het overdragen van de patiënt/cliënt kan bemoeilijkt worden wanneer er een band is gegroeid tussen patiënt en hulpverlener.

Juist in de raakvlakken, waar zich ook de knelpunten manifesteren, is het van belang, dat er sprake is van een goede samenwerking, omdat anders het belang van de patiënt/cliënt geschaad kan worden.

De samenwerking

Wil men tot een goede samenwerking komen dan is het allereerst van belang dat men elkaar goed leert kennen. Contacten zullen hiervoor moeten worden gelegd op zowel ondersteunend als uitvoerend vlak, waar men met elkaar en elkaars organisatie kennis kan maken en de knelpunten kan bespreken. Zolang deze knelpunten niet besprekbaar zijn gemaakt, zal de weg tot een goede samenwerking versperd blijven. Na die eerste contacten zullen tevens afspraken gemaakt moeten worden voor verdere bijeenkomsten om daarmee te garanderen dat men niet na een eerste keer weer uit elkaar gaat.

Op deze bijeenkomsten zullen concept-richtlijnen voor de samenwerking opgesteld moeten worden, die vervolgens ter discussie moeten worden voorgelegd aan de achterbannen van de beide organisaties. Daarna kan men tot het opstellen van de definitieve richtlijnen komen.



Deze richtlijnen moeten in ieder geval ook betrekking hebben op de communicatielijnen, waarlangs de informatie over de patiënt/cliënt wordt uitgewisseld. In eerste instantie ligt de verantwoordelijkheid voor deze informatie bij de leiding van de gezinsverzorging en bij de wijkverpleegkundigen. Hierbij zullen de verantwoordelijkheden van de functionarissen van beide organisaties duidelijk omschreven moeten worden. Bij het bespreken van de hulpvraag zal moeten worden aangegeven of de leefeenheid ook patiënt/cliënt is van de andere organisatie. Indien dit het geval is verdient het aanbeveling in overleg met de patiënt/cliënt deze organisatie te informeren.

Advies

Het is ondoenlijk om in dit artikel tot in details de werkwijze om tot samenwerking te komen, vast te leggen. Voor advies kan men altijd terecht bij de landelijke organisaties, te weten de Nationale Kruisvereniging te Bunnik en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging te Utrecht.

Aansluitend op dit artikel volgt een verslag c.q. interview over hoe in de praktijk de plaatselijke samenwerking tussen de kruisvereniging en de gezinsverzorging verloopt, toegespitst op de relatie en de terreinafbakening wijkverpleging en gezinsverzorging.



samenwerken in de eerste lijn. Er wordt op hoog niveau veel over gesproken. Er verschijnen rapporten en notities bij de vleet. Na lange en moeizame gespreksrondes rollen er modellen van de pers voor samenwerking van de vier disciplines die in de praktijk steeds meer op elkaar aangewezen zullen zijn: de huisartsgeneeskunde, de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinsverzorging.

Wanneer (on)welzijn wordt bepaald door lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke factoren. Dat vraagt om hulp die het ene met het andere verbindt. Samenwerken, ieder vanuit zijn eigen kennis en kunde is het middel om tot zo'n 'totaal'-aanpak te komen. Een hulpverlener zal het ermee oneens zijn,

een gezamenlijke aanpak is nodig en belangrijk. Hulpverleners in één gezin moeten één lijn trekken.

Toch blijft de gezinsverzorging wat buitenspel bij al deze discussies. De nadruk ligt vooral op de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. Past het ons, die rol van Assepoester van de eerste lijn? We schreven al eerder over de samenwerking van de gezinszorg met anderen. Deze keer geen officiële standpunten maar persoonlijke ontboezemingen uit die veelbesproken eerste lijn. Voor- en nadelen, knelpunten en positieve geluiden over de samenwerking van de wijkverpleging en de gezinsverzorging.

Els van Thiel legde haar oor te luisteren.

Is gezinsverzorging de Assepoe(t)ster van de eerste lijn?

In het in ieder geval niet eens met de Assepoesterrol van de gezinsverzorging is Jeanne van Ham, hoofdwijkverpleegkundige in Apeldoorn. 'Naar mijn mening moet de gezinsverzorging een meer prominente plaats gaan vinden in de eerste lijn. De tijd drukt de samenwerking in de eerste lijn. De financiële middelen worden knapper, de noodzaak om hulpverleners te laten samenwerken wordt dringender. Hulpverleners moeten elkaar niet overlappen. Niet elkaar als bedreiging zien, maar duidelijke afspraken maken.

De samenwerking is hier in 1977 al begonnen met een gezamenlijk overleg. Het eerste kennismaking met elkaars doelstelling en werkwijze.

We leerden elkaar kennen en vooral ook: accepteren. Daarna zijn we knelpunten gaan uitwisselen. Dat was erg verhelderend. Van beide kanten bestonden er onduidelijkheden. Wij zaten met vragen als: Waarom moet er hier gewisseld? Waarom krijgt dit ge-

'Ik vraag me af of opleiding van helpsters en verzorgsters voldoende is voor andere dan simpele verpleegkundige handelingen'

zin geen hulp op de 'spitsuren' die niet in de normale werktijd vallen? Waarom gaat een hulpverlener hier weg om juist daar geplaatst te worden? Hoe kunnen we elkaar bereiken? En vooral: Hoe kunnen we wat aan elkaar hebben? Deze start leidde tot betere contacten op werkersniveau en tot het bespreken van bepaalde werksituaties met elkaar.'

Aanvullen

Leidster Helma Manschot van de Algemene Gezinsverzorging in Eindhoven: 'Nee, ik heb bepaald niet de indruk dat de wijkverpleegkundigen ons beschouwen als alleen maar goed voor de potten en de pannen. Wij hebben

hier best een goede samenwerking. Het is mijn ervaring dat je de cliënten beter kunt helpen als je elkaar aanvult en ondersteunt. Mijn collega's en ik, we waren verbaasd toen we merkten dat de wijkverpleegkundigen ook in die gezinnen komen waar helemaal geen medische handelingen of wasbeurten nodig zijn. Dat ze zich ook bezighouden met bijvoorbeeld preventie, stervensbegeleiding en rouwverwerking. En dat ze niet alleen aandacht hebben voor de patiënt, maar voor het hele gezin. Ik vind het wel een goede zaak. Wij hebben het als leidsters vaak zo druk dat we helemaal geen

tijd hebben voor een intensieve begeleiding van het gezin. Ik bepraat bepaalde situaties graag met een wijkverpleegkundige. Zij kijken er vanuit een andere invalshoek tegenaan en zijn vaak beter op de hoogte van de medische kant.

Dat is voor mij belangrijk als ik twijfel wat ik van de mensen mag eisen. Wijkverpleegkundigen hebben meer en betere contacten met de huisartsen. Beschouwen huisartsen hen als meer 'gelijkwaardige' gesprekspartners? Meestal is het heel duidelijk: dit doet de wijkverpleegkundige en dat doet de helpster. Maar er is zo'n vaag middenge-

... Alleen voor de potten en de pannen...?



'De cliënten mogen nooit de dupe worden van de verwarring en onduidelijkheid in de samenwerking'

bied. Dan gaat het niet zonder overleg. De cliënten mogen nooit de dupe worden van verwarring of onduidelijkheid.

Taboe

Een voorbeeld van samenwerking? Wij helpen wel eens bij patiënten waarvan we te horen hebben gekregen dat ze zelf niet op de hoogte zijn van de ernst van hun situatie of 'dat ze er niet over willen of kunnen praten. Dan vraag ik me af: willen ze het écht zelf niet of zijn het de angstige en verdrietige gezinsleden die het onderwerp taboe verklaren? Ik hoor in zo'n geval graag de indruk van de wijkverpleegkundige, die vaak een veel intiemer contact opbouwt met de mensen, alleen al door het wassen bijvoorbeeld.

Ik moedig de helpsters altijd aan contact op te nemen met een wijkverpleegkundige als ze ergens mee zitten. Klachten over de zuster? Dan zeg ik altijd: Vindt U het goed dat ik contact met haar opneem?

Och, meestal verloopt de samenwerking prima. Een enkele keer wat moeilijker. Het opruimen van de spullen na het wassen, dat wil de helpster best eens een keertje doen als de wijkzuster het razend druk heeft, maar het mag geen automatisme worden zodat de helpster gaat fungeren als de helpster van de zuster.'

Slagvaardiger

Ginny Lavrijsen, ex-leidster en momenteel werkzaam in de moedesaak van haar ouders: 'Ik ben een half jaar geleden uit het werk gestapt, maar ik kan me nog heel duidelijk herinneren dat ik steeds meer het gevoel kreeg

lat de wijkverpleging ons als gezinsverzorging overvleugelt. Dan kwam ik in een gezin en dan zat er een wijkverpleegster. De volgende keer weer. Ik vroeg haar tijdens een vergadering wat ze deed in dat gezin. 'Begeleiden' zei ze, en met een gezicht van: hoe kun je nou zo iets vragen. Met de komst van de wijkzieken-erzorgster werd het nog duidelijker. Waar blijven wij als gezinsverzorging, vroeg ik me af. De wijkverpleegkundigen zijn nu een goede georganiseerd, ze hebben een hechte club achter zich. Ze reageren slagvaardiger op de ontwikkelingen. Naar mijn idee wordt het hoog tijd dat de helpsters en verzorgsters zich meer van hun waarde bewust worden.'

'Begeleiden?' zegt Ans Seuter, hoofdwijkverpleegkundige in Nijmegen. 'Iedereen heeft tegenwoordig het woord begeleiden naar voor in de mond. Alsof het goed luisteren, een steun en toelating voor iemand zijn, al niet heel veel is. Ik heb vroeger ook een gewoon wijkverpleegkundige gewerkt, mijn ervaringen met de gezinsverzorging zijn wisselend. In de wijkverpleging wordt veel aandacht besteed aan het bevoor-

De ene nota is nog maar nét besproken of de andere ligt er alweer...'

ren van de zelfzorg. Ik merkte niet alle helpsters evenveel belang hadden voor dat aspect. Als een bejaarde mevrouw moeizaam, maar wel zélf, probeerde de knoopjes van haar jurk dicht te doen, schoot menigmaal de lachende engel, in de persoon van de helpster, toe. 'Ik doe het wel gauw even'. Kijk, dat bedoel je moet de hulp zorgvuldig organiseren. Natuurlijk hebben we gezinszorg hard nodig. Lochnach, als we ernaar streven de mensen zolang mogelijk in hun eigen omgeving te laten.



● *Wijkverpleegkundige aan het werk.*

Privacy

Persoonlijk vind ik de privacy van de mensen een belangrijk punt. Het is al heel vervelend om afhankelijk van anderen te moeten zijn, nog vervelender is het als er onzorgvuldig met je privé-zaken omgesprongen wordt. Ook al komen er meer mensen in een gezin, geef aan je collega-helpster alleen die informatie die van belang is voor de hulpverlening en niets meer.

Beslist met de beste bedoelingen, vroeg een helpster mij eens of ik een bepaalde patiënt vaker wilde komen wassen. De man in kwestie was niet incontinent en vond zelf één goede wasbeurt per week voldoende. De helpster, die zelf misschien iedere dag even lekker onder de douche sprong, vond het maar niks. Ik denk toch dat je zo'n man zijn eigen patroon moet laten houden en aan hem de keus moet laten hoe vaak hij de zuster met de waslap in de weer wil zien.

De gezinsverzorging heeft veel striktere normen, zij gaat er vanuit dat waar mogelijk kinderen en andere familieleden moeten inspringen. Ofschoon wij zelfzorg en mantelzorg hoog in het vaandel hebben, vinden wij niet dat

kinderen in principe de eerst aangewezenen zijn om hun ouders te wassen en te verschoonen.'

Werkboekje

Ik vertel Ans dat de M.B.O.-VZ een nieuw werkboekje gaat introduceren, het O.V.V.-boekje, waarin een overzicht van verpleegkundige vaardigheden voor gezinsverzorgsters. Op haar gezicht lees ik iets van 'schoenlapper, blijf bij je leest.'

'Er zijn natuurlijk eenvoudige handelingen die helpsters en verzorgsters best toevertrouwd kunnen worden. Het toedienen van oogdruppels, het mee bewaken van de medicijnen. Zijn het de goede en worden ze op tijd ingenomen? Maar bij injecties zeg ik 'nee'. Ik vraag me af of er dan wel genoeg achtergrondinformatie aanwezig is? En grote wasbeurten, die geef je niet zómaar. Het is ook een kwestie van observeren, signaleren. Hoe is de conditie van de huid? Is er sprake van uitdroging? Zijn er veranderingen? Ik vind het moeilijk. Met warm weer de voeten wassen, dat is prima. Hulp bij het wassen bij een gezonde ziekte (ja, die zijn er) ook prima. Maar

'Ik kreeg steeds meer het gevoel dat de wijkverpleging ons als g.v. overvleugelt'

ik vraag me af of de opleiding van de helpsters en verzorgsters voldoende is om andere dan zeer eenvoudige verpleegkundige handelingen te verrichten.'

Basis

Tilly Bakx-van Mil werkte vijf jaar als wijkverpleegkundige in het Zuid-Limburgse Epen; momenteel is ze hoofdwijkverpleegkundige in Schiedam. 'Ik vind het ontzettend belangrijk om opnieuw naar die samenwerking te kijken. De gezinsverzorging is voor ons als discipline bijna nog

belangrijker dan het maatschappelijk werk. Merkwaardig dat in de discussienota 'Contouren eerste lijn' van de Nationale Kruisvereniging de gezinsverzorging nauwelijks aan bod komt. Ik vraag me serieus af of daar mensen zitten die werkelijk kennis hebben van de basis. We komen in zoveel gezinnen waar wij maar een stukje van de hulp doen en waar de gezinsverzorging de rest van de dag is. Het afgelopen half jaar hebben we twee bijeenkomsten gehad met het maatschappelijk werk en de gezinsverzorging om met elkaar te kijken naar de visie van waaruit we werken. Het was zeer verhelderend om te horen waarom iemand een bepaalde zorg verleent. Je kunt elkaar daarop aanspreken en elkaar respecteren daarin. Ik heb veel te maken met gezinsverzorgsters, ik merk dat er veel goede en wijze vrouwen bij zijn, waarmee het fijn samenwerken is. Dat vind ik heel belangrijk voor gezinsverzorgsters, dat ze er zijn vanuit hun liefde voor mensen. Maar ook dat ze zichzelf durven zijn. Niet alleen 'de helper' die doet wat haar gevraagd wordt. Ik werk in een vergrijsde wijk, waar veel bejaardenverzorgsters zijn. Natuurlijk denk ik ook wel eens: 'nou, nou.' Maar ik heb zelf ook wel eens een rotdag. Ik wil er graag voor pleiten dat helpsters contact met ons opnemen als zij zich ongerust maken. Zij zien immers veel méér dan wij die even binnenkomen, hoogstens een uur, en dan weer weg zijn. Mensen vertellen vaak ook meer tegen gezinsverzorgsters. Het komt bijvoorbeeld nogal eens voor dat mensen het pijnlijk vinden als er een wijkverpleegkundige komt praten over incontinentie (urine en ontlasting niet beheersen). Ze durven er wel met de gezinsverzorgster over te praten, of die merkt het aan de was. Zo'n gezinsverzorgster zou dan in overleg met de mensen op het spreekuur kunnen komen om informatie te krijgen over de mogelijkheden die er zijn en om

materiaal mee te nemen. De goede relatie met de gezinsverzorgster maakt het voor de mensen gemakkelijker.'

Wijkverpleegster J. Burema in het maandblad van de Nat. Kruisvereniging, M.G.Z.: 'Ik word er zo moe van! Laat ons nu eindelijk eens wennen aan een situatie! Leven met onzekerheden moeten we leren, maar langzaammerhand word ik er toch wel verschrikkelijk moe van. De ene verandering komt en de andere gaat. (...) De ene nota is nog maar net besproken of de andere ligt er alweer. Samenwerking 'MOET'. Waarom eigenlijk? Vragen de mensen erom dat ze steeds maar weer in een ander team worden besproken? En hebben wijzelf niet voldoende kennis in huis om iets te kunnen doen? Of zelf, of door overleg binnen de bestaande structuren? Is er al eens een initiatief van een andere discipline gekomen om met ons samen te werken? (...)'

Methodisch

Het werken met een 'verpleegplan' komt de laatste jaren steeds sterker naar voren. De wijkverpleegkundige stelt samen met de patiënt/cliënt de hulpbehoefte vast. Wat is er aan de hand? Wat is er nodig? Hierna wordt een plan opgesteld waarin afgesproken wordt wat patiënt en wijkverpleegkundige willen bereiken en hoe zij daar elk aan zullen werken. Vaak worden ook taken verricht door familieleden en door andere hulpverleners. Zo kan goed vastgesteld worden wie wat doet. Na dit voorwerk gaat men aan de slag, waarbij regelmatig wordt besproken of alles naar wens verloopt en wat er eventueel bijgesteld moet worden. Als het doel bereikt is wordt nog een keer teruggekeken en worden er slotafspraken gemaakt.

Jeanne van der Ham: 'Door deze methodische aanpak wordt het voor de patiënt en voor andere hulpverleners duidelijk waar wij mee bezig zijn. Het voorkomt dat mensen dingen van ons

verwachten die niet tot onze taak behoren. Misschien hebben we in het verleden te vaak gezegd: 'Ach, dat doen we er wel even bij'. Het bed opmaken, een bordje pap opwarmen.' Wijkverpleegkundige Elly de Haan: 'In je hart zou je dat best willen doen en je doet het ook wel eens. Incidenteel. Ik werk toevallig in een wijk waar veel jonge gezinnen wonen, ik heb niet zoveel met de gezinsverzorging te maken. Ik ben op het moment minder curatief bezig, ik begeleid gezinnen met kinderen, ik geef instructies. De ervaringen die ik heb met de gezinsverzorging zijn over het algemeen wel prettig. Soms vraag ik me af: 'Is het helemaal duidelijk waarom ik hier kom?' Ik heb het een keer meegemaakt dat een gezinsverzorgster me vroeg of ik niet iedere dag kon komen. Ik vond zelf dat het niet nodig was, maar het was voor mij moeilijk om dat aan het gezin duidelijk te maken. Die gezinsverzorgster genoot het volle vertrouwen van het gezin. Ik voelde me toen min of meer 'gedwongen' om meer hulp te geven dan ik eigenlijk noodzakelijk vond. Goede afspraken zijn verschrikkelijk belangrijk.' Tilly Bakx-van Mil: 'De taakafbakening tussen wijkziekenverzoorgenden en gezinshelpsters is bij ons strak geregeld. In het begin, toen er nog geen ziekenverzoorgden waren, mochten de helpsters spuiten en andere verzorgende en verplegende taken doen. Dat is nu niet meer zo. 'Gisteren mochten we nog wel helpen bij het aantrekken van de steunkousen en vandaag niet meer,' horen we dan. Dat is niet leuk voor de helpsters. Een moeilijke kwestie. Per slot van rekening proberen we mensen zoveel mogelijk onafhankelijk van ons te houden en schakelen we ook kinderen, vrienden, burens, neven en nichten in. Waarom de helpsters dan niet?' Samenwerken... het laatste woord is er nog niet over gezegd.

In het Zeeuwse Middelburg heeft men ruime ervaring met het werken in home-teams. In deze plaats opereren momenteel vier home-teams. Eenmaal per week ontmoeten vertegenwoordigers van gezinsverzorging, wijkverpleging, huisartsen en maatschappelijk werk elkaar. Een van de home-teams werkt vanuit het gezondheidscentrum in een van de nieuwbouwwijken. Drie huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één leidinggevende gezinsverzorging en één maatschappelijk werkende plegen regelmatig overleg in het home-team.

In dit wijkgezondheidscentrum werken verder nog een tandarts, een verloskundige en een team fysiotherapeuten. Een andere bijzonderheid: de wijkindeling van de wijkverpleging loopt parallel met de praktijken van

de huisartsen. Ook gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk houden spreekuur in het betrokken wijkgezondheidscentrum. Tot zo ver de functie van dit wijkgezondheidscentrum.

De andere drie home-teams werken vanuit een andere plaats in de stad. Maar steeds zijn er drie huisartsen, een wijkverpleegkundige, een leidster gezinsverzorging en een maatschappelijk werkende bij betrokken. Om kosten uit te sparen komt één home-team wekelijks bij elkaar bij een leidster thuis. Niet om gezellig te keuvelen maar met de vraag: hoe spelen we beter in op de behoefte van de patiënt/cliënt. Jaap Adema gaat in bijgaand artikel nader in op werkwijze en voordelen van een home-team.

Home-team

.. kun
ie dat
eten...?

steeds vaker hoor je in ons werk het woord vallen: home-team (spreek uit: hoomtiem). Maar wat is dat eigenlijk voor iets? Wat moet je daar nou mee? Is het weer zo'n nieuwigheid waar leidinggevende en staffunctionarissen zich druk over maken omdat ze zo nodig iets te doen moeten hebben? Is het iets van het ziekenhuis? Of, zoals een helpende met enige humor vroeg, is het iets wat je kunt eten?

het begrip 'home-team' heeft te maken met samenwerking. Samenwerking in de zogenoemde



'eerste-lijns-hulpverlening'. Dat wil zeggen: samenwerking tussen die hulpverleners die het dichtst staan bij mensen die thuis hulp nodig hebben. Dat zijn dus de hulpverleners waar je direct mee te maken krijgt als er in je leven iets mis is. Als je ziek bent of bedlegerig, als je thuis medische hulp nodig hebt, verzorgd moet worden; als je huishouden in het honderd loopt, als je het niet meer ziet zitten.

Die 'eerste-lijns-werkers', dat zijn huisartsen, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige en gezinsverzorging. Je zou er ook nog

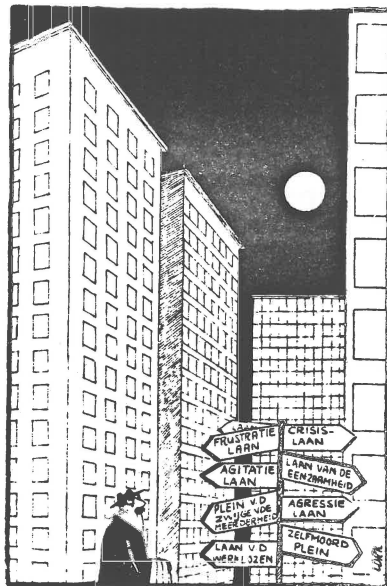
● *Het modern opgezette gezondheidscentrum in Middelburg*

bij kunnen rekenen de tandartsen, dominees en pastoors, fysiotherapeuten en dergelijke. Maar over het algemeen worden de vier eerstgenoemden als het belangrijkste gezien, dus wijkverpleging, gezinsverzorging, maatschappelijk werk en huisartsen. Met een moeilijk woord wordt dat uitgedrukt als: **de vier kern-disciplines binnen de eerste lijn.** Die vier groepen hulpverleners hebben ieder hun eigen vak. Dat is duidelijk. Maar ze hebben ook

dikwijls met elkaar te maken. Dat merken helpenden en verzorgenden in hun dagelijkse doen-en-laten maar al te goed. Bijvoorbeeld als het gaat over medicijngebruik van iemand waar je hulp geeft. Of over de vraag wat die cliënt wel of niet mag doen na die operatie. Moet de wijkverpleegkundige of de -vertrouwde - helpende een wasbeurt geven? Of hoe komt het toch dat die huisvrouw er maar niet toe kan komen om de straat op te gaan, terwijl ze toch eigenlijk niks meer mankeert? Het zijn allemaal vragen waar je als helpende of verzorgende op je eentje niet uit komt. En vaak weet ook je leidinggevende daar niet één-twee-drie het antwoord op.

Hechte samenwerking

Je kunt er niet onderuit: dan komt samenwerking op de proppen. Met de wijkzuster, de dokter of het maatschappelijk werk. En natuurlijk - dat staat voorop - met de leidinggevende. Want stel je voor dat je als verzorgende iets met de wijkverpleegkundige hebt afgesproken over het toedienen van medicijnen, maar je wordt zelf ziek of zo. Dan zal de leidinggevende toch donders goed op de hoogte moeten zijn van wat je hebt afgesproken, wil ze voor goede vervanging kunnen zorgen. De leidinggevende móet dat weten. Je zit immers namens de instelling bij die cliënt en niet namens jezelf... We gaan er dus maar vanuit dat er een hecht, gedegen samenwerkingsband bestaat tussen helpende/verzorgende en leidinggevende. We zagen hiervóór dat gezinsverzorging, huisarts, wijkzuster en maatschappelijk werk elkaar in het dagelijkse werk nogal eens tegenkomen. Vaak is er daarbij een of andere vorm van samenwerking, soms goed, soms met strubbelingen, vaak te hooi en te gras, zoals het op dat moment toevallig uit komt. Op zich hoeft zo'n toevallige samenwerking niet slecht te zijn. Maar je loopt wel de kans dat je langs elkaar heen gaat werken.



● *Voor elk probleem moet je ergens anders terecht...*

Om dat te voorkomen moet je met elkaar afspraken maken. Vooral over de vraag hoe je met elkaar die afspraken houdt, over wie wat doet, of juist wie wat niet doet. Je moet met elkaar een beetje structureren, organiseren, lijn brengen in je samenwerking.

Niet in één huis

Het verschijnsel 'home-team' is een van die georganiseerde manieren om samen te werken. Je kunt je daarbij ongeveer het volgende voorstellen: elke week op een vaste tijd komen de leden van het home-team bij elkaar. Bijvoorbeeld de twee huisartsen uit de wijk (of uit de streek, de regio), twee wijkzusters, iemand van het maatschappelijk werk en een leidinggevende van een instelling voor gezinsverzorging. Doorgaans komen zij bij elkaar op een centraal punt in hun werkgebied, op het kantoor van een instelling of bijvoorbeeld bij de dokter thuis. Het home-team heeft geen eigen kantoorruimte of iets dergelijks. Het kost ook geen extra geld. De wedeljkse (of tweewekelijkse) bijeenkomst is niet vrijblijvend: de deelnemers verplichten zich er toe om bij elkaar te ko-

men, behalve natuurlijk in noodgevallen. Er bestaat soms zelfs een soort samenwerkingscontract. In die bijeenkomsten wordt gesproken over gezamenlijke cliënten. Of patiënten; 't is maar net uit welke hoek je het bekijkt. Een fatsoenlijke voorwaarde daarbij is dat de cliënt/patiënt natuurlijk moet weten dat er over hem/haar wordt gepraat in dat home-team. Sterker nog: de betrokken hulpverlener (arts, zuster, leidinggevende of maatschappelijk werker) moet feitelijk aan de cliënt toestemming gevraagd hebben om over hem of haar te praten. Als dat niet gevraagd is, of de cliënt vindt het niet goed, dan zal de hulpverlener over 'dat geval' anoniem moeten praten, dus zonder namen te noemen. Of de mond dicht moeten houden...

In feite kunnen - met toestemming van betrokkene - alle problemen van cliënten/patiënten op tafel worden gelegd. Het valt dan op dat al pratende oplossingen worden gevonden, waar één hulpverlener alleen nooit achter was gekomen. Bijvoorbeeld aangepaste huisvesting of verhuizing, waardoor cliënten minder hulp nodig hadden; of een zeer langdurig open been (waar veel hulp was), wat met een bepaald soort verband binnen twee weken dicht was; en dat jongetje van tien dat altijd hoofdpijn had en de dokter gaf hem valium(!), tot dat het maatschappelijk werk er bij kwam.

Of die man die van de leidinggevende steeds maar hulp ontving omdat hij zo ziek was, maar ze kon het niet helemaal vatten en toen zei de dokter dat de man lichamelijk niks mankeerde... en toen zei de helpende dat die eigenwijze dokter een kwakzalver was. Enfin, het werd een hele moeilijke toestand die uiteindelijk toch op z'n pootjes terecht kwam, maar wel met veel minder hulp van de gezinsverzorging. En... zo zijn er tientallen voorbeelden te noemen. Het is bij zo'n home-team verder meestal zó dat één van de hulp-

verleners het contact met de cliënt/patiënt houdt. Wie dat is, is afhankelijk van de aard van de problematiek. Maar alle deelnemers zijn daarin gelijkwaardig. Er is geen meer of minder, beter of slechter; het is afhankelijk van de situatie en van wat de cliënt wil.

In sommige gevallen kan het gebeuren dat de vier kerndisciplines tekort schieten. Dan wordt er ter bespreking van zo'n zaak, steeds een buitenstaander bijgehaald. Dat gebeurt ook wel eens om wat algemener problemen te bespreken. Bijvoorbeeld met een fysiotherapeut, of een psycholoog. Maar in de praktijk blijkt dat zelden voor te komen.

Het lijkt eng om te denken aan het starten van een home-team zie je vaak grote proble-



Ieder heeft zijn of haar eigen taak

men en weerstanden: wijkindeeling en omvang van artsennpraktijk bijvoorbeeld. De rol van de leidinggevende is er ook zo een: in hoeverre kan zij toezeggingen doen in zo'n home-team? Maar

een van de grootste problemen is wel dat de verschillende hulpverleners 'met-de-billen-bloot' moeten; dat ze een ander in hun keukens moeten laten kijken. Dat is niet niks.

Maar als het eenmaal draait, zijn er zonder meer grote voordelen. Er wordt immers veel minder langs elkaar heen gewerkt. Dus worden mensen beter geholpen. En er kunnen dikwijls ook méér mensen worden geholpen. De hulpverleners weten van elkaar wie wat kan, goed kan, niet kan. Ze kennen elkaar ook persoonlijk en zullen daardoor gebruik weten te maken van elkaars kwaliteiten.

En 't kost geen extra geld. Da's in deze zuinige tijd voor iedereen mooi meegenomen.

TWEE KUNNEN MEER DAN EEN

PROBLEEMGERICHTE SAMENWERKING TUSSEN
FYSIOTHERAPEUT EN MAATSCHAPPELIJK WERKER

Tineke van der Wel
maatschappelijk werker Gezondheidscentrum Ommoord

De wezenlijke vraag bij iedere vorm van samenwerking in de gezondheidszorg is: hoe kan de samenwerking aantoonbaar en goede komen aan de mensen die hulp vragen?

In een tweetal artikelen zal Tineke van der Wel proberen daarop antwoord te geven, voor zover het de samenwerking fysiotherapeut-maatschappelijk werker betreft. In dit nummer het eerste van de reeks: over achtergronden, ontmoeting van disciplines en een voorbeeld uit de praktijk. De volgende keer zal het gaan over de ontwikkeling van nieuwe vormen van samenwerking, tegen de achtergrond van de filosofie: het geheel is meer dan de som der delen.

'Ik heb geleerd dat het hoofd niets hoort voordat het hart heeft geluisterd en dat wat het hart vandaag weet morgen zal worden begrepen door het hoofd'.
James Stephens 'The Crock of Gold'

ACHTERGRONDEN, BEROEPSOPLEIDING EN BEELDVORMING

Wanneer fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers gaan samenwerken stuit men op de verschillen in achtergronden.

De fysiotherapeut volgt een HAVO- of VWO-opleiding (de B-kant) en gaat daarna naar een HBO, de Academie voor Fysiotherapie. In vier jaar tijd wordt hem snel veel natuurwetenschappelijke kennis bijgebracht over het menselijk lichaam. Hem wordt geleerd op welke wijze, in welke situatie, hij fysische prikkels moet toedienen en houdingsadviezen moet geven. Hij werkt afhankelijk van de verwijzend arts. Hoewel steeds vaker in loondienst, tref je hem toch voornamelijk in de wereld van de vrije ondernemers, over het algemeen keihard werkend en een inkomen opbouwend via een verichtingensysteem.

Van gedragswetenschappen wordt binnen de opleiding een zeer spaarzaam gebruik gemaakt en dat nog slechts sinds kort.

De fysiotherapeut staat door zijn vrij ondernemerschap meestal niet 'bloot' aan kritiek op zijn professioneel handelen, of er zou langs de formele weg een klacht tegen hem moeten worden ingediend. Wel staat het vrij ondernemerschap op zichzelf bloot aan kritiek. Aan persoonlijkheidsvorming van de fysiotherapeut wordt in de opleiding nauwelijks aandacht besteed. De fysiotherapeut beweegt zich in het verkeer zelden voort in een Lelijke Eend en stemt in het maatschappelijk verkeer veelal niet op voorhand links.

De maatschappelijk werker heeft na de middelbare school - of zonder dat - vaak via een MBO een HBO-maatschappelijk werk gevolgd aan de Sociale Academie. Een opleiding die hem de grondprincipes en methoden maatschappelijk werk bijbrengt, hetgeen inhoudt dat er bij de maatschappelijk werker inzicht ontstaat in hoe mensen individueel kunnen functioneren in hun relaties, maar ook inzicht in maatschappelijke verhoudingen, waarbij o.a. sociologie en economie steunvakken zijn.

De mens wordt als één geheel gezien, een zelfstandig denkend en handelend wezen dat onlosmakelijk in wisselwerking tot zijn omgeving functioneert. De maatschappelijk werker wordt geleerd dat hij samen met cliënten zal zoeken naar mogelijkheden om hun betreffende probleemsituatie op te lossen of te leren het hoofd te bieden. Uitgegaan wordt van

de vooronderstelling dat mensen 'groeimogelijkheden' hebben. Daarbij komt, dat van de maatschappelijk werker expliciet wordt verwacht dat hij zich ten aanzien van zijn professioneel handelen bij voortduring onderwerpt aan de een of andere vorm van collegiale toetsing in werkbegeleiding en/of supervisie.

De maatschappelijk werker in de eerstelijns gezondheidszorg is in loondienst, formeel onafhankelijk van verwijzingen door wie dan ook en dus vrij toegankelijk. De maatschappelijk werker beweegt zich in het verkeer veelal voort in een Lelijke Eend en stemt meestal ergens links van het midden.

Op grond van het bovenstaande ligt het niet voor de hand dat fysiotherapeut en maatschappelijk werker snel en soepel 'on speaking terms' zullen komen.

DE ONTMOETING. ONTWIKKELING VAN VISIE EN DOELSTELLING

In Ommoord is destijds gekozen voor de meest vergaande samenwerkingsvorm, namelijk die van een gestructureerd interdisciplinair team met een geformaliseerde gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Bij het leren samenwerken in een multidisciplinair samenwerkingsverband wordt al snel duidelijk dat een min of meer gemeenschappelijke visie op mensen en maatschappij noodzakelijk is wil het samenwerken inhoud krijgen. De visie waarin het team zich kan vinden, komt overeen met een aantal ideeën van de humanistische beweging (Maslow, Fromm, Rogers) en humanistische gezondheidszorg (Remen, Stuart Miller).

Deze visie heeft in Ommoord in 1975 - zeven jaar na de start - tot de volgende doelstelling geleid:

'Het bieden van eerstelijns gezondheidszorg aan mensen en aan de gezinnen waar zij toe behoren, op een zodanige wijze, dat de hele leefsituatie aan de orde kan komen. Daarbij wordt ernaar gestreefd de hulpverlening een continu karakter te geven en het integrale aspect ervan in de samenwerkingssituatie tussen de verschillende hulpverleners daadwerkelijk gestalte te geven. Ondanks de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid daarbij, blijft de professionele verantwoordelijkheid van iedere hulpverlener op zichzelf onverlet'.

SAMENWERKEN

Maatschappelijk werkers kom je op veel plaatsen in de samenleving tegen, zowel extra- als intramuraal. Zij houden zich bezig met relaties van mensen met zichzelf, met andere mensen en met hun omgeving in groter of kleiner verband. Mensen worden cliënt bij het maatschappelijk werk als ze op een of meer van bovengenoemde aspecten van hun bestaan zodanig zijn vastgelopen dat ze aan de steun van hun directe omgeving (voorzover die steun er

is) te weinig ontlene om uit de problemen te komen.

Soms wordt begeleiding door maatschappelijk werk verplicht gesteld door de rechter, b.v. bij reclassering en kindbeschermtng.

Maar in feite komen ook dan alle soorten van relationele problemen evenzeer aan de orde. Mensen voelen zich onmachtig omdat het niet lukt vriendschappelijke of intieme relaties aan te knopen, er zijn huwelijks- of opvoedingsproblemen, er is sprake van dreigende werkloosheid of invaliditeit met de daarbij behorende strijd tegen soms dwarsliggende uitkeringsorganen, tegen statusverlies en financiële problemen. Zij hebben migraine, lage rugpijn, veel pijn aan versleten wervels, maag en/of darmklachten of zijn in sexueel opzicht ongelukkig.



Tineke van der Wel

Als mensen hun ongenoegen over hun leefsituatie uiten via lichamelijke klachten, hetgeen in maatschappelijk opzicht de gelegaliseerde vorm is, gaan zij daar veelal mee naar de huisarts. Het is tenslotte, simpel gezegd, nog steeds aantrekkelijker om rugpijn te hebben dan bijvoorbeeld ruzie te maken met je werkgever, wat je je baan kan kosten. Mensen maken zo'n keus overigens zelden of nooit bewust. Ze gaan ook niet gemakkelijk uit zichzelf naar een maatschappelijk werker. De heersende opvatting is immers, dat je met je kwalen en pijnen naar de dokter kunt, maar dat je je problemen zelf moet kunnen oplossen. Het inzicht dat veel lichamelijke klachten hun oorzaak elders in het leven van mensen vinden, heeft de behoefte tot samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg doen ontstaan.

Fysiotherapeuten zijn eveneens zowel extra- als in-

TWEE KUNNEN MEER DAN EEN

tramuraal te vinden, waarbij zij zich bezighouden met mensen met problemen van het bewegingsapparaat. Mensen worden naar hen verwezen door huisartsen of medische specialisten; het fysiotherapeutisch handelen moet formeel gerelateerd zijn aan de medische diagnose van de verwijzend arts. Die bepaalt daardoor in theorie de werkinhoud van de fysiotherapeut. In de traditionele opvatting over fysiotherapeutisch handelen gaat de fysiotherapeut niet buiten zijn of haar 'medisch-technisch' boekje. Inmiddels zijn er andere, ruimere opvattingen ontstaan. Vooral daar, waar fysiotherapeuten deelnemen aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, blijken na verloop van tijd ruimere taakopvattingen te groeien gericht op het verlenen van integrale hulp. De meest opvallende ontwikkeling is die waarbij de patiënt als meer dan zijn klacht wordt gezien. Als de fysiotherapeut daar professioneel consequenties aan verbindt, ontstaat een werkinhoud die geheel andere accenten legt en andere vaardigheden vraagt. Daar wordt hij in de beroepsopleiding nauwelijks op voorbereid. De fysiotherapeuten die zich in bovenstaande opvatting vinden leren de praktische consequenties ervan in de dagelijkse praktijk.

SAMENWERKEN, MAAR HOE?

Aan samenwerken zijn drie aspecten onderscheiden:

- 1) het verwijzen.
- 2) gezamenlijke hulpverlening.
- 3) het samen ontwikkelen van nieuwe vormen van hulpverlening op grond van de ontstane samenwerking (het geheel is meer dan de som der delen). (b.v. groepswerk)

Op de eerste twee aspecten wordt nu ingegaan. Het derde aspect komt in een volgend artikel aan de orde.

HET VERWIJZEN

Verwijzen is een proces dat door de hulpverlener, bijvoorbeeld de huisarts of fysiotherapeut, op gang wordt gebracht als hij meent dat zijn patiënt zich meldt met een klacht of probleem waar hij niet de geschikte hulpverlener voor is. Verwijzen is ook de patiënt motiveren naar die andere hulpverlener te gaan, hetgeen hij zal doen als hij voldoende vertrouwen in zijn huisarts of fysiotherapeut heeft om diens advies op te volgen. Verwijzen naar maatschappelijk werk door de fysiotherapeut is mogelijk als mensen bereid zijn om via gesprekken te zoeken naar een mogelijk verband tussen lichamelijke klachten - de beleving daarvan speelt uiteraard een grote rol - en hun concrete leefsituatie. De maatschappelijk werker zal samen met de cliënt zoeken naar diens mogelijkheden om eventuele problemen, hetzij op te lossen, hetzij beter het hoofd te leren bieden.



...alleen

Verder kunnen mensen worden verwezen als ze in het gesprek met de hulpverlener waar zij op dat moment zijn, aangeven een concreet probleem te hebben of in een probleemsituatie verwickeld te zijn, waar zij er alleen niet uitkomen. Dat kan van alles zijn. In Ommoord hebben we de gewoonte dat verwijzers van te voren even met de maatschappelijk werker(s) bespreken of 'deze' verwijzing een geëigende is of niet. Dit neemt veel onduidelijkheid ten aanzien van de cliënt en hulpverleners weg. Het volgende voorbeeld laat dat zien.



...met fysiotherapeut Henny in 't Veld

JOKE

Joke is een gehuwde vrouw van 40 jaar. Zij en haar man hebben beiden een full-time baan. De verantwoording voor de huishouding ligt bij Joke, maar zij heeft een echtgenoot, die zeker niet te beroerd is om ook huishoudelijke taken te verrichten. Zij hebben geen kinderen, wonen op een flat. Zij is zeer gespannen en voelt zich nerveus, lijdt bovendien regelmatig aan slapeloosheid. Op het moment dat zij bij de huisarts komt, heeft zij ontzettend veel last van rugpijn en kan 'niet heen of weer'. Er zijn wat 'versleten wervels'. Zij slikt af en toe valium.

Op de vraag van de huisarts wat er nu allemaal nog meer aan de hand zou kunnen zijn, gaat zij niet in. Haar huwelijk is goed en op het werk zijn er wel problemen geweest, maar dat gaat nu ook wel weer. Kortom, niets aan de hand.

De rugklachten overheersen en een verwijzing naar fysiotherapie volgt. Op het verwijsbriefje voor de fysiotherapeut vermeldt de huisarts, behalve de medisch-technische gegevens, ook nog dat er mogelijke leefproblematiek een rol speelt.

Een verwijzing naar fysiotherapie lag hier het meest voor de hand, ondanks het vermoeden van de huisarts dat leefproblematiek wel degelijk een grote rol speelt in het ontstaan van de klachten van Joke. Voor een verwijzing naar maatschappelijk werk is namelijk overeenstemming tussen verwijzer

en patiënt noodzakelijk over een ander, hierboven omschreven aspect, namelijk, dat er een mogelijk verband bestaat tussen een en ander.

De fysiotherapeut behandelt haar met massage, leert haar ontspanningsoefeningen en toont belangstelling voor wie zij is en hoe zij leeft. Naarmate het vertrouwen in de fysiotherapeut bij Joke groeit, krijgen de gesprekken die tijdens de behandeling gevoerd worden een wat vertrouwelijker karakter. Zij geeft aan, zich ontzettend eenzaam te voelen en met niemand nou eens 'echt' te kunnen praten over wat haar bezighoudt.

De erkenning daarvan kostte haar veel inspanning, hetgeen niet verwonderlijk is. Wie van ons geeft gemakkelijk toe dat hij of zij zich vaak erg ongelukkig voelt? Onderschat derhalve zo'n stap niet. Toen zij desgevraagd aangaf inderdaad wel eens rustig met iemand te willen praten over de moeilijke kanten van haar leven en na te gaan of er mogelijk iets aan die gevoelens van eenzaamheid te doen zou zijn, kon zij worden verwezen naar maatschappelijk werk.

De reden voor verwijzing was niet alleen de overeenstemming tussen fysiotherapeut en cliënt over de aanwezigheid van leefproblematiek, maar voor de fysiotherapeut ook het belanden in het grensgebied tussen zijn eigen rol en die van maatschappelijk werk. De fysiotherapeut had een proces van bewustwording bij Joke op gang gebracht ten aanzien van de mogelijke relatie tussen klachten en leefsituatie en hij had de vrouw gemotiveerd daarin iets te ondernemen. Hij verwees omdat voorspelbaar was dat:

- 1) nu een procesmatiger, systematischer gespreksvoering op zijn plaats zou zijn;
- 2) daarvoor meer tijd en een rustiger omgeving dan een toch wat gehorige behandelruimte nodig zijn.

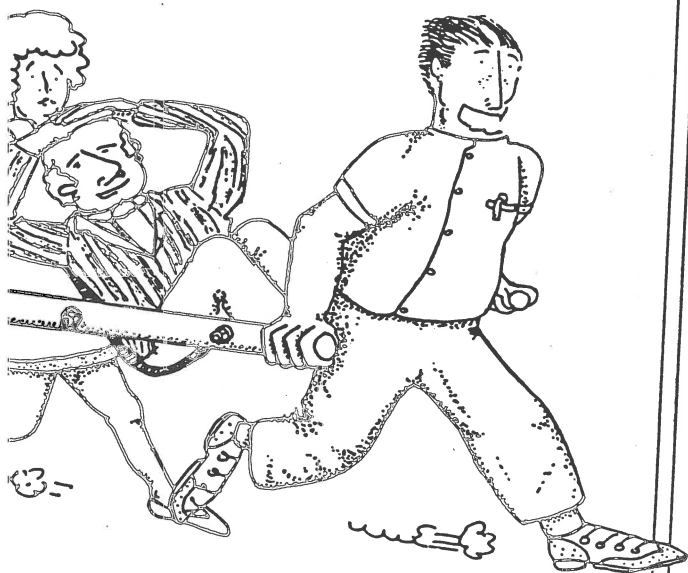
Eenmaal in gesprek met de maatschappelijk werker blijkt dat Joke met veel problemen zit. De kinderloosheid bleek een onverwerkt probleem. Verder leed zij aan een controledwang die maakt, dat zij 's avonds niet kon inslapen en overdag het huis bijna niet uit kon komen. Zo bezig gehouden door vragen als: 'is het licht uit?'; 'is de deur wel op slot?' enz. enz.

Bovendien hield zij er de opvatting op na, dat je over je problemen niet moet praten (dat is zeuren) en dat de situatie nou eenmaal zo is. In de gesprekken werd al snel duidelijk dat zij en haar man ieder apart met dezelfde problemen zaten, maar dat zij elkaar daar niet 'mee lastig vielen'.

Toen de man bij de hulpverlening betrokken werd, konden ze voor het eerst in jaren weer openhartig over zaken praten die hen beiden zo bezig hielden en ontdekten ze dat het 'samen delen' van zorgen niet belastend is, maar verlichtend werkt. Het verkleinde beider eenzaamheid en hief de druk op, die uitgaat van het je alsmaar groot moeten houden.

Ten aanzien van de controledwang werd een werk-

TWEE KUNNEN MEER DAN EEN



...samen

schema ontworpen waar man en vrouw samen mee aan de slag gingen.

Na vijf gesprekken was de conclusie van beiden dat zij met de problemen van kinderloosheid en controledwang wel samen verder konden. Zonodig zouden zij wel weer een beroep doen op maatschappelijk werk.

De conclusie ten aanzien van deze cliënten (en bij vele anderen) is dat de hulpverlening door de fysiotherapeut, juist op deze wijze een onmisbare fase is in het hele proces van het nader tot elkaar komen van man en vrouw. Het lichamelijk contact bij de behandeling en de aandacht voor de persoon van de cliënt hebben in het contact tussen fysiotherapeut en cliënt een vertrouwensrelatie doen ontstaan, waardoor zij haar problemen durfde aangeven.

GEZAMENLIJKE HULPVERLENING

Na de verwijzing van Joke door de fysiotherapeut is zijn hulpverlening ook nog enige tijd doorgegaan. De rugklachten namen af en zij had baat bij ontspanningsoefeningen. De gespreksmatige kant van de fysiotherapeutische behandeling werd ondersteunend voor wat bij maatschappelijk werk gebeurde. Dit vroeg een regelmatig kort overleg met de maatschappelijk werker, waarvan Joke op de hoogte was. Daarmee is dan meteen een voorbeeld van gezamenlijke hulpverlening gegeven zoals dat in een gezondheidscentrum als dat in Ommoord aan de orde van de dag is.

Mensen kunnen door hun omstandigheden in een situatie raken dat ze 'multidisciplinaire hulp' nodig hebben. Dat vereist van de hulpverleners om te beginnen dat zij zich realiseren dat ze niet de enige hulpverlener in die specifieke situatie zijn en dat onderlinge afstemming en taakverdeling gewenst maar ook praktisch mogelijk is.

Goed overleg tussen hulpverleners en met de patiënt/cliënt kan een effectievere hulpverlening met zo min mogelijk verwarring tot gevolg hebben. De vorm waarin dat overleg tot stand komt en onderhouden wordt varieert.

In Ommoord bestaan uitstekende ervaringen met 'de koffie'. Dit moment is erg belangrijk voor een goede samenwerking. Veel van het korte overleg over hulpverlening vindt dan plaats. In een aantal gevallen is over patiënten diepgaander overleg op een rustiger moment nodig. Met grote regelmaat worden daartoe tussen de diverse hulpverleners afspraken gemaakt. Verder hebben we ten behoeve van nieuwkomers en stagiaires regelmatig casuïstiek-besprekingen. Deze zijn noodzakelijk bij het leren kennen van interdisciplinair werken.

Gezamenlijke hulpverlening en verwijzing gebeuren vanuit de traditionele rollen, evenwel vanuit een gedeelde visie, die samenwerking mogelijk maakt.

In deze editie van Fysiovisie treft u opnieuw aan aantal voordrachten aan, die tijdens het congres Fysiotherapie 2000, gehouden zijn. Hiermee is de serie nagenoeg compleet.

De samenwerking tussen huisarts, patiënt, fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

Prof. dr. R.A de Melker.*



Het getuigt van moed en visie om in een tijd waarin naar het bevorderen van zelfzorg en terugdringen van professionele zorg wordt gestreefd, toch het thema 'Fysiotherapie 2000; professionalisering als therapie' te kiezen. Ik stel het op prijs als huisarts aan dit onderwerp een bijdrage te kunnen leveren.

Bij het beschouwen van toekomstige ontwikkelingen in de samenleving, gaat het niet om het voorspellen van deze toekomst, maar om een analyse van bepaalde ontwikkelingen teneinde daarop zo veel mogelijk te kunnen anticiperen!^{1,2}

Aan een voorspelling van de toekomst waag ik mij niet. Bij de analyse van mogelijke toekomstige ontwikkelingen ga ik ervan uit dat de gang van onze samenleving en cultuur door de mens beïnvloed kan worden. Sommige cultuurpessimisten benadrukken het feit dat de cultuur zo zeer haar stempel op de mens drukt, dat de gang van zaken onontkoombaar is. Met Fortmann³ ga ik ervan uit dat onze

cultuur en samenleving een open en dynamisch systeem is. Elke samenleving poogt tot een integratie te komen van feitelijke vormgeving en de situatie in haar cultuur. Maatschappijkritici benadrukken de ongelijke machtsverhoudingen binnen onze samenleving, waardoor sommigen relatief veel, anderen relatief weinig in staat zijn deze vormgeving mede te bepalen. Ook binnen de gezondheidszorg spelen de bestaande machtsverhoudingen een grote rol. Tot voor kort werd onze gezondheidszorg in sterkere mate door de specialistische, tweedelijns geneeskunde, gedomineerd. Hoewel op papier naar de zgn. versterking van de eerstelijns gezondheidszorg werd gestreefd, was hiervan tot nu toe nauwelijks iets te merken. Eén van de belangrijkste vragen m.b.t. de toekomstige ontwikkelingen in onze gezondheidszorg betreft de vraag of vanaf heden de samenleving de bakens zodanig gaat verzetten, dat de eerstelijns gezondheidszorg tot een aan het ziekenhuis gelijkwaardig en krachtig subsysteem zal uitgroeien.

De huidige economische crisis kan ons daarbij wellicht helpen. Evenals ziekte, ziek zijn voor een individu een reflectief moment kan vormen, evenzo kan een maatschappelijke crisis benut worden om toekomstige mogelijkheden te analyseren en nieuwe mogelijkheden te ontdekken. De huidige maat-

schappelijke crisis wordt gekenmerkt door het bereiken van de grenzen van de groei m.b.t. de economie, de technologie, milieu, energie. Dit geldt zeker voor onze gezondheidszorg.

Binnen onze gezondheidszorg doet zich de paradox voor, dat ondanks (volgens sommigen dankzij) uitbreiding van medische voorzieningen, meer ziekten voorkómen^{4,5,6}. Ik wijs op de sterke toename van het aantal WAO-ers, tot voor kort ook de stijging van het ziekteverzuim. Mijn Nijmeegse collega Huygen⁷ zag het aantal aan hem gepresenteerde ziektegevallen in 25 jaar verdubbelen. De huisarts verkeert tegenwoordig in de paradoxale situatie, dat bescherming van de aan hem toevertrouwde praktijkpopulatie tegen overmatige medische bemoeienissen tot één van zijn belangrijkste taken gerekend moet worden.

Achterhuis⁸ past in zijn boek 'De markt van welzijn en geluk' het verklaringmodel van Illich ook op het welzijnswerk toe. Het welzijnswerk maakt mensen machtelozer, en komt in strijd met de eigen doelstelling die in begrip 'welzijn' besloten ligt. Achterhuis meent dat de toegenomen professionalisering een goede, onvermijdelijke zaak is. Wordt echter een grens over-

* hoogleraar Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht; huisarts Gezondheidscentrum Maarssenbroek.

schreden, dan doen zich onafhankelijk van de inzet en goede wil van de beroepskracht de nadelige effecten van professionele zorg voor, n.l. toegenomen afhankelijkheid van de hulpvrager van hulpverlener en gevoelens van machteloosheid.

Zelfhulpgroepen, patiëntenverenigingen⁹ e.d. zijn van belang om mensen zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid voor een gezond bestaan te laten behouden. De vraag naar alternatieve geneeskunde sluit hierbij aan. Alternatieve geneeskunde zou meer gericht zijn op het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Dit geldt zeker niet voor alle vormen van alternatieve geneeskunde. Ook door acupunctuur of kruideneeskunde kan een individu tot een afhankelijke, onmondige patiënt worden. Daarbij signaleer ik bovendien een gevaar, n.l. dat de roep om 'terugkeer naar de natuur' vergezeld gaat met het afschrijven van wetenschap en techniek. Zeker binnen de kring van fysiotherapeuten, ook wel bij huisartsen bestaat een toenemende tendens om zich tegen wetenschap, techniek, rationeel denken af te zetten. Hiermee zetten we de klok 2000 jaar terug. Achter deze 'antihouding' gaat een groot misverstand schuil, namelijk de gedachte dat rationeel denken, wetenschap en techniek op zich nadelig en onmenselijk zou zijn.

Sinds Hippocrates heeft de geneeskunde zowel een wetenschappelijke als een persoonlijke, individuele grondslag. Nuchter, rationeel, objectiverend denken heeft de mens bevrijd van kwalen, rampen waar tegenover men vroeger machteloos stond. Fortmann³ stelt dat de mens hierdoor een nieuwe waardigheid heeft gekregen. Rationeel objectiverend denken wordt echter pas zinvol, indien deze wordt ingebed in een benadering van de patiënt als totaliteit, d.w.z. als individu in zijn leefmilieu. Door de ver voortgeschreden specialisatie en medische technologie dreigde de Hippocratistische geneeskunde op de achtergrond te raken. Hippocrates heeft de geneeskunde niet alleen wetenschappelijke, maar ook een humaan menselijke grondslag gegeven. Hippocrates benadrukte met name de bescheiden rol van de medicus: deze is een dienaar, geen beheerser van de natuur. Hij stelde de eigen geneeskraft van het organisme bij het genezingsproces voorop. De moderne opvatting over zelfzorg en zelfhulp is dus minder modern dan het lijkt. Voor de toekomstige gezondheidszorg, zeker de eerstelijnsgezondheidszorg is de combinatie van de rationeel, wetenschappelijke met een gevoelsmatig, intuïtieve humaan-individuele benadering essentieel. Nieuwe verworvenheden kunnen alleen waardevol zijn, indien deze op de juiste wijze, d.w.z. individueel en humaan worden toegepast.

Wetenschap en techniek kunnen bij zeer goed ten dienste van de ontwikkeling van zelfzorg gesteld worden. Tot nu toe zijn de wetenschap en techniek vooral op de meest gespecialiseerde, tweedelijns gezondheidszorg

gericht. Wat mij voor ogen staat, is een gezondheidszorg waarbij professionele zorg alleen dient als ondersteuning van zelfzorg en zo dicht mogelijk bij het leefmilieu en de leefwijze van de mens aansluit.

Bij de verdere professionalisering van de fysiotherapie zal rekening gehouden moeten worden met de nadelige effecten van professionele hulpverlening. Niet zozeer de kwantiteit, maar de kwaliteit van de fysiotherapie acht ik van belang. Bij het grote aanbod van fysiotherapeuten (evenals van artsen) dient dit punt extra benadrukt te worden. Omdat de eerstelijns gezondheidszorg het dichtst bij het leefmilieu aansluit, ben ik voorstander van daadwerkelijke versterking van de eerstelijns gezondheidszorg. In deze tijd van economische teruggang betekent dit dat dit ten koste van de tweedelijns voorzieningen zal moeten gaan.

Het belang van een 'eerstelijnsfysiotherapeut'

De fysiotherapeut die na zijn opleiding binnen de eerstelijns gezondheidszorg gaat werken, zal al spoedig tot de conclusie komen, dat zijn/haar opleiding niet op de praktijk-situatie is afgestemd. De hem/haar vertrouwde ziektebeelden, zo bloemrijk beschreven door orthopaed, reumatoloog, neuroloog willen maar niet op zijn behandel-tafel komen.

Redenen voor verwijzing naar de fysiotherapeut

Klachten	Venlo	Ommoord
Nek	23%	29%
Lage rug	24	31
Schouder	10	5
Overige		
arthrosis	8	4
Posttraumatisch/postoperatief	16	6
Epicondylitis/tendinitis	5	4
bursitis		
Overige	14	21
	100%	100%
n=616		n=852

* naar: Crebolder, H¹⁰, 1983; en Buyten, WT et al¹⁶, 1977.

Uit de tabel blijkt dat in het Gezondheidscentrum Venlo en Ommoord (50-60%) van alle naar de fysiotherapeut verwezen patiënten nek en/of lage rugpijn hadden. Op grond van onze huidige kennis en inzicht weten we dat bij ontstaan van deze klachten sprake is van een complexe wisselwerking tussen somatische, intrapsychische en relationele factoren. Volgens Oosterhuis¹¹ hangt nekpijn met agressie, lage rugpijn met verdriet, teleurstelling en machteloosheid samen. Bij de hulpverlening van patiënten met multiconditioneel bepaalde klachten, zullen huisarts en fysiotherapeut proberen

aan de meervoudige betekenis en signaalfunctie van deze klachten aandacht te besteden. Dit houdt in concreto in, dat niet zozeer de klacht bestreden zal worden, maar dat gestreefd wordt naar het bevorderen van inzicht en bewustwording van de samenhang tussen de gepresenteerde klachten en leefpatroon c.q. leefsituatie van de patiënt. De fysiotherapeut is echter op deze benaderingswijze niet of nauwelijks voorbereid. Zijn opleiding is immers meer afgestemd op het ziektepatroon binnen het ziekenhuis met de daarop aansluitende specialistische benaderingswijze en veel minder op het klachtenpatroon binnen de eerstelijns gezondheidszorg en de daarvoor gangbare hulpverleningsmethoden. De jonge fysiotherapeut verkeert in dezelfde positie als de jonge huisarts van ± 15 jaar geleden. Ook de huisarts werd in die tijd onvoldoende op zijn taak binnen de eerstelijns gezondheidszorg voorbereid.

De huidige opleiding van de huisarts is zeker niet ideaal. Binnen de medische opleiding is echter wel het een en ander veranderd. Van de medische psychologie, sociologie, gesprekstechniek, communicatieleer heeft de student op zijn minst de grondbeginselen geleerd. Hoewel bescheiden, levert de huisarts een bijdrage aan het medisch onderwijs. Tenslotte krijgt de huisarts gedurende de éénjarige beroepsopleiding de gelegenheid de voor de huisarts relevante medische en gedragswetenschappelijke kennis, hulpverleningsvaardigheden te verwerven. Het gevaar van de huidige situatie m.b.t. het ontbreken van een adequate opleiding van de eerstelijns fysiotherapeut acht ik zeer groot.

Omdat een adequate opleiding tot eerstelijns fysiotherapeut ontbreekt, zal de fysiotherapeut door na- en bijscholing zoveel mogelijk zelf de ervaren deficiënties m.b.t. kennis en vaardigheden moeten aanvullen. Het risico is groot, dat door de frustratie van de inadequate opleiding de fysiotherapeut in een alternatieve benadering vlucht, met afwijzing van de waardevolle elementen van de wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde. Teneinde duidelijk te maken welke veranderingen m.b.t. de opleiding van de eerstelijns fysiotherapeut mij voor ogen staan, wil ik kort ingaan op enkele ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde die voor de fysiotherapeut van groot belang zijn.

Hulpverleningsmethoden binnen de huisartsgeneeskunde

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn de laatste jaren een aantal patiëntgerichte hulpverleningsmethoden ontwikkeld die ook voor de fysiotherapeut van belang zijn. Bekend is bijv. het zgn. methodisch en systematisch¹³ werken, waarbij met name wordt ingegaan op de motieven voor hulpverlening en verwachtingen van de patiënt m.b.t. de hulp van de huisarts. Veel aandacht wordt besteed aan het

klachtbelevingsaspect en eventuele processen van somatische fixatie. Onder het proces van somatische fixatie verstaan we met Huygen en medewerkers¹⁴ het voortdurend eenzijdig benadrukken van de somatische kant van ziekten, klachten of problemen, waarbij mensen steeds meer vastlopen en afhankelijk worden van het medisch systeem.

Deze processen spelen zich op drie niveaus af, n.l.

- in een individu: zgn. interne cyclus,
- tussen individu en omgeving en
- tussen arts en individu, zgn. externe cycli.

Deze processen van somatische fixatie worden gekenmerkt door het voortdurend doorlopen van de kringloop klacht → inadekwate omgang daarmee → klacht etc., en het onvermogen deze kringloop te doorbreken. Er is dus sprake van een zichzelf versterkend proces, waarbij de patiënt steeds verder in de patiëntenrol terecht komt. Uit onderzoek aan het Nijmeegs Universitaire Huisartseninstituut¹⁴ is gebleken dat door deze processen van somatische fixatie niet alleen klachten versterkt kunnen worden, maar bovendien mensen op den duur t.g.v. een grotere ontvankelijkheid voor ziekte en ongevallen inderdaad steeds zieker worden. Uit dit onderzoek blijkt dat ook de medicus/hulpverlener een bijdrage kan leveren aan het in stand houden bevorderen c.q. ontstaan van klachten en ziekten. Daarmee wordt dan duidelijk dat onze Gezondheidszorg ten dele inderdaad een ziekmakend effect kan hebben. Met nadruk zeg ik: kan hebben en niet heeft. De hulpverlener kan immers het proces van somatische fixatie niet alleen bevorderen, maar ook tegengaan c.q. voorkomen. Dit is mogelijk door wat binnen de huidige huisartsgeneeskunde een meersporenbenadering wordt genoemd. Hieronder versta ik een benadering van een klacht, ziekte of van problemen, waarbij zoveel mogelijk aan alle relevante factoren, die aan het ontstaan van het klachtenpatroon een bijdrage kunnen leveren, aandacht wordt besteed.

Deze gegevens illustreren mijns inziens mijn bewering dat een wetenschappelijke benadering, mits goed toegepast, voor goede hulpverlening van het grootste belang is. De Nijmeegse onderzoekers¹⁴ hebben ons inzicht in deze somatiseringsprocessen vergroot. Bovendien zijn inmiddels hulpverleningsmethoden ontwikkeld waarbij de genoemde 'meersporenbenadering' toepasbaar wordt gemaakt. Binnen het Utrechts Universitair Huisartseninstituut is bijv. het zgn. systematisch werken¹³ ontwikkeld. Bij het hulpverleningsproces van de huisarts worden 4 fasen onderscheiden, n.l.: Intake - Diagnostiek - Beleidsplan - Afsluiting en evaluatie.

Bij de intake onderscheiden we:

- verheldering van de hulpvraag
- klachtenexploratie.

Bij de zgn. vraagverheldering gaat het om een zo helder mogelijk beeld te krijgen over de vraag:

- wat komt de patiënt vragen,
- waarom komt hij nu,
- waarom komt hij bij mij.

Met de patiënt wordt expliciet de hulpvraag geformuleerd. Bij de klachtenexploratie gaat het om een zo concreet mogelijke omschrijving van het gepresenteerde klachtenpatroon. Daarbij gaat het bijv. om de ideeën die de patiënt zelf over de klachten heeft (lekdagnostiek), de beleving van de klacht, evt. zelfbehandeling, reacties uit de omgeving e.d.

Pas na deze intake (een patiëntgerichte fase), gaat de huisarts vanuit zijn medische deskundigheid, werk-hypothesen formuleren en toetsen. Deze diagnostische fase wordt met de probleemdefinitie afgesloten. Deze omvat o.m.:

- a) de hulpvraag van de patiënt,
- b) beschrijving van klachten of problemen,
- c) waarschijnlijkheidshypothesen m.b.t. klachten, samenhang, klachten, aetiologie,
- d) context van de klachten en patiënt,
- e) een prognose.

Op grond van deze probleemdefinitie wordt met de patiënt een beleidsplan opgesteld. Bij de afsluiting wordt de hulpverlening geëvalueerd, teneinde na te gaan in hoeverre de hulpverlening op de verwachtingen van de patiënt is afgestemd.

Voor de eerstelijns fysiotherapeut is het van belang zich te realiseren dat dat diagnostische proces in de huisartspraktijk gefaseerd verloopt. De werkhypothesen worden onder meer getoetst aan de hand van het verloop van het klachtenpatroon. Om deze reden zijn rapportage, evt. tussentijds overleg na verwijzing naar de fysiotherapeut van essentieel, in enkele gevallen zelfs van levensbelang.

Mijns inziens zijn bovenstaande ontwikkelingen voor de eerstelijns fysiotherapeut van even groot belang als voor de huisarts. Het lijkt mij dringend noodzakelijk om bij een verdere professionalisering van de eerstelijns fysiotherapeut vergelijkbare hulpverleningsmethoden te ontwikkelen.

Ontwikkelingen binnen de fysiotherapie

Ook binnen de moderne fysiotherapie wordt de laatste tijd steeds meer aandacht besteed aan een andere benadering van de aan de fysiotherapeut gepresenteerde klachten. De kracht, maar ook het risico van fysiotherapie is mijns inziens de menselijke aanraking, het lichamelijke contact. De aanraking en het aangeraakt worden is de meest primaire en elementaire vorm van menselijke ontmoeting. Van alle gebieden van zintuigelijke waarneming is dat van de tastzin het meest emotionele. Voor hulpverlening vormt warm menselijk contact een eerste voorwaarde. Juist m.b.t. de aan de fysiotherapeut gepresenteerde klachten gaat het vaak om geblokkeerde emoties, die in lichamelijke houding en beweging tot uiting komen. In deze tijd van eenzaamheid, onder-

drukking van gevoelens, lopen mensen geestelijk en lichamelijk letterlijk en figuurlijk vast. Bij de door Veldman¹⁵ ontwikkelde haptonomie komt de betekenis van het affectieve, tactiele contact binnen de fysiotherapie trefend naar voren.

Volgens Veldman zou de tastzin de basis vormen voor de verdere ontwikkeling van de zintuigen en het gevoelsleven van de mens. Men behoeft de benadering van Veldman zeker niet kritiekloos over te nemen. Het blijft een feit dat de aanraking van een patiënt door de hulpverlener één van de belangrijkste mogelijkheden is voor het opbouwen van een therapeutische relatie.

Binnen de therapeutische relatie zal de patiënt soms zijn leefproblemen kunnen uiten, vaak voor het eerst. Uit een onderzoek in het Gezondheidscentrum Ommoord¹⁶ bleek bijv. dat bij 70% van de door de huisarts naar de fysiotherapeut verwezen patiënten levensproblemen naar voren kwamen. Ongeveer de helft van deze problemen was tevoren niet aan de huisarts bekend. De vroeger veel gehoorde opvatting dat de huisarts 'zijn' patiënten zo goed zou kennen, hebben we de laatste jaren zeker herzien.

Ongetwijfeld kan de fysiotherapeut een belangrijke rol spelen bij het signaleren en bewust worden van de samenhang tussen leefproblemen en lichamelijke klachten.

Bio-energetische methoden die door sommige fysiotherapeuten worden toegepast, hebben de bedoeling mensen met psychosomatische klachten te helpen bij het bewust maken van lichamelijke afweermechanismen, als bescherming tegen emoties. Inzicht in de oorzaak van het functioneren van deze mechanismen, kan de patiënt op weg helpen zich niet langer afhankelijk van zijn lichamelijke klachten op te stellen. Daardoor kan de patiënt weer zelf de verantwoordelijkheid nemen voor wat hij met zijn lichaam doet¹⁷. Deze fysiotherapeutische methoden sluiten zeer goed aan bij de moderne huisartsgeneeskunde en zijn zeer adequaat binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Sommige fysiotherapeutische methoden hebben een groot risico om processen van somatische fixatie te versterken bijv. manuele therapie, massage, fysiotherapie. Andere methoden zoals haptonomie, bioenergetica doen een appel¹⁸ op de patiënt zelf en sluiten daardoor zeer goed aan bij de bovengenoemde huisartsgeneeskundige benadering. De effectiviteit van fysiotherapie is sterk afhankelijk van de wijze waarop de fysiotherapeut de patiënt benadert. De kracht van de fysiotherapie breng wel het risico met zich mee, dat mensen door een intensieve therapeutische relatie afhankelijk van de fysiotherapeut worden.

Samenwerking huisarts - patiënt - fysiotherapeut

Om een meersporenbenadering te effectueren zal de fysiotherapeutische

hulpverlening bij die van de huisarts moeten aansluiten. Idealiter vormt fysiotherapie een onderdeel van het beleidsplan wat met de patiënt wordt opgesteld.

Multidisciplinaire samenwerking wordt tegenwoordig van groot belang geacht. Dit geldt zeker voor huisarts en fysiotherapeut. Hoewel hierover veel gepraat en geschreven wordt, komt er vaak weinig van terecht. Eén van de oorzaken hiervan is het verheffen van samenwerking tot dogma: de samenwerkingsideologie. Een van de gevolgen van deze dogmatische benadering is het verwarren van middel met doel.

Samenwerking is geen doel op zich, maar slechts één van de mogelijkheden om de hulpverlening te verbeteren, niet meer, niet minder. Andere belemmeringen van samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut zijn het gebrek aan inzicht in elkaars denken en werkwijze, gebrekkige communicatie en uiteenlopende visies m.b.t. hulpverlening aan patiënten. Aan de hand van een korte patiëntengeschiedenis wil ik deze samenwerkingsproblemen illustreren:

Mevrouw Gerritsen, 28 jaar, is een gehuwde receptioniste zonder kinderen. Ze bezoekt de huisarts i.v.m. lage rugpijn, ontstaan na een griepperiode. Eigenlijk heeft ze al langer rugklachten. De laatste tijd is de rugpijn verergerd. Uit een exploratief gesprek blijkt dat de werksituatie de laatste tijd veel spanningen met zich meebrengt. Door een te kleine bezetting aan de balie wordt patiënte met te veel drukte gekonfronteerd. Ze durft dit niet met haar chef te bespreken. Bij verheldering van de hulpvraag komt naar voren dat patiënte het liefst een tijdje rust wil houden. Bij onderzoek wordt onder meer een lichte S-vormige torsie-scoliosis thoraco-lumbaal gevonden. Laag lumbaal bestaat een blokkade met sterke hypertonie van de lage ruggen. Er is sprake van lichte scheefstand van bekken en schouders. Neurologisch onderzoek g.b.

Als relevante factoren kan gedacht worden aan de zittende houding als receptioniste (verkeerde werkhouding?), psychosociale stress in de werksituatie en een griep als 'auslösend' moment. Patiënte wordt naar de fysiotherapeut verwezen.

Laten we nu eens aannemen dat huisarts A deze patiënte naar fysiotherapeut B verwijst met het volgende briefje: 'Mevrouw Gerritsen klaagt over rugpijn. Ze is op werk overbelast en wil het een tijdje rustig aan doen. Onderzoek: zie tekst. Gaarne massagekuur.' Fysiotherapeut B behandelt mevrouw Gerritsen met manuele therapie. Aanvankelijk lijkt de behandeling enig succes te hebben. De klachten blijven echter recidiveren. Patiënte krijgt een massage behandeling.

Na 6 weken zijn de klachten nog niet over, reden om de behandeling voort te zetten. Waarom is patiënte niet verbeterd? Mevrouw Gerritsen had haar klachten vooral als 'ziekte' ervaren. Ze had gepiekert over de oorzaak van de rugpijn en dacht aan een 'hernia'. Door

de extra aandacht voor de rugpijn wordt ze nog meer gespannen, waardoor de klachten toenemen. Hiermee is een 1e cirkelproces (interne cyclus) gesloten.

Indien haar omgeving (collega's, echtgenoot) deze visie op haar klachten bevestigt, b.v. 'Ik zou maar opassen met die rug', ontstaat een 2e cirkelproces. De klacht krijgt een stabiliserende functie in haar omgeving.

Ze gebruikt de rugpijn bijv. om de konflikt situatie op haar werk te ontwijken. De stressvolle situatie blijft niet alleen bestaan, maar de overmatige aandacht voor de rugpijn vormt een nieuwe bron van spanningen. De klachten nemen toe. Een derde cirkelproces kan door huisarts en/of fysiotherapeut op gang gebracht worden. Omdat de meervoudige signaalfunctie van de rugpijn niet wordt begrepen, wordt patiënte in de mening bevestigd: die rug deugt niet. Dat zo'n eenvoudige handgreep als MT helpt, versterkt dit patroon. Ook door de massage zonder meer, wordt de lichamelijke fixatie versterkt. Bovendien neemt de afhankelijkheid van de hulpverlener hierdoor toe.

Huisarts X zou dezelfde patiënte naar fysiotherapeut Y kunnen verwijzen.

Met patiënte bespreekt hij het motief van de verwijzing en de verwachtingen t.a.v. de fysiotherapeutische hulpverlening. Hij vraagt toestemming voor informatie van de fysiotherapeut. In zijn brief wijst hij op de signaalfunctie van de rugpijn. Hij vraagt de fysiotherapeut:

- patiënte te helpen bij de bewustwording van de samenhang rugpijn - werksituatie,
- in te gaan op alle factoren die bij het ontstaan van haar rugpijn een rol kunnen spelen,
- om overleg na \pm 6 weken,
- om de behandelingsduur te beperken,
- om met patiënte de verwachtingen t.a.v. de fysiotherapie te bespreken en deze te relativieren.

Fysiotherapeut Y zegt tegen patiënte: 'Ik kan uw rugpijn niet wegmassen; ik kan u wel op weg helpen, maar ik kan uw leefwijze niet veranderen, dat moet u zelf doen.'

Een fysiotherapeut is evenals de huisarts geen psychotherapeut of maatschappelijk werker. Hij/zij kan patiënte wel helpen om de signaalfunctie van de rugklachten te verstaan.

Uit deze ziektegeschiedenis blijkt dat voor het effectueren van een meer sporenbeleid huisarts en fysiotherapeut samen met de patiënte een behandelingsplan moeten opstellen. Willen huisarts en fysiotherapeut patiënte werkelijk helpen, dan is bewustwording van de signaalfunctie van de rugpijn het doel van de behandeling, niet het streven naar verlichting van de klachten. Dit kan alleen door een goed onderling overleg en vanuit gezamenlijke visie op de hulpverlening. Indien de huisarts niet met de werk/denk wijze van de fysiotherapeut bekend is, bestaat de kans dat langs elkaar heen wordt gewerkt. Er ontstaat bij patiënte

het idee dat de fysiotherapeut de rugpijn zal kunnen 'wegmasseren', etc. Om hulpverlening goed op elkaar af te stemmen, is feedback, uitwisseling van ideeën nodig. Idealiter stellen huisarts en fysiotherapeut gezamenlijk een behandelingsplan op c.q. stemmen de hulpverlening op elkaar af. Bovenstaande 2 situaties zijn natuurlijk de 2 uitersten van een groot aantal praktijksituaties m.b.t. de samenwerking huisarts/fysiotherapeut. Ik vermoed dat de praktijk vaak dicht bij de eerste dan bij de tweede situatie ligt. Het is duidelijk dat samenwerking tussen huisarts A met fysiotherapeut Y respectievelijk huisarts X met fysiotherapeut B problematisch zal zijn. Huisartsen zouden dan ook bij voorkeur met bepaalde fysiotherapeuten moeten samenwerken en omgekeerd. Bij verwijzing zal de huisarts de fysiotherapeut informeren m.b.t.:

- anamnese en onderzoek,
 - evt. röntgenologisch onderzoek,
 - probleemstelling,
 - evt. complicaties, incl. contraïndicaties,
 - relevante psychosociale gegevens, verwachtingen van de patiënt,
 - procedure afspraken (verzoek tot nader overleg, herhaalconsult bij de huisarts e.d.),
 - voorstel voor behandelingsplan.
- Omgekeerd is voor de continuïteit van de hulpverlening de informatie van de fysiotherapeut voor de huisarts van wezenlijk belang. Natuurlijk behoeft de fysiotherapeut zijn beroepsgeheim niet te schenden. Informatie van de huisarts vereist overleg met de patiënt. Het gaat daarbij niet om het uitwisselen van alle problemen en emoties die de patiënt geuit heeft. Het gaat wel om het verhogen van het inzicht van de huisarts m.b.t. het ontstaan en verloop van de klachten van zijn patiënten aan de hand van de ervaring van de fysiotherapeut.

Indien een patiënt zijn relatieproblemen met de fysiotherapeut besproken heeft, is deze informatie op zich voor de huisarts voldoende. De inhoud, gevoelens en emoties die met deze relatieproblemen samenhangen, behoren binnen de vertrouwensrelatie patiënt-fysiotherapeut te blijven.

Wanneer zal de fysiotherapeut met de huisarts overleg plegen? Ik noem een paar voorbeelden:

1. Indien een afwijking gevonden of vermoed wordt, waarbij nader onderzoek nodig kan zijn;
2. Indien de behandeling na \pm 6 weken niet succesvol is;
3. Indien de klachten toenemen of veranderen;
4. Indien de patiënt dit wenst;
5. Indien de fysiotherapeut nader onderzoek nodig vindt;
6. Indien meerdere hulpverleners bij de behandeling betrokken zijn;
7. Indien leefproblematiek van zo ernstige aard is, dat psychotherapie nodig is.

Zoals gezegd is tussentijds overleg en terugrapportage van essentieel belang voor de diagnostiek van de huisarts. De huisarts moet bij verwijzing naar de

fysiotherapeut ervan op aan kunnen dat bij een afwijkend verloop of het uitblijven van verbetering van de klachten de patiënt weer door de huisarts gezien wordt.

Tot slot

In mijn voordracht heb ik willen benadrukken dat fysiotherapie een belangrijke bijdrage kan leveren bij een optimale behandeling van de binnen de eerstelijns gepresenteerde klachten. Ik heb echter ook de risico's van fysiotherapie naar voren gebracht. Willen huisarts en fysiotherapeut vanuit een gezamenlijke visie hulp verlenen, dat zullen zowel de opleiding van de huisarts als van de eerstelijns fysiotherapeut aangepast moeten worden. Het ontwikkelen van op de eerstelijns klachten afgestemde hulpverleningsmethoden is dringend noodzakelijk. Binnen de opleiding van eerstelijns fysiotherapeuten zouden vakken als medische psychologie, gespreksvoering, huisartsgeneeskunde tot het standaardpakket moeten behoren. Omgekeerd zou fysiotherapie meer aandacht moeten krijgen binnen de medische opleiding en de specifieke beroepsopleiding tot huisarts. Momenteel wordt een driejarige beroepsopleiding tot huisarts voorbereid. Hierbij zal multidisciplinaire samenwerking meer aandacht kunnen krijgen dan thans mogelijk is. Het is aan u om te zorgen dat de eerstelijns fysiotherapie verder wordt ontwikkeld, inclusief een specifieke opleiding van de fysiotherapeut voor zijn werk binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

Stellingen:

1. Professionalisering van de eerstelijns fysiotherapie vereist:
 - een specifieke opleiding tot eerstelijns fysiotherapeut
 - de ontwikkeling van specifieke eerstelijns hulpverleningsmethoden
2. De kwaliteit van de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut is mede bepalend voor de kwaliteit van de hulpverlening.
3. De sterke toename van fysiotherapeutische behandelingen vormt een bedreiging voor de gezondheidszorg, tenzij fysiotherapeuten hulpverleningsmethoden ontwikkelen, die op behoud en herstel van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor een gezond bestaan zijn gericht.

Literatuur

1. Thoenes P. Van wetenschap tot utopie. Meppel, Boom, 1976.
2. De komende vijfentwintig jaar, Rapport van de Wetenschappelijke Raad van het overheidsbeleid. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1977.
3. Fortmann H. Inleiding tot de cultuur-psychologie. Bilthoven, Ambo, 1971, pag. 124.
4. Breung G. Geneeskunde, indrukken van een toerist. Alphen a/d Rijn, Stafleu, 1980.
5. Melker RA de. Zorg voor een goede gezondheidszorg in 2000: niet meer

6. maar beter. In: Kiezen of delen in de klinische gezondheidszorg, 1980 - 2000. Lochem, De Tijdstroom, 1981, pag. 152.
6. Mahler HG. Health, a demystification of medical technology. Lancet, 1975, 2, 829.
7. Huygen FJA. Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerstelijns. In: Waarheen met onze gezondheidszorg? Baarn, Ambo, 1977.
8. Achterhuis H. De markt van welzijn en geluk! Een kritiek van de andragogie. Baarn, Ambo, 1980.
9. Es JC van en Melker RA de. Wat voor de gezondheidszorg willen wij? Med. Contact, 1978, 33, 961.
10. Crebolder H. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandeling. Huisarts en Wetenschap, 1983, 26, 42.
11. Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Utrecht, Bunge, 1982 (Diss.).
12. Methodisch Werken. Huisarts en Wetenschap. 1978, 21, 322.
13. Burg-van Walsum M van der Klinisch denken: een onderwijsprocedure. Wordt binnenkort gepubliceerd in Ned. T. voor Geneeskunde.
14. Grol R. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen, N.U.H.I., 1981.
15. Veldman J. Lichte lasten. Leiden, 1977.
16. Buyten WT, et. al. Fysiotherapie, vierde in het eerstelijnskwartel. Huisarts en Wetenschap, 1977, 20, 1922.
17. Brakken WJ, et. al. Fysiotherapie binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband in de eerstelijnsgezondheidszorg. V.M.S.F., 1983.
18. Melker RA de. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Ned. T. v. Fysiotherapie, 1981, 91, 254.

Gebruikersparticipatie in Holendrecht

De golven van het democratiseringsideaal omspoelen in de jaren zeventig de voeten van de huisartsen op dat veilig gewaand eiland, hun spreekkamer. Er werden schuchter nieuwe werkvormen ontwikkeld, die open stonden voor invloed van de gebruikers van zorg. De link tussen democratisering, gebruikersparticipatie en inhoud en kwaliteit van de hulpverlening was gelegd. Maar niet probleemloos. Daar zeggenschap van gebruikers serieus genomen wordt ontstaat vaak een spanningsveld tussen zorgopvattingen van hulpverlener en hulpvrager. In deze confrontatie is het voor de arts verleidelijk, de breng van de patiënt in te perken tot een vrijwel houdsloze deelname aan het hulpverleningsproces. Democratisering wordt daarmee op een dood voor gezet.

Ervaringen in het gezondheidscentrum Holendrecht (Amsterdam) leren dat vernieuwingen alleen realiseerbaar zijn door creatief om te gaan met de verschillen in positie en optiek van hulpverleners en gebruikers.

Marieke Bertels betoogt dat, om kwaliteit van zorg te waarborgen en democratisering te dienen, conflicten, verwarring en weerstanden niet uit de weg moeten worden gegaan. Hulpvrager en hulpverlener moeten hun verschil in positie onderkennen en hun kwaliteitsopvattingen ter discussie stellen. Alleen dan is participatie méér dan een modieuze kreet.

MARIEKE BERTELS is onderzoekster van het Onderzoekplatform Samenwerkingsverbanden eerstelijns gezondheidszorg Amsterdam (OSA).

Kwaliteit in discussie

En tien jaar geleden verschenen in de literatuur vrij gered pleidooien voor democratisering in de gezondheidszorg. De 'zestiger jaren' hadden uiteindelijk ook het gezondheidsbedrijf niet onberoerd gelaten. Na een zekere windstille tijd lijkt nu de discussie opnieuw aan te trekken. In die sentijd is er echter iets merkwaardigs gebeurd: er heeft in het woordgebruik een verschuiving plaatsgevonden van 'democratisering' naar 'participatie'. Het is mijn stellige indruk, dat dit niet slechts een simpele vervanging van begrip betreft, maar tevens een verschuiving in het denken oplevert. Participatie van gebruikers wordt in toenemende mate opgevat als een doel-op-zich. Men worstelt alleen nog niet met het probleem hoe die participatie te bevorderen. De vraag waarom participatie wordt nauwelijks meer gesteld, en min gaat men na hoe de participatie in praktijk zich houdt tot het oorspronkelijke democratiseringsideaal. Andere, ook minder nobele, doeleinden kunnen dan een overheersende rol gaan spelen. Zo speculeert men tegenwoordig nogal eens over de mogelijk positieve effecten van participatie op beheersbaarheid en kosten van de gezondheidszorg, door een betere afstemming op elkaar van vraag aanbod en een vermindering van professionele hulp.

In dit artikel wil ik juist wel nader ingaan op de vraag, onder welke omstandigheden participatie van gebruikers draagt aan democratisering in de gezondheidszorg. Daarbaseer ik me op bevindingen uit een langdurig en intens ontwikkelingsonderzoek naar participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Onlangs verscheen hierover uitvoerig eindrapport.¹

De uitgangspunt is het streven naar democratisering. Dit heeft zijn algemeenheid betrekking op het afbreken van ongewenste machtsverhoudingen. Voor de gezondheidszorg en de wezige machtsverschillen betekent dit, dat patiënten en entiele gebruikers meer zeggenschap dienen te krijgen, zowel in de directe hulpverleningsrelatie (eigen lijf en leven) in bestuurlijk opzicht (vormgeving van het beleid). Deze aanpak verschilt van een andere vaak gehanteerde democratisering-opvatting, waarbij het slechts gaat om formele zeggenschap binnen een vastgestelde beslissingsstructuur. In deze formele benadering wordt participatie — het deelne-

men van gebruikers in die structuur — al gauw gelijk gesteld met democratisering. Het begrip participatie betekent echter niet meer dan dat gebruikers meedoen of deelhebben aan allerlei activiteiten, processen, ideeënvorming, besluiten en dergelijke, die zich in de gezondheidszorg voordoen.² Het zegt op zichzelf nog niets over de inhoudelijke inbreng en de invloed die de gebruiker door die deelname uitoefent, noch over de mate waarin machtsverschillen (blijvend) worden aangetast. Dat neemt niet weg dat deelname van gebruikers een grote stap in de gewenste richting is. Je moet er bij zijn om iets te kunnen zeggen. De vraag is dan onder welke omstandigheden dat het geval is. In de beantwoording beperk ik me tot die situaties waar volgens mij democratisering ook werkelijk doel is, en dat betreft hoofdzakelijk eerstelijns samenwerkingsverbanden die vernieuwing nastreven.

Participatie en vernieuwing

Democratisering is slechts één aspect van het vernieuwingsstreven in bepaalde delen van de gezondheidszorg. Het andere, daarmee samenhangende aspect betreft de kwaliteit van de hulpverlening. De kritiek uit de 60-er jaren richtte zich niet alleen op de ongelijkwaardige verhouding tussen professionals en leken, maar ook op de medisch-technische oriëntatie en werkwijze in de gezondheidszorg. De eenzijdige benadering van hulpvragen heeft geleid tot een louter symptomatische aanpak, die vaak meer kwaad dan goed doet (bijwerkingen, iatrogene ziekten). Bovendien blijkt deze overheersende oriëntatie de macht van de professional te doen toenemen, en de afhankelijkheid van de gebruiker in de hand te werken. De kritiek hierop leidde tot het formuleren van nieuwe eisen en uitgangspunten voor de hulpverlening. In de vernieuwingsdiscussie doken — naast democratisering — begrippen op als integrale benadering, demedicalisering, preventie, buurtgericht werken. De nieuwe

kwaliteitsopvatting werd verder uitgewerkt in concepten voor andere organisatievormen voor de eerstelijns hulpverlening. Er werden plannen gemaakt voor multidisciplinaire teams opererend vanuit een (lieft kleinschalig) centrum in de wijk. De opzet en werkwijze van het gezondheidscentrum Holendrecht is hiervan een duidelijk voorbeeld.

De doelen 'democratisering' en 'kwaliteit' vormen in de vernieuwingsfilosofie dus een onlosmakelijke eenheid. Er werd eveneens van uitgegaan, dat deze doelen elkaar in de praktijk zouden versterken: realisering van de nieuwe werkwijze zou tevens bijdragen aan democratisering van de hulpverleningsverhouding, en omgekeerd zou zeggenschap van de gebruikers — in de directe hulpverlening en op beleidsniveau — leiden tot een betere kwaliteit van de hulpverlening. In het onderzoek is duidelijk geworden dat dit niet zonder meer het geval is. Om te kunnen verduidelijken welk probleem zich voordoet, zal ik allereerst iets meer zeggen over de betekenis van de nieuwe kwaliteitsopvatting.

Nieuwe kwaliteitsopvattingen

De inhoud van het doel 'kwaliteit' is moeilijk exact te definiëren, omdat de begrippen die daarvoor worden gebruikt heel verschillend geïnterpreteerd worden. Zo verstaat de één onder bijvoorbeeld demedicalisering het minder voorschrijven van medicijnen en het minder verwijzen naar de specialist. Terwijl een ander doelt op het doorbreken van de monopoliepositie van de medische professie. Ondanks deze verschillen kan een aantal centrale punten worden aangewezen, waarop de vernieuwing van kwaliteit betrekking heeft. Ik noem ze 'dimensies', om aan te geven dat de invulling ervan kan variëren.

— De inhoud van het ziektegegrip. Ziekte is in de nieuwe opvatting geen louter individuele en lichamelijke afwijking, maar wordt gezien in de bredere context van psychologische gesteldheid, gezin, buurt, werk, maatschappelijke omstandigheden. De gedachte dat de grens tussen ziek en gezond objectief is vast te stellen, wordt bestreden. Bovendien is ziekte niet per definitie een 'onwenselijke afwijking' waar men de hulpvrager koste-wat-kosten vanaf moet helpen. Bepaalde kwalen en handicaps horen bij het proces van ouder worden en sterven, en dikwijls kunnen lichamelijke klachten signalen zijn die aangeven dat de hulpvrager iets in zijn of haar levenspatroon moet

veranderen.

- Probleemoplossing. Bovenstaande heeft vanzelfsprekend consequenties voor de aanpak van klachten en problemen. De hulpverlener is terughoudend in het gebruik van medisch-technische middelen, zoals medicijnen, specialistisch onderzoek en behandeling. Die gaan vaak voorbij aan de achtergronden van de klacht en laten weinig ruimte voor het eigen probleemoplossend vermogen van de hulpvrager. Tevens ontwikkelt men hulpvormen waarin inzicht kan worden gegeven in de samenhang tussen klacht en omstandigheden — bijvoorbeeld voorlichting, werken in groepen — en die de activiteit van de hulpvrager stimuleren.
- Taakopvatting. De hulpverlener dient het probleem van de hulpvrager niet over te nemen en op te lossen. Het gaat veel meer om het geven van advies en ondersteuning, wanneer de mensen er zelf of met behulp van hun omgeving niet uitkomen. Kennisoverdracht en voorlichting vormen dan ook een belangrijk onderdeel van de hulpverlenerstaak. Daarnaast worden aan de hulpverlener eisen gesteld als het signaleren van structurele problematiek het werken aan een beleidsmatige aanpak, afstemming van het hulpaanbod, het zich aansluiten bij initiatieven in de wijk en samenwerking met andere disciplines. Deze samenwerking biedt de mogelijkheid tot een onderlinge taakverschuiving die minder medicaliserend lijkt; bijvoorbeeld een belangrijker rol voor de wijkverpleegkundige ten opzichte van de huisarts tijdens het spreekuur op het consultatiebureau.
- Beroepsopvatting. De nieuwe kwaliteitsopvatting zet zich zowel af tegen het traditionele idee van helpen uit liefdadigheid en 'roeping', als tegen het vrije ondernemerschap waarin het zakelijk belang (inkomensverwerving) de kwaliteit van het werk beïnvloedt. Het streven is het hulpverlenersberoep gelijk te schakelen met andere vormen van arbeid, wat betreft arbeidsomstandigheden (geen extreem lange werktijden), controle op de kwaliteit van het werk, normalisering van de maatschappelijke status. Men probeert zoveel mogelijk in dienstverband te werken.
- Het proces van ziekte-definiëring. In de nieuwe kwaliteitsopvatting worden vraagtekens gezet bij het monopolie van de medische professie op het definiëren van het ziektebegrip. Omdat het in feite gaat om een normatief oordeel (wat is afwijkend en wat niet) met bovendien verregaande consequenties (toegang tot bijvoorbeeld de ziektewet, de toepassing van strafrecht), is het niet terecht dat dit exclusief aan artsen is voorbehouden. Het definiëren van ziekte zou onderwerp moeten zijn van maatschappelijke discussie, waarin ook leken een gele-

gitimeerde inbreng hebben. Het denken hierover staat nog maar in de kinderschoenen, maar in de werkwijze van sommige eerstelijns samenwerkingsverbanden zijn er al wel elementen te herkennen. Men tracht het veel meer aan de hulpvrager zelf over te laten om te beslissen of hij zich ziek voelt en daarbij hulp (en welke hulp) nodig heeft. De hulpverlener hecht veel meer waarde aan de eigen ervaring en deskundigheid, bijvoorbeeld van moeders om de toestand van hun kind te beoordelen.

De nieuwe kwaliteitsopvatting vormt bij lange na nog geen afgerond geheel, en over de praktische uitwerking ervan is de discussie nog steeds gaande.³ Maar aan de hand van de onderscheiden dimensies wordt wel duidelijk — en dat is in dit verband voldoende — dat hier sprake is van een ingrijpende verandering, zo niet van breuk met de gebruikelijke medisch-technische oriëntatie in de gezondheidszorg.

Wat wil de gebruiker

De nieuwe kwaliteitsopvatting spreekt zich niet alleen uit over de werkwijze van de hulpverleners, maar ook over de opstelling van de gebruikers. Hoe is het echter met hún kwaliteitsopvatting gesteld? Deze vraag is niet gemakkelijk te beantwoorden, omdat gebruikers in het algemeen geen expliciete inhoudelijke visie hebben op gezondheidszorg en hulpverlening. Dat geldt ook voor de meeste georganiseerde groepen of verenigingen van gebruikers, die zich veelal 'beoordeling van een goede gezondheidszorg' of 'het naleven van patiëntenrechten' ten doel stellen. Uit de wijze waarop men van gezondheidsvoorzieningen gebruik maakt, het oort klachten die mensen over de zorg indienen, de activiteiten die gebruikersgroepen ondernemen en de argumenten die zij gebruiken, komt evenwel een globaal beeld naar voren: namelijk dat gebruikers meestal impliciet een kwaliteitsopvatting hanteren die in het verlengde ligt van de medisch-technische oriëntatie. Zij wensen méér, sneller en gespecialiseerdere zorg. Dit is het duidelijkst zichtbaar bij de categorale patiëntenverenigingen. Denk aan de strijd van hartpatiënten voor 'de luchtbrug'. Hier treedt in feite het eerste ziektebegrip naar voren, zoals gedefinieerd door de medische professie: een wijze van kijken naar, beleven aan en omgaan met ziekte pijn en lijden als wezensvreemde verschijnselen, die snel en met technische middelen bestreden moeten worden.

Het ligt voor de hand dat deze medisch-technische kwaliteitsopvatting eveneens in de andere dimensies tot uitdrukking komt. In het onderzoek zijn daarvoor ook aanwijzingen

gevonden. Wat betreft de dimensie 'probleemoplossing' vragen mensen om een snelle en technische aanpak door aan te dringen op een recept of op een verwijzing naar de specialist. Zo zochten de participerende bewoners in Holendrecht de oplossing voor de enorm toegenomen hoeveelheid aan de artsen voorgelegde hulpvragen, hoofdzakelijk in een verdere uitbreiding van het aantal artsen. Wat betreft 'taakopvatting' verwachten de gebruikers in eerste instantie dat de hulpverlener zich inspant om de klachten te verhelpen. Zij zijn niet gewend daarin zelf een actieve rol te spelen. Gebruikers geloven nog weinig in het aandeel dat zij zelf (of hun omgeving) kunnen hebben in de oplossing van hun probleem. Zo verwachten veel mensen wél dat de fysiotherapeut hen zal masseren, maar moeten zij ertoe aangezet worden om oefeningen te doen. Daarna zijn zij dikwijls verbast dat de oefeningen inderdaad helpen! Tevens blijken zij er vaak moeite mee te hebben dat bepaalde taken, die traditioneel bij het werk van de dokter horen zoals bloeddruk meten of de controle op het consultatiebureau, door andere hulpverleners worden verricht.

Voorzover gebruikers de veranderingen in de beroepsopvatting hebben opgemerkt, tonen zij zich daar niet altijd gelukkig mee. Zij merken op 'het is geen roeping meer' of 'ze zijn er niet als je ze nodig hebt'. Sommigen hebben ook heel wat tijd nodig gehad om er aan te wennen dat de dokter geen witte jas meer draagt en zich met zijn of haar vóórnaam voorstelt. Voorzichtige pogingen om de hulpvrager te betrekken bij het definiëren van het probleem, stuiten dikwijls op verwarring en weerstand omdat men juist van de dokter wil weten wat er aan de hand is. Kortom: hoewel dat niet voor iedere gebruiker in gelijke mate geldt, kan er van worden uitgegaan dat de kwaliteitsopvatting van gebruikers in belangrijke mate verschilt van de nieuwe kwaliteitsopvatting die eerstelijns-hulpverleners hanteren.

Spanningsveld

Bij het vorm geven aan het democratiseringsdoel door participatie van gebruikers, vindt een confrontatie plaats van deze verschillende kwaliteitsopvattingen. In de praktijk zal dat niet meteen als zodanig zichtbaar zijn. In Holendrecht bleek in eerste instantie dat naarmate participatie gestalte kreeg, het overleg tussen team en bewoners steeds moeilijker werd. Er was sprake van een onduidelijke weerstand bij het team, en er ontstonden conflictsituaties. Als reactie hierop vertoonde het team de neiging zich uit participatieprojecten terug te trekken en verdere bewonersinbreng af te houden. Bij een nadere analyse van deze problemen bleek

dat hier niet zozeer sprake was van incidentele voorvallen of irritaties in de onderlinge verstandhouding, maar dat het team — zonder zich daar overigens bewust van te zijn — worstelde met de spanning tussen democratisering en kwaliteit. Achter de meningsverschillen tussen team en bewoners bleken dikwijls fundamentele verschillen in kwaliteitsopvatting schuil te gaan. De inbreng van de bewoners dreigde daardoor voor het team een belemmering te vormen om de nieuwe kwaliteitsopvatting te realiseren. Het team voelde zich voor het dilemma geplaatst om óf het vernieuwingsstreven terug te schroeven, óf pogingen tot verdere democratisering op te geven. Een aantal voorbeelden van dit dilemma:

In de hulpverleningscontacten trachten de hulpverleners de nieuwe kwaliteitsopvatting te realiseren (demedicalisering, tegengaan van afhankelijkheid en dergelijke). Tegelijkertijd streven zij naar een democratische verhouding in die contacten, door de hulpvrager te stimuleren mee te denken over de aanpak van het probleem en hem of haar zeggenschap in de beslissing te geven (participatie op het niveau van de directe hulpverlening). Wanneer nu de hulpvrager blijkt te kiezen voor een medisch-technische oplossing, bevindt de hulpverlener zich in een lastig parket: de realisering van het ene doel lijkt ten koste te gaan van het andere doel. Aan welk van die beide doelen moet hij of zij nu de voorrang geven?

Wanneer gebruikers gaan participeren in beleidsmatige projecten of in het bestuur, kán hun inbreng ertoe leiden dat het door de hulpverleners beoogde vernieuwingsproces wordt afgeremd. Bijvoorbeeld in het geval dat bewoners die deelnemen in een voorlichtingsgroep, pleiten voor medisch-technische voorlichting over zware modieuze onderwerpen als kanker, of voor deelname aan de Nederland-Oké actie. Of in het geval dat bewoners in het bestuur er op aandringen meer artsen aan te trekken, en zich verzetten tegen andere, op demedicalisering gerichte oplossingen. Ook dan lijken de realisering van democratisering in de vorm van daadwerkelijke zeggenschap en invloed en van de realisering van de nieuwe kwaliteitsopvatting strijdig te zijn met elkaar.

Evenzo kan bij deelnemen van bewoners in de uitvoerende hulpverlening (participatie in een vrijwilligersproject) hun werkwijze min of meer haaks staan op de werkwijze die de nieuwe kwaliteitsopvatting voorstaat.

We zien dat: wanneer participatie gestalte krijgt — en dat geldt voor alle niveaus en vormen — gaan verschillen in kwaliteitsopvatting tussen werkers en gebruikers een rol spelen; en dit kan een spanning oproepen tussen democratisering en kwaliteit. Wanneer die spanning niet wordt onderkend, bestaat het gevaar dat de zeggenschap van gebruikers ondoordacht wordt ingeperkt. Participatie betekent dan niet méér

dan een inhoudsloze deelname aan de hulpverlening en zal niet leiden tot democratisering.

Verschillen in positie

Naast verschillen in kwaliteitsopvatting is er een structureel verschil in positie tussen werkers en gebruikers. Dit positieverschil kan de verschillen in kwaliteitsopvatting gedeeltelijk verklaren. Zo ligt het voor de hand dat werkers, voor wie hulpverlening een dagelijkse taak is, daarover een meer uitgesproken visie hebben dan gebruikers. Zij moeten zich wel bezighouden met de heersende ideologie in de gezondheidszorg. Dit in tegenstelling tot de gebruikers, voor wie hulpverlening in het algemeen een minder belangrijke plaats in het dagelijks leven inneemt. En op het moment dat de hulp wel een belangrijke rol speelt, is de gebruiker toch vooral geïnteresseerd in de persoonlijke relatie met de betreffende hulpverlener. Een visie op de concrete werkwijze ligt voor de meeste gebruikers toch 'ver van hun bed', laat staan een kritische beschouwing ervan.

Maar het positieverschil brengt — los van kwaliteitsopvattingen — óók met zich mee, dat werkers en gebruikers een verschillende invalshoek hebben van waaruit zij de concrete hulpverlening bekijken en beleven. Bij de werkers wordt die invalshoek o.a. bepaald door de stroom van dagelijkse hulpvragen en de patronen die zij daarin menen te onderkennen. Veel mensen komen met vragen naar de dokter, die ook of beter de wijkverpleegkundige of praktijkassistent(e) kan beantwoorden. De invalshoek van de gebruikers wordt daarentegen bepaald door de incidentele en individuele ervaringen met een of enkele hulpverleners. Hun ervaringen zijn dus gekleurd door het feit, dat zij zich op dat moment ziek voelen of hulp nodig hebben. Vanuit deze meer persoonlijk gebonden ervaringen kijken zij dan vaak naar het geheel van de hulpverlening. Als zij bijvoorbeeld voor een niet-acute klacht niet direct de gewenste hulp kregen, concluderen zij nogal eens dat dit dús betekent 'dat je hier we kunt doodbloeden!' Beide invalshoeken — ik noem ze maar even 'generaliserend' en 'individualiserend' — zijn legitiem en dienen aan de orde te kunnen komen. Want de hulpverlener is vanuit zijn of haar positie niet altijd in staat te zien hoe de individuele gebruiker vormen en regels beleeft die zijn afgesteld op het gros of gemiddelde van de hulpvragen. Daarin schuilt gevaar voor 'bureaucratisering': de tendens dat regels, bedoeld om enige structuur aan te brengen, verstarren tot een keurslijf waarop geen uitzonderingen meer mogelijk zijn. De gebruiker daarentegen gaat meestal uit van de eigen ervaringen en wensen en heeft daardoor minde

ht op het totale aanbod van vragen waar zijn of haar
lpvraag deel van uitmaakt en welk aanbod door regel-
ing moet worden gestructureerd.
oor het verschil in positie en invalshoek kan er altijd —
fs al zouden de kwaliteitsopvattingen van werkers en ge-
uikers overeenkomen — aanleiding zijn voor meningsver-
illen over de concrete vorm waarin die kwaliteit gegoten
rdt. Hierbij kunnen óók persoonlijke of groepsbelangen
het geding zijn. In deze gevallen treden weliswaar span-
ngen op, maar deze kunnen niet beschouwd worden als
anning tussen de doelen democratisering en kwaliteit.

Kwaliteitsdiscussies moeten

ijze waarop het Holendrechtse team in eerste instantie
de problemen in het participatieproces reageerde, kan
orden gezien als een poging de spanning tussen democra-
tering en kwaliteit te reduceren door op het democratis-
gsdoel af te dingen en de confrontatie met de gebruikers-
vattingen uit de weg te gaan. Het zal echter duidelijk zijn
t het geen echte oplossing is om, als blijkt dat twee nauw-
t elkaar samenhangende doelen op gespannen voet ko-
en te staan, dan maar één van beiden op te geven. Beter is
t die spanningsverhouding als zodanig te erkennen en
a manier te vinden om deze te overstijgen. Dit kan bij-
orbeeld door het probleem expliciet te maken en de kwa-
eitsopvattingen ter discussie te stellen. Het volgende voor-
eld uit Holendrecht als illustratie:

het moment dat de bewoners die deelnamen in de voor-
htingsgroep met het plan kwamen om mee te doen aan
actie Nederland-Oké, voelden de teamleden zich aanvan-
lijk gesteld voor het bekende dilemma. Zij hadden grote
zwaren tegen het karakter van deze voorlichtingscampag-
(te omschrijven als: onmaatschappelijk, individualiserend
moraliserend). Het meedoen aan een dergelijke actie pas-
niet in de benadering die het team voorstaat. Aan de an-
re kant meenden zij dat zij het plan van de bewoners
eilijk konden afwijzen of tegenhouden. Ze verwachtten
boze of gefrustreerde reactie in de trant van: 'nu kómen
met een goed voorstel, en nu willen jullie niet mee-
rken!' Door het dilemma te zien als voorbeeld van de
anning tussen democratisering en kwaliteit werd duidelijk
t het noch juist zou zijn om vanuit het kwaliteitsoog-
nt 'nee' te zeggen, noch om vanuit de democratiserings-
lachte de bewoners 'hun zin te geven'. De spanningsver-
uding diende expliciet gemaakt te worden in een kwali-
tsdiscussie. Het probleem zou openlijk aan de bewoners
orgelegd moeten worden, en de voor's en tegen's van deze

campagne — vanuit ieders kwaliteitsopvatting — besproken
moeten worden. Indien werkers en bewoners geen overeen-
stemming zouden bereiken, dan zou in ieder geval gepro-
beerd kunnen worden om alleen de bruikbare onderdelen
uit het voorlichtingsmateriaal te selecteren. Deze aanpak
bleek uitstekend te werken. De bewoners vonden de discus-
sie zeer verhelderend en bleken ook de kritiek en argumen-
ten te kunnen delen. Er werd zelfs afgesproken om ook aan
de hand van ander concreet voorlichtingsmateriaal inhou-
delijke discussies te voeren.

Wanneer zich verschillen in kwaliteitsopvatting voordoen,
zullen die aanknopingspunt moeten zijn om een kwali-
teitsdiscussie te voeren. In feite geldt dat voor iedere situ-
atie waarin hulpverleners en gebruikers het niet met elkaar
eens zijn. Want het is meestal niet direct duidelijk of er
sprake is van verschillen in kwaliteitsopvatting, of van ver-
schillen in invalshoek en belang. Bovendien zijn die achter-
gronden vaak nauw met elkaar verweven. Indien werkers
en gebruikers geen kwaliteitsdiscussies voeren, loopt de weg
naar democratisering dood. Hetzij omdat participatie dan
beperkt blijft tot een inhoudsloze en gevolgloze deelname,
wat er toe leidt dat op een gegeven moment de participe-
rende gebruikers zullen afhaken, hetzij omdat de werkers
afknappen op de tegenstellingen tussen henzelf en gebrui-
kers en vervolgens het democratiseringsstreven opgeven.
Ik concludeer dan ook, dat het voeren van kwaliteitsdiscus-
sies een noodzakelijke voorwaarde is, wil participatie kun-
nen bijdragen aan democratisering in de gezondheidszorg.
Een benadering van 'als de professionals maar bereid zijn
om de macht af te staan en de gebruikers bereid zijn het
heft in handen te nemen' is veel te simpel. Zij gaat voorbij
aan het probleem dat hier werd aangeduid als de spanning
tussen democratisering en kwaliteit. Daarom vraagt de ont-
wikkeling van inhoudelijke participatie, zelfs in een situatie
waarin die bereidheid in beginsel aanwezig is, van zowel
hulpverleners als gebruikers een flinke investering. Als
vernieuwing in de gezondheidszorg serieus wordt genomen
is een dergelijke investering evenwel een vereiste en boven-
dien, zoals de Holendrechtse ervaringen hebben uitgewezen,
de moeite dubbel en dwars waard. Participatiebevordering
is geen 'modieuze franje', maar dient onderdeel te zijn van
de hulpverleningstaak. Helaas wordt de daarvoor toch al
geringe ruimte door het bezuinigingsbeleid van de overheid
nog verder beknot. Terwijl dezelfde overheid 'patiënten-
participatie' als belangrijk beleidsterrein heeft aangemerkt...

door Marieke Bertels

Op allerlei terreinen wordt het langzamerhand gemeengoed om gebruikers te betrekken bij de voorzieningen waarmee zij te maken hebben: ouders bij de scholen van hun kinderen, huurders bij woningbouwverenigingen, bezoekers van buurthuizen bij het beleid van die huizen en sinds enige tijd ook cliënten en patiënten bij de instelling waarvan zij hulp krijgen. Hoe meer mensen er participeren, hoe beter, lijkt het. Participatie is een doel op zichzelf gewor-

den met als belangrijkste vraag hoe het bewerkstelligen is.

Op grond van mijn bevindingen in het onderzoek naar gebruikersparticipatie in het gezondheidscentrum Holendijk heb ik stelling nemen tegen deze - m.i. - losse - benadering van participatie. In dit artikel wil ik aangeven waarom men zichzelf bij het bevorderen van participatie moet stellen en welke voorwaarden daarbij van belang zijn.

Waarom participatie?

Waarom wordt participatie nu eigenlijk belangrijk gevonden?

Antwoorden op deze vraag kunnen nogal uiteenlopen. Zo zal de een verwijzen naar idealen als democratisering en emancipatie, de ander benadrukt dat participatie kan leiden tot een betere afstemming tussen vraag en aanbod. Weer een ander zal wijzen op het recht van de gebruiker om mee te beslissen over de besteding van 'zijn' geld. Het is van belang om deze vraag te stellen, omdat de verschillende motieven ook een verschillende inzet met zich meebrengen. Bovendien leiden zij tot andere mogelijkheden en beperkingen.

Behalve democratiseringsidealen zijn er ook nog andere motieven te onderkennen die meespelen wanneer men het over de bevordering van participatie heeft. Zij hebben vooral betrekking op de effecten die men van participatie verwacht op kwaliteit en organisatie van de zorg. Bijvoorbeeld: door participatie kan het hulpaanbod beter worden afgestemd op de hulpvraag. Of: door participatie kan kritiek bijtijds worden opgevangen en verwerkt, of kan onnodige professionele zorg worden beperkt.

Een discussie die zowel over het doel van de participatie gaat alsook over de kwaliteit van de hulpverlening zal dus met de (potentiële) participanten moeten worden gevoerd.

Zij behoren te weten waarvoor hun tijd en inzet wordt gevraagd, en welke speling zij daarbij hebben. Als zij het daarmee niet

eens zijn dan kunnen andere beïnvloedingen mogelijk worden. Het inzetten van strijd om te verdienen hebben gebruikers vaak andere motieven om te participeren. Het is overtrokken voorstelling wanneer men van uitgaat dat iedere participant iets doen of invloed wil uitoefenen en dat hij zich verantwoordelijk zou voelen voor de gang van zaken in de geboden dienstverlening. Voor veel mensen spelen persoonlijke of sociale motieven een belangrijke rol. Het kan hen een zinvolle tijdsbesteding geven, of contacten met anderen bieden. Wanneer de aangeboden mogelijkheden niet aan deze behoeften voldoen, wordt participatie een verloren zaak zijn. Een eenmalige discussie bij de start van alles is niet voldoende. Op de een of andere manier moet de discussie voortgedurende het participatieproces worden voortgezet. Op de tweede plaats moet in iedere situatie het begrip participatie concreet mogelijk worden ingevuld en worden uitgewerkt. Participatie in het bestuur van de dienstverlening dan deelname aan vrijwillige activiteiten rond de hulpverlening. Voor de verschillende participatievormen of niveaus gelden verschillende condities, doelstellingen en criteria. De loop van het participatieproces zal voortgedurende de discussie geregeld moeten worden hervormd en voortgezet.

Verskillende participatievormen

Gebruikers en bewoners kunnen op verschillende manieren actief worden betrokken. Het is belangrijk dat de plaatselijke sociaal-medische dienst

rijke participatie - waar meest-
e, en soms alleen maar, aan-
cht - is maar één van de moge-
n.

en nagaan wat de betekenis is
chillende participatievormen, is
re onderscheiding nodig. Een
erscheid bestaat eigenlijk nog
elingen die ik in de literatuur
ekomen, bleken óf zaken te
juist bij elkaar horen, óf hiel-
kening met verschillen die juist
n. Allereerst dient dan te wor-
eld wat het gemeenschappelijke
en is.

atting van participatie is in alle
of ander contact of wisselwer-
hulpverleners en gebruikers ver-
Een gebruikersorganisatie op
deze opvatting geen vorm van
hoogstens een voorwaarde tot.
sprake van participatie wanneer
atie in overleg treedt teneinde
e dienstverlening uit te oefenen.
hulpgroep zou ik dus niet een
rticipatie willen noemen.

bevingen uit het Holen-
zoek is, dat participatie van
lleen een bijdrage kan beteke-
mocratisering, indien discussie
valiteit van de hulpverlening
rd. Het ligt dan voor de hand
tievormen in te delen naar de
en die zij daarvoor bieden. Het
e criterium blijkt daarbij: de rol
uikers participeren en hun ver-
t de professionele werkers. Ik
een indeling in: participatie op
van de hulpverlening zelf, het
niveau en het niveau van de zo-
formele participatievormen.

an de hulpverlening; hier zit de
de rol van de, meestal indivi-
rager. Dat brengt een afhanke-
opzichte van de hulpverlener
e. Opkomen voor eigen belan-
situatie is voor veel mensen
e inbreng van de gebruiker zal
melijk beperken tot de specifieke
en het kleine stukje dienstver-
aarbij geboden wordt - de inci-
e van een bepaalde hulpverle-
gelijkheid om een kwaliteitsdis-
eren wordt bovendien beperkt
ur van het contact. Daarnaast
naamste zorg van de hulpvra-
een oplossing voor zijn acute
vinden. Ook dat beperkt de
d tot het voeren van een derge-
le.

hulpverlener is de spanning, tussen
atistisch willen werken en tegelij-

kertijd de nieuwe kwaliteit willen realise-
ren, niet altijd makkelijk te hanteren. Ze-
ker niet als hij onder tijdsdruk staat. Het is
voor hem verleidelijk om in een autoritair
optreden te vervallen, of om snel compro-
missen te sluiten. In deze afweging staat
ook de hulpverlener die in een samenwer-
kingsverband werkt, op doorslaggevende
momenten toch alleen. Een interne klach-
tenprocedure biedt op dit niveau een belang-
rijke aanvullende gelegenheid om alsnog,
en met wat meer afstand van de directe
hulpverleningsrelatie, een dergelijke kwaliteitsdiscussie te voeren. Wanneer echter de
hulpverlening wordt opgevat als een parti-
cipatieniveau kan de inbreng van de gebrui-
ker ook ruimer worden gezien dan alleen
zaken die de specifieke hulpvraag betreffen.
Hulpverleningscontacten kunnen ook gele-
genheden zijn die door hulpvragers inciden-
teel worden gebruikt om verderstrekkend
commentaar te leveren. Vaak genoeg wor-
den er bedekt of onbedekt meningen geven-
tiseerd over (onderdelen van) de dienstver-
lening. Het onderkennen van deze 'onoffi-
ciële' vorm van gebruikersinbreng maakt
de hulpverlener meer attent op dit soort
commentaar, en daarmee op de mogelijk-
heid van het aangaan van kwaliteitsdiscus-
sies.

Het niveau van het bestuur; op bestuurlijk
niveau bevinden bewoners zich in een be-
stuurdersrol en op grote afstand van de af-
hankelijke hulpvragersrol. Hun verhouding
tot de werkers is formeel vastgelegd en in
beslissingsmacht gelijkwaardig (althans bij
evenredige vertegenwoordiging). Het gaat
bij deze rol niet om het opkomen voor een
specifiek eigenbelang, maar om een inbreng
vanuit de positie en invalshoek van de ge-
bruikers. De participatie strekt zich daarbij
uit tot het geheel van de dienstverlening,
voor zover dat aan de orde is op bestuurlijk
niveau. Dit niveau biedt in principe de meest
gelegitimeerde mogelijkheid om de belan-
gen aan bod te brengen, daarover te 'on-
derhandelen' en tot een afweging te laten
komen. Of dit ook inderdaad de vorm aan-
neemt van een open kwaliteitsdiscussie
hangt van verschillende factoren af.

Allereerst hangt het af van de wijze waarop
de formele posities worden gedefinieerd.
Als de werkers zich opstellen als de deskun-
digen bij uitstek op het gebied van de kwalite-
teit, en de gebruikers alleen het 'recht van
de consument' opeisen, kan er geen sprake
zijn van een wisselwerking tussen verschil-
lende kwaliteitsopvattingen. Maar ook als
er minder extreme posities worden ingeno-
men kunnen de formele sfeer en verhoudin-
gen, die gericht zijn op het nemen van be-
sluiten, remmend werken op de discussie.

Bovendien speelt hierbij een rol hoeveel tijd
een bestuur voor zo'n discussie wil nemen.

Als men het van belang vindt om op bestuur-
lijk niveau uitgebreide kwaliteitsdiscussies
te voeren dan zullen er speciale condities
in acht moeten worden genomen. Daarop
kom ik straks terug.

*Het niveau van de informele participatie-
vormen;* tussen bestuursniveau en hulpver-
leningsniveau bevindt zich wat ik, bij ge-
brek aan een betere term, het niveau van de
'informele participatievormen' heb ge-
noemd. In de Holendrechtse praktijk vielen
hier onder: samenwerkingsprojecten van
werkers en bewoners (zoals bijvoorbeeld
een klachtengroep, een voorlichtingsgroep),
open beleidsvergaderingen met bewoners,
en een vrijwilligersproject.

Gemeenschappelijk in deze drie vormen is
dat bewoners louter worden aangesproken
op hun interesse in, ervaring met, en opvat-
tingen over bepaalde aspecten van hulpver-
lening(sbeleid). Er wordt over beleidson-
derwerpen gesproken of aan concrete taken
samengewerkt zonder dat er sprake is van
geformaliseerde posities. De term 'infor-
meel' betekent overigens niet dat er geen re-
gels of afspraken nodig zijn, noch dat een
dergelijke participatievorm geen formele
status in de organisatie zou hebben. In ver-
gelijking met beide andere participati-
niveaus bieden deze informele participatie-
vormen meer mogelijkheden voor het voe-
ren van kwaliteitsdiscussie met gebruikers.
Het overleg is niet in eerste instantie gericht
op het nemen van vergaande beleidsbeslis-
singen, er hoeven minder onderhandelings-
posities te worden ingenomen en er is meer
ruimte voor een open discussie. Er kan ook
vaak meer afstand worden genomen van de
directe, vaak individuele, belangen zoals
die in de hulpvragersrol spelen. Vooral in
de langerlopende projecten waarin werkers
en gebruikers samen aan een bepaalde taak
 bezig zijn kunnen aan de hand van prak-
tijkvoorbeelden de verschillende opvattingen
over kwaliteit boven tafel komen en be-
sproken worden. De werkers worden als het
ware gedwongen hun uitgangspunten te
vertalen in concrete gevolgen voor de prak-
tijk; ook wordt van hen gevraagd hun feite-
lijk handelen te toetsen aan eerder gefor-
muleerde doelstellingen. De inbreng van
bewoners op dit niveau confronteert hen
het duidelijkst met de wijze waarop de
hulpverlening door gebruikers wordt erva-
ren. Voor deze laatsen geeft de vertaling
van abstracte hulpverleningsdoelen naar
concrete gevolgen voor de praktijk meer
mogelijkheden tot herkenning. Zij kunnen
dit met hun eigen illustraties verduidelijken.
De participatie op dit niveau bracht in Ho-

lendrecht met zich mee dat de bewoners 'op speelse wijze' beter op de hoogte raakten van de gang van zaken in de dienstverlening. Daarnaast lijkt er sprake van een leerproces, waarbij zij steeds meer hun eigen kunnen ontdekken en ontwikkelen. Dit relateert de exclusiviteit van de professionele deskundigheid.

Vooraf voor de werkers bleken deze participatieprojecten zeer leerzaam: Zij stelden de professionele definitie van kwaliteit ter discussie, leerden de specifieke inbreng vanuit de gebruikershoek waarderen en een gelijkwaardiger opstelling tegenover de bewoners innemen.

Het is niet zo dat participatie op een van deze niveaus als beter of als per definitie te verkiezen moet worden gezien. Op ieder niveau heeft participatie een specifieke functie en biedt het eigen mogelijkheden.

Voor zover er sprake zou moeten zijn van enige prioriteit ligt het voor de hand deze op het niveau van de hulpverlening te stellen. Het gaat immers in de eerste plaats om het bereiken van een democratischer verhouding tussen hulpvrager en hulpverlener. Het is daarbij echter de vraag of participatie op dit niveau wel mogelijk is zonder ervaring op andere niveaus, waarbij de verhoudingen uitdrukkelijk anders dan gebruikelijk zijn omschreven.

Zo'n andere verhouding treft men het duidelijkst aan op het niveau van het bestuurlijk functioneren. Dit is bovendien het niveau waar, gezien de toekomstige wettelijke ontwikkelingen, de meeste hulpverleningsinstellingen mee te maken zullen krijgen. Vandaar dat ik met name bij dit niveau iets uitdrukkelijker wil blijven stilstaan. Het uitlichten van dit niveau heeft als mogelijk nadeel dat de proporties over het belang ervan enigszins worden vertekend. Op dit punt zal ik aan het slot van mijn artikel nog uitvoeriger terug komen.

De meningen over bestuurlijke participatie in de hulpverlening kunnen nogal uiteenlopen. Voor de een is meebeslissen in het bestuur van een instelling de meest vergaande vorm van participatie: via het vaststellen van bepalende voorwaarden, beleidslijnen en de controle daarop kan werkelijke macht worden uitgeoefend. De ander kan dit een vorm van schijndemocratie vinden: de participerende gebruiker heeft in zijn ogen slechts een legitimatiefunctie en bezit geen werkelijke zeggingsmacht. Het is moeilijk om de betekenis van bestuurlijke democratisering in algemene termen vast te leggen; zij hangt van een aantal verschillende factoren af. Ik denk daarbij vooral aan de voorwaarden die aan de bestuurlijke structuur

worden gesteld, de participatie-structuur waarbinnen gebruikersbestuurders participeren en de relatie tot de achterban.

Bestuurlijke participatie en beslissingsmacht

Wonderlijk genoeg wordt vaak vergeten om te kijken naar de mate waarin gebruikers in een bestuur zijn vertegenwoordigd. De praktijk van Holendrecht heeft nu enkele jaren ervaring met een driepartijenstructuur: werkers, bewoners en externe deskundigen zijn evenredig vertegenwoordigd. Er zijn twee argumenten aan te voeren waarom werkers en gebruikers gelijkelijk in het bestuur vertegenwoordigd dienen te zijn. Op de eerste plaats is er een formeel argument: de verschillende invalshoeken en belangen die met verschillende posities van deze partijen samenhangen moeten in de besluitvorming tot hun recht kunnen komen. Daarbij is voorwaarde dat niet een van beide partijen op basis van de macht van het getal de overhand heeft. Op de tweede plaats bestaat er een procesmatig argument: kwaliteitsdiscussies kunnen beter worden gevoerd wanneer tussen werkers en gebruikers een getalsmatig evenwicht bestaat. Een gelijkwaardige inbreng in een dergelijke discussie wordt vergemakkelijkt wanneer er steun van een medegebruiker of medeberoepskracht aanwezig is. Bovendien vermijdt men hiermee dat verschillen in opvatting louter kunnen worden toegeschreven aan persoonlijke opvattingen. Wanneer gebruikers slechts een minimale stem in het bestuur hebben zullen zij minder hun opvattingen en belangen naar voren kunnen brengen, met het gevaar te worden 'ingepakt' of 'af te haken'. Een gelijke zetelverdeling in het bestuur is op zichzelf nog niet voldoende. Het is essentieel dat er helderheid en openheid bestaat over de verschillende belangen die in het geding zijn.

Deze spelen een rol in de besluitvorming en dienen als zodanig te worden erkend en geaccepteerd. In die zin is het verstandig de belangenstructuur in het bestuur duidelijk onder woorden te brengen. Dat geldt ook voor de belangen die verbonden zijn aan de positie van de externe deskundigen. De ervaring in Holendrecht wees uit dat onduidelijkheid over de positie en functie van deze externen belemmerd kan werken. Dat is des te onaangener wanneer het dezelfde externe deskundigen zijn die bij tegengestelde belangen een doorslaggevende stem kunnen hebben. Voor deze externe bestuursleden ligt een tweetal functies voor de hand. Op de eerste plaats garandeert hun aanwezigheid dat bij onoverbrugbare belangentegenstellingen tussen werkers en ge-

bruikers toch besluiten kunnen worden genomen. Op de tweede plaats kunnen verhelderen en bemiddelen, door te stellen dat de verschillende belangen en leidsopvattingen worden uitgesproken doorgepraat.

Om deze functies te kunnen vervullen onafhankelijke positie en opstelling van het is daarom niet aan te bevelen de bestuursleden te zoeken in kring van direct betrokken organisaties. Ook men hen niet selecteren op het hebben van een specifieke deskundigheid of een speciale opvatting. Dat leidt er al gauw toe dat deze bestuursleden zich persoonlijk verantwoordelijk gaan voelen voor de besluitvorming en zich niet meer onafhankelijk kunnen opstellen. Zo'n persoonlijke verantwoordelijkheid druist in tegen de bepalende rol die van hen wordt verwacht. Niettemin bepaalde deskundigheden nodig kan men beter aan een adviseurschap of cidenteel consult denken dan aan een lid in het bestuur.

De invloed van gebruikers, via bestuurlijke participatie, hangt niet alleen af van de zetelverdeling in het bestuur. Ook de manier van het bestuur als zodanig speelt hier een rol.

Meebeslissen in het bestuur heeft alle invloed wanneer daar ook de cruciale beslissingen worden genomen. De mogelijkheden voor participatie zijn dan ook het meest in een beleidsbepalend bestuur, en het minst in een bestuur dat achteraf wordt gecontroleerd. Als er gekozen is voor een toetsend bestuur moet de inhoudelijke inbreng van de gebruikers (ook elders kunnen plaatsvinden). De keuze voor een beleidsbepalend bestuur stelt hoge eisen aan de teamorganisatie (name de informatievoorziening) en de bestuursleden zelf. Het vraagt veel van de betrokkenheid, tijdsinvestering en de inzet van initiatieven. Bovendien vraagt zo'n bestuur de beleidsvoorbereiding al elders plaats. Bewoners en gebruikers moeten ook op deze beleidsvoorbereiding invloed kunnen uitoefenen. Men zal niet per specifieke activiteit, moeten nagaan hoeverre bewoners er belang bij hebben de activiteit betrokken te zijn. Welke invloed vraagt een betrokkenheid in de vroegste fasen van deze beleidsvoorbereiding. Bewoners zullen beslissingen kunnen overzien en beoordelen wanneer niet pas bij het oplossen van problemen de zaak betrokken worden, maar al in de probleemformulerende fase op de voorgrond worden gebracht en kunnen meedelen. Het gaat dus om meer dan een openheid. Men zal voortdurend alert moeten zijn op de specifieke mogelijkheden voor bewonersinbreng.

participatiestructuur en gebruikersorganisatie

gebruikers/gebruikers-bestuursleden kunnen goed functioneren wanneer hun in de participatiestructuur helder is. Het is moeilijk in algemene termen te spreken over de verhouding gebruikers/bestuursleden en hun organisatie. Vooral wanneer er geen afspraken bestaan over de mate waarin de bestuursleden gebonden zijn aan de standpunten van hun directe achterban kunnen er allerlei misverstanden ontstaan die de bestuurlijke participatie bemeremen. Hoe die binding aan de achterban kan worden omschreven wordt voor een belangrijk deel bepaald door de interpretatie van het bestuurslidmaatschap.

Men kan zich daarbij twee modellen voorstellen: een bestuurslid is in de eerste plaats vertegenwoordiger, dat wil zeggen een behartiger van de belangen van de groep waaruit hij voortkomt. Het bestuur bestaat uit fracties voor de verschillende deelbelangen van de diverse partijen. Bij het andere model is het bestuurslid in de eerste plaats medeverantwoordelijk voor de afweging van de verschillende belangen die in het geding zijn. De bestuursleden komen uit verschillende groepen, maar zijn daar niet op de eerste plaats vertegenwoordigers van. Het bestuurslid benut zijn achterban voor een verantwoorde meningsvorming maar is niet aan meerderheidsstandpunten gebonden.

Om onnodige misverstanden te vermijden, dient een duidelijke keuze tussen beide modellen te worden gemaakt. Mijn indruk uit Holendrecht is overigens, dat gebruikers het beste kunnen functioneren in het eerste model.

De organisatie van bewoners of gebruikers kan verschillende vormen aannemen, bijvoorbeeld een algemene bewonersorganisatie, een sociaal-medische werkgroep, een gebruikers/patiëntenvereniging. Er is nog onvoldoende ervaring met verschillende vormen om te kunnen zeggen welke het beste functioneert. Bovendien hangt dat ook af van de situatie in de wijk. Toch kunnen hier wel enkele opmerkingen worden geplaatst.

Indien zich geen gebruikersgroep als participant aandient, zal men zich allereerst moeten richten op het kader dat al in de wijk is. Het is niet aan te raden om maar direct energie te steken in het opzetten van een nieuwe organisatie met officiële status. Het oprichten van een vereniging vraagt om een hoop juridische rompslomp, die juist in de beginfase dodelijk kan zijn voor de interesse. Bovendien is het de vraag of door het formeren van een afzonderlijke gebruikers/patiëntenvereniging, de samenhang met andere wijkproblemen niet verloren gaat. Er kunnen soms meerdere groepen in de wijk in aanmerking komen voor afvaardiging van bestuurlijke vertegenwoordigers. Een versnipperde bewonersfractie echter kan zich minder krachtig opstellen; de verschillende groepen lopen daarbij het risico

tegen elkaar uitgespeeld te worden. Wanneer men er voor kiest om één groepering het exclusieve recht te geven bestuursleden af te vaardigen, moet daaraan wel de eis van democratische openheid worden gesteld: alle gebruikers en bewoners moeten een inbreng kunnen hebben. Bovendien zullen er dan ook andere participatiemogelijkheden moeten zijn voor bewoners, die niet via deze organisatie/groepering willen functioneren.

Hoewel de organisatievorm een zaak van de gebruikers/bewoners is, moet men zich realiseren dat de hulpverleningsinstelling een zekere invloed heeft; zowel doordat zij meestal al het raamwerk heeft vastgelegd waarbinnen de participatie zich afspeelt, maar ook door de manier waarop de instelling de wijk aanspreekt. Het is van belang deze invloed te onderkennen en er spaarzaam mee om te gaan. Dat biedt de bewoners de meeste mogelijkheid tot eigen vormgeving en bijsturing.

Een belangrijk onderdeel in de participatiestructuur betreft de verhouding tussen gebruikersorganisatie en het team. Voorop staat dat deze eerste formeel-juridisch zelfstandig is en onafhankelijk van het team functioneert. Hulpverleners dienen geen lid van de gebruikersgroep te zijn, noch daarin een begeleidende rol te vervullen. Dat neemt niet weg dat er wel een intensief contact tussen gebruikers en team (of contactpersonen daaruit) kan bestaan. Daarbij dient de onderlinge verhouding duidelijk omschreven te zijn, evenals de status van dit contact.

Wil er een inhoudelijke discussie tussen gebruikers en hulpverleners kunnen plaatsvinden dan moet het contact tussen deze twee zich niet beperken tot formeel bestuurlijke ontmoetingen. Andere niet-formele ontmoetingspunten kunnen hierin zeer bevorderend werken. In dit verband is ook de informatievoorziening een belangrijk punt. De gebruikersorganisatie en haar afvaardiging in het bestuur kan alleen goed werken wanneer zij over voldoende informatie beschikt. Dat lijkt een voor de hand liggende vaststelling maar in de praktijk zijn goede regelingen hierover niet vanzelfsprekend. Er moet duidelijk zijn vastgesteld welke informatie er aan wie wordt verstrekt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Vooral in het begin zal de informatie-achterstand van de gebruikersgroep groot zijn en moet er worden ingehaald. De uitgebreidheid van de informatie hangt dus ten dele af van het stadium van het participatieproces. Maar ook los daarvan geldt, dat wanneer men zich uitsluitend richt op het verspreiden van de officiële bestuursstukken, de informatievoorziening voor de gebruikers te beperkt is

Wanneer men er voor kiest om één groepering het exclusieve recht te geven bestuursleden af te vaardigen, moet daaraan wel de eis van democratische openheid worden gesteld: alle gebruikers en bewoners moeten een inbreng kunnen hebben. Bovendien zullen er dan ook andere participatiemogelijkheden moeten zijn voor bewoners, die niet via deze organisatie/groepering willen functioneren.

Hoewel de organisatievorm een zaak van de gebruikers/bewoners is, moet men zich realiseren dat de hulpverleningsinstelling een zekere invloed heeft; zowel doordat zij meestal al het raamwerk heeft vastgelegd waarbinnen de participatie zich afspeelt, maar ook door de manier waarop de instelling de wijk aanspreekt. Het is van belang deze invloed te onderkennen en er spaarzaam mee om te gaan. Dat biedt de bewoners de meeste mogelijkheid tot eigen vormgeving en bijsturing.

Een belangrijk onderdeel in de participatiestructuur betreft de verhouding tussen gebruikersorganisatie en het team. Voorop staat dat deze eerste formeel-juridisch zelfstandig is en onafhankelijk van het team functioneert. Hulpverleners dienen geen lid van de gebruikersgroep te zijn, noch daarin een begeleidende rol te vervullen. Dat neemt niet weg dat er wel een intensief contact tussen gebruikers en team (of contactpersonen daaruit) kan bestaan. Daarbij dient de onderlinge verhouding duidelijk omschreven te zijn, evenals de status van dit contact.

Wil er een inhoudelijke discussie tussen gebruikers en hulpverleners kunnen plaatsvinden dan moet het contact tussen deze twee zich niet beperken tot formeel bestuurlijke ontmoetingen. Andere niet-formele ontmoetingspunten kunnen hierin zeer bevorderend werken. In dit verband is ook de informatievoorziening een belangrijk punt. De gebruikersorganisatie en haar afvaardiging in het bestuur kan alleen goed werken wanneer zij over voldoende informatie beschikt. Dat lijkt een voor de hand liggende vaststelling maar in de praktijk zijn goede regelingen hierover niet vanzelfsprekend. Er moet duidelijk zijn vastgesteld welke informatie er aan wie wordt verstrekt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Vooral in het begin zal de informatie-achterstand van de gebruikersgroep groot zijn en moet er worden ingehaald. De uitgebreidheid van de informatie hangt dus ten dele af van het stadium van het participatieproces. Maar ook los daarvan geldt, dat wanneer men zich uitsluitend richt op het verspreiden van de officiële bestuursstukken, de informatievoorziening voor de gebruikers te beperkt is

om een goede inhoudelijke inbreng te kunnen leveren. Het vraagt dus van het team een grotere investering. Aan de andere kant moeten de gebruikers ervoor zorgen dat zij niet volledig afhankelijk worden van de, door hulpverleners geselecteerde informatie. Zij zullen ook zelf initiatieven moeten nemen, om zich op de hoogte te stellen.

Wil de bewonersorganisatie een goede bestuurlijke inbreng kunnen hebben dan stelt dat hoge eisen aan het intern functioneren van deze organisatie. De problemen die men kan verwachten zullen zich om een drietal hoofdgebieden groeperen: eigen positie en organisatie; inhoudelijke discussie en meningsvorming; omgang met het team en belangenverschillen.

Eigen positie en organisatie; binnen de groep zal duidelijkheid en overeenstemming moeten worden bereikt over doelstelling en werkwijze. Licht het accent vooral op concrete activiteiten, of meer op het bestuurlijk functioneren? Of op een combinatie van beide? Is er duidelijkheid over de positie in de wijk? Het ontwikkelen en onderhouden van geregelde contacten met de achterban is vaak een moeilijk punt. Daarnaast moet een aantal praktische regelingen worden getroffen: een secretariaat, een ruimte voor de bijeenkomsten en goede afspraken over de onderlinge verhoudingen.

Inhoudelijke discussie en meningsvorming; de gebruikersgroep moet fungeren als discussieplatform waar zij, ter voorbereiding van de bestuursinbreng, haar eigen mening kan vormen. Het blijkt voor gebruikers niet altijd makkelijk te zijn om een dergelijke discussie voor te bereiden en goed op gang te brengen. Bovendien bestaat het risico dat de groep zich alleen bezighoudt met vanuit het bestuur opgeworpen vragen en niet meer aan 'eigen' onderwerpen toekomt.

Omgang met het team en belangenverschillen; zowel hulpverleners als gebruikers zullen geneigd zijn de participatie per definitie op te vatten als een harmonieuze samenwerking. Wanneer er toch verschillen blijken zal men deze eerder toeschrijven aan persoonlijke kenmerken of aan interpersoonlijke processen. Het is van belang dat beide partijen het structurele karakter van de verschillen in positie en belang onderkennen. Pas dan kan er constructief mee gewerkt worden.

Leren participeren

Wanneer gebruikers participeren in het bestuur begint voor hen een leerproces, net zo als voor de hulpverleners. Daarin wordt duidelijk hoe de posities zijn en waar de verschillende belangen liggen. Alleen wanneer er ruimte is voor discussie over de



kwaantiteit van de dienstverlening kunnen de gebruikers daarin ook een inhoudelijke inbreng ontwikkelen, en heeft bestuurlijke participatie niet louter een legitimatiefunctie. Dat vraagt vooral ook om een aanpassing van de gebruikelijke vergadercultuur. Zaken kunnen niet op een vanzelfsprekende manier en in snel tempo, alsof men alleen met geroutineerde vergadelaars heeft te doen, worden afgehandeld. Procedures moeten expliciet worden gemaakt en naar standpunten zal uitdrukkelijk moeten worden gevraagd in plaats van aan te nemen dat ze zonder meer worden ingebracht.

Al doende zal men een zekere deskundigheid opbouwen. Dit kan worden gezien als een emanciperend resultaat van participatie. Het is dan ook onjuist om deskundigheid bij gebruikers als voorwaarde te stellen. Voor de hulpverleners geldt dat zij ervaren wat participatie feitelijk inhoudt: het afstaan van (een deel van) de zeggingsmacht en het onderwerpen van beroepsmatig handelen aan een zekere mate van controle. Zij worden bovendien met een andere rol van de gebruiker geconfronteerd, die uitstijgt boven de positie van individuele hulpvrager. Gebruikers hebben een eigen invalshoek. Indien dit verschil en het daarmee samenhangend eigen belang worden onderkend kan ook de verhouding met hulpvragers in anders situaties worden verhelderd.

Slot

In het bovenstaande is ingegaan op een aantal specifieke voorwaarden voor bestuurlijke participatie. Participatie op dit niveau moet echter niet worden geïsoleerd van de andere participatieniveaus, omdat zij nauw met elkaar samen (moeten) han-

gen. De verschillende participatierollen hebben een ondersteunende werking opzichte van elkaar, zo is in Holendrecht gebleken. Dat geldt in het bijzonder het tussenliggende niveau van de 'informele participatievormen'; daar liggen de mogelijkheden om met gebruikers inhoudelijke kwaliteitsdiscussies te voeren. Enige relativering van het belang van bestuurlijke participatie is dus op z'n hoogste. Het is één mogelijke vorm, die bovendien hoge eisen stelt, vooral aan de gebruikers (organisatie).

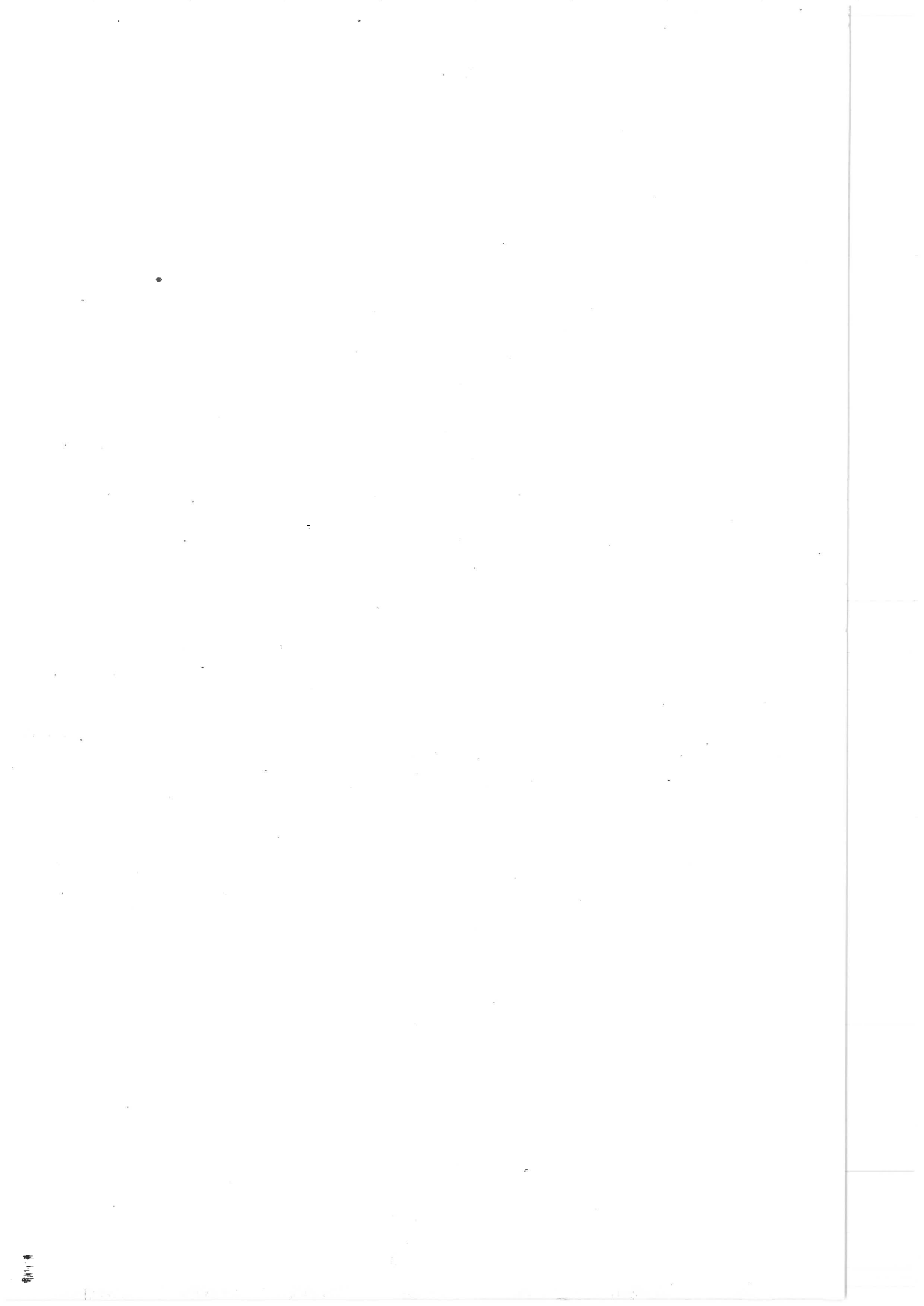
Het valt te betwijfelen of bestuurlijke participatie altijd als eerste gerealiseerd kan worden. De informele participatievormen lijken daarvoor meer perspectief te bieden. In Holendrecht hebben deze concrete projecten de meest continue aantrekkingskracht op bewoners. Voor sommigen is de deelname in zo'n project bovendien een opstapje om ook meer geïnteresseerd te worden in bestuurlijke zaken.

Desondanks blijft de mogelijkheid van bestuurlijke invloed van gebruikers een wettige eiste in de hulpverlening. Aan instellingen kan deze voorwaarde worden gesteld. Men kan de gebruikers niet verplichten, zij ook steeds van die mogelijkheid gebruik te maken.

Marieke Bertels studeerde sociologie op dit moment onderzoekster en is betrokken bij het Onderzoeksinstituut Samenwerkingsprojecten in de eerste dienstverlening in Amsterdam-OSA

SAMENWERKING
EERSTE - TWEEDE LIJN

10



4 Typologie van samenwerkingsactiviteiten

W. B. de Greve

1	Inleiding	45
2	De basisfilosofen	46
3	De onderzoekers	46
4	De communicatieverbeteraars	47
5	Praktijk-probleemoplossers	48
6	Klachteninventarisatie	48
7	De zin van de typologie	48
8	De beoordeling	49
9	Conclusie	49
Bijlage	Overzicht van vijf activiteitensoorten	51

1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aandacht gegeven aan verklaringen voor het verschijnsel samenwerking eerste lijn – tweede lijn. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op de typologie van samenwerkingsituaties zoals die zich in de praktijk voordoen. Daarom heb ik aansluiting gezocht bij de typering, zoals die uit het onderzoek (dat in hoofdstuk 2 is beschreven) naar voren zijn getreden. Samengevat luiden deze typering:

- de basisfilosofie
- de onderzoekers
- de communicatieverbeteraars
- de praktijkprobleemoplossers
- de klachteninventariseerders

De benaming duidt op de soort activiteiten in de verschillende samenwerkingsituaties. Voorop wil ik stellen dat het er niet om gaat een kwalitatieve rangorde aan te brengen. Gelet op het feit dat in de praktijk zulke verschillende activiteiten bestaan, maakt het veel interessanter om na te gaan waarop deze verschillen berusten. Ik ga er daarbij voorlopig van uit dat in ieder van de vijf situaties gegronde redenen zijn om voor een bepaalde activiteitensort te kiezen.

2 De basisfilosofen

Het ontwerpen van een basisfilosofie voor de samenwerking ziekenhuis – eerste lijn is theoretisch een soort eerste stap die niet kan worden overgeslagen. In de praktijk spelen andere factoren een rol. Geplande nieuwbouw bijvoorbeeld kan sterke aanleiding vormen voor het ontwerpen van een basisfilosofie, omdat bouw de behandeling van veel toekomstvragen afdwingt waarbij ten principale uitspraken moeten worden gedaan.

Een heel andere factor kan zijn de geaardheid van de in samenwerking geïnteresseerde personen. Wie er plezier in heeft om aan fundamentele vraagstukken te werken en over de daarbij noodzakelijke (abstraherende) capaciteiten beschikt, zal zich gemakkelijker aan het ontwerp van een basisfilosofie zetten dan iemand die pas een productief gevoel krijgt bij het oplossen van praktische problemen in het hier en nu.

Weer een heel andere situatie is het als het ontwerpen van een basisfilosofie noodzakelijk blijkt, omdat er fundamentele verschillen van inzichten bestaan. Denk in dit verband aan onderwerpen als taak; verantwoordelijkheids grenzen ziekenhuis – eerste lijn; normen ten aanzien van intercollegiale consultatie; doelstellingen van het verwijzingsbeleid. Het niet ten principale 'oplossen' van fundamentele verschillen van inzicht kan in tal van praktische regelingen een dominante storing veroorzaken; daarom is het zaak deze verschillen eerst weg te werken respectievelijk acceptabel te maken.

Samengevat kan worden gesteld dat er drie redenen kunnen zijn om een basisfilosofie te ontwerpen:

- omstandigheden dwingen om de 'toekomst ter hand te nemen';
- subjectieve voorkeuren van betrokkenen;
- fundamentele verschillen van inzicht met een blokkerend karakter.

Het bedoelde ontwerpwerk vraagt wel om specifieke vaardigheden. Het theoretisch-conceptueel bezig zijn ligt niet iedereen, wat deze activiteit doorgaans slechts voor weinigen toegankelijk maakt. Daarin ligt een duidelijk nadeel van de activiteit. Een risico dat aan het ontwerpen van een basisfilosofie is verbonden, is dat het bij het ontwerpwerk blijft. Veel ontwerpers zullen van nature minder zijn geïnteresseerd in de concretisering van een en ander. Anderen zullen er dan dus bij betrokken moeten worden. En in deze personele discontinuïteit zit tevens het risico van beëindiging van alle activiteiten. Door hieraan vooraf de nodige aandacht te schenken, kan dit risico overigens wel sterk worden verkleind.

3 De onderzoekers

Wie aan samenwerking begint, creëert tal van onzekerheden. Sommigen zien daarin een uitdaging, soms zelfs een mogelijkheid om eens 'lekker vanuit je gevoel te opereren'. Anderen trachten de ontstane onzekerheden te reduceren door onderzoek in te stellen, bijvoorbeeld naar de effecten van samenwerking of naar het nut ervan of naar de beste realisatiemethoden. De aanleiding voor het doen van onderzoek kan onder meer worden gevonden in de complexiteit

van het samenwerkingsprobleem. Dat is het geval als er van vele partners sprake is of als bijvoorbeeld een verpleegtehuis wordt betrokken in de samenwerking ziekenhuis – eerste lijn. Object van onderzoek kunnen onder andere zijn: verwijspatroon, consultatiepatronen, satisfactie patiënten, behandelingsprotocol. Het voordeel van het beschikbaar hebben van onderzoeksresultaten is dat er rationele argumenten beschikbaar zijn om de samenwerking op een bepaalde wijze te sturen. De beschikbaarheid van dit soort onderzoek wordt echter veelvuldig onderschat. Nu is het ook allerm minst eenvoudig om een onderzoek op te zetten waaruit bruikbare praktijkgegevens voortkomen. Als gevolg van veel louter kwantitatief onderzoek wordt een overdreven waarde gehecht aan de rationele overweging bij het samenwerken. Daardoor ontsnappen zaken als menselijke weerstanden, professionele opvattingen en strikt persoonlijke voorkeuren maar al te gauw aan de aandacht. Daar staat wel tegenover dat onderzoek ook gelegenheid biedt om onbewezen stellingen te ontmantelen, zoals 'samenwerking bevordert de verschuiving van huisarts naar extramurale zorg'.

Goed onderzoek is moeilijk realiseerbaar en bovendien erg duur. Telt men daarbij nog eens de hoeveelheid energie van zowel onderzoeks- als opdrachtzijde, dan is het niet verwonderlijk dat door de samenwerkingspartners maar zelden initiatieven tot onderzoek worden genomen.

4 De communicatieverbeteraars

Al zijn de samenwerkingsdoelen duidelijk en is de wil tot samenwerking aanwezig, dan kunnen niettemin blokkades optreden door technische communicatieproblemen. Zo kan het zijn dat er onvoldoende (geregelde) informatie-overdracht plaatsvindt inzake verwijzingen of ontslag. Ook kan het zijn dat de communicatie te beperkt is, bijvoorbeeld alleen aanwezig met betrekking tot gevallen en niet-professionele opvattingen, verwijzingsbeleid, kwaliteitsbewaking, ontwikkeling en evaluatie van de samenwerking. In een situatie waar veel huisartsen en verschillende ziekenhuizen bij zijn betrokken, kan mandatering voor overleg nodig zijn zonder dat de noodzakelijke contacten met achterbannen zijn gelegd. In al deze gevallen dient de samenwerking zelf te worden verbeterd in termen van communicatiestructuur, besluitvorming, informatievoorziening, leiding en organisatie. Genoemde onderwerpen worden soms wel wat oppervlakkig aangepakt. Dan lijkt het meer een activiteit te worden die 'legitimeert' dat andere (moeilijker of vervelender) zaken blijven liggen. Het kan zelfs zo zijn dat het bezig zijn met organisatorische regelingen gaat overheersen, hetgeen de samenwerking verlamt. Er ontstaan dan meer procedures dan beslissingen en er wordt meer informatie geproduceerd dan er wordt gebruikt. Dit kan de 'echte samenwerkingsgeïnteresseerden' afschrikken en hen duurzaam het hoofd doen afwenden van verdere samenwerkingsactiviteit. Trouwens, gebrek aan aandacht voor de communicatieprocessen komt meer voor dan een overdosis aan activiteiten op dit gebied. De medische wereld biedt nu eenmaal meer wilde pioniers dan nette bureaucraten. Bovendien geldt dat het op juiste wijze diagnosticeren van een communicatieprobleem niet meevalt en dat het opstellen van effectieve therapie een creatief-kritische instelling en een flinke dosis mensenkennis vergt.

5 Praktijk-probleemoplossers

Als zich in een samenwerkingssituatie praktische problemen voordoen die als zodanig zichtbaar zijn zonder dat zich achter deze problemen wezenlijke, moeilijk te vatten problemen bevinden, dan is rechtstreekse actie tot oplossing de aangewezen weg. Hierin schuilt evenwel een groot gevaar. Het is plezierig om met snel oplosbare, concrete problemen te maken te hebben. En dat is de reden waarom men vaak maar geen al te serieuze analyse pleegt. 'Oplossing' van de bekende problemen kan dan snel tot resultaat, althans tot een bevredigende situatie leiden. Daarbij moet evenwel worden bedacht dat op deze wijze wordt gereageerd op de zichtbare samenwerkingsproblematiek. Van de activiteit 'praktische probleemoplossing' gaat geen innovatieve invloed uit die misschien juist is gewenst om de samenwerking te ontwikkelen, al is dat laatste natuurlijk lang niet altijd het geval. Aan activiteiten betreffende praktische probleemoplossing kunnen in de regel alle betrokkenen deelnemen, wat op zichzelf een bindend element kan vormen.

6 Klachteninventarisatie

Als de samenwerking problemen geeft die op zich zelf niet zo concreet en zichtbaar zijn en het vermoeden bestaat dat er zich nogal wat problemen onder de oppervlakte bevinden, dan kan het systematisch inventariseren van klachten de aangewezen weg zijn. Daarbij beperkt men zich heel uitdrukkelijk tot het stellen van een diagnose. In eerste instantie doet men in feite zelfs nog minder dan dat, namelijk beperkt men zich tot het verzamelen van informatie op grond waarvan later een diagnose kan worden gesteld. Inventarisatiewerk is op zich zelf eenvoudig en daarom geschikt er verschillende functionarissen in te laten participeren. Inventarisatie kan heel nuttig zijn als inderdaad niemand een overzicht heeft over de problematiek. Soms evenwel kan de inventarisatie-activiteit worden verkozen als afleidingsmanoeuvre. Daar waar bijvoorbeeld conflicten zijn of waar men in feite geen voortgang van de samenwerking wenst, kan de inventarisatie-activiteit een conflict-toedekkende functie vervullen, respectievelijk de voortgang van de samenwerking opschorten. Dan ziet men vaak dat men in de inventarisatiefase blijft hangen, bijvoorbeeld door eindeloos details in te vullen in plaats van het materiaal te gebruiken voor diagnosestelling. Als men tot inventariseren overgaat, is het eigenlijk noodzakelijk om de daarop volgende fase vooraf te plannen opdat betrokkenen zich realiseren in welk kader en waarom er wordt geïnventariseerd. Een goede regie is daarbij onontbeerlijk.

7 De zin van de typologie

In het voorgaande zijn vijf activiteitensoorten beschreven waarbij voor iedere soort heel verschillende specifieke eisen en toepassingsgebieden bestaan. Het merkwaardige is dat in de praktijk vaak amper wordt stilgestaan bij de keus van een activiteitensoort. Het kan natuurlijk heel goed mogelijk zijn dat op gevoelsmatige gronden de juiste keus wordt gedaan. Er zijn evenwel ook veel

voorbeelden van situaties waar een slordige keuzebepaling tot een verkeerde – dat wil zeggen: niet in de situatie passende – activiteitensoort heeft geleid. Dit kan desastreuze gevolgen hebben, zoals extra imitaties, conflicten over secundaire zaken, of gewoon het vastlopen, stoppen van de samenwerking. Om deze redenen is het van groot belang het hier bedoelde keuzemoment de nodige aandacht te geven. De samenwerking kan er door opbloeien of afsterven.

8 De beoordeling

Nu blijkt dat de activiteitensoorten waarvoor in de samenwerkingssituaties wordt gekozen zo verschillend zijn, rijst de vraag hoe deze kunnen worden beoordeeld. Een algemeen antwoord is gemakkelijk te geven: de specifieke situatie moet dat aangeven. In de praktijk evenwel zal 'de specifieke situatie' heel verschillend worden gekenschetst. Zo kan de één bijvoorbeeld stellen dat een fundamenteel verschil van inzicht oorzaak van de gerezen problematiek is, terwijl de ander meent dat juist gebrekkige informatie-uitwisseling heeft geleid tot het vastlopen van de samenwerking. Hier kan men de vraag stellen wie er (rationeel) gelijk heeft. Is er een inzicht- of een informatieprobleem? Men kan zich echter ook afvragen of er gewoon twee verschillende soorten individuele behoeften zijn. De een is in het algemeen graag bezig met het discussiëren over fundamentele onderwerpen terwijl de ander graag bezig is met het onderwerp informatiestromen. Twee vragen dus: wie heeft er gelijk en wiens voorkeur zou moeten worden gevolgd?

Ik ben niet geneigd te stellen dat de ene vraag belangrijker is dan de andere. Wel zou ik willen pleiten voor het expliciet stellen van beide vragen. Daaruit kan naar voren komen dat betrokkenen onvoldoende aardigheid hebben in een activiteitensoort die overigens onontbeerlijk is. Als bijvoorbeeld communicatieverbetering nodig is maar betrokkenen hebben daar onvoldoende verstand van en derhalve ook minder plezier in, dan is het goed dat dit duidelijk blijkt. In het voorbeeld is het verstandiger om te organiseren dat er kennis beschikbaar komt inzake communicatieverbetering dan dat voor een activiteitensoort wordt gekozen die weliswaar de voorkeur geniet, maar onvoldoende effectief zal blijken te zijn. Aan de andere kant moet het belang van individuele voorkeuren inzake te ondernemen activiteiten niet worden gebagatelliseerd. Het is onzinnig om te verwachten dat mensen bijvoorbeeld een basisfilosofie zullen produceren zonder dat zij daartoe in staat zijn.

9 Conclusie

Samenwerking is allerm minst een vast patroon van activiteiten dat louter op zijn objectieve maatstaven kan worden beoordeeld. Mensen spelen er een rol in. Daaraan wordt veelvuldig voorbijgegaan, bijvoorbeeld door het taboe verklaren van de vraag: Op wat voor wijze zou u het liefst met de samenwerking bezig zijn?

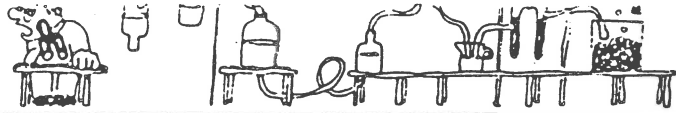
Het zorgvuldig analyseren van samenwerkingssituaties is noodzakelijk teneinde daaruit een effectieve activiteitensoort te ontwikkelen. Bij het overwegen van een bepaalde activiteitensoort is het van groot belang niet alleen de

Leiding & organisatie
in de gezondheidszorg 1983/1

voor- en nadelen ervan onder ogen te zien, maar tevens te bekijken of betrokkenen over de nodige kwalificaties beschikken om de activiteit tot uitvoering te brengen. Het succes van samenwerking is zeker niet gelegen in het kopiëren van de activiteiten in een andere succesvolle samenwerking. Het gaat er veeleer om die activiteiten te kiezen waarvan effect verwacht mag worden in specifieke situaties.

Bijlage Overzicht van vijf activiteitensorten

Kenmerken Activiteits- soort	Toepassing	Risico's/zwakke punten	Pluspunten	Noodszakelijk vervolg	Toegankelijkheid van de activiteit voor	Kwalitatieve vereisten
Basisfilosofen	in geval van: • behoefte aan toe- komstbeeld • onvoldoende con- sensus over funda- mentele kwesties • persoonlijke werk- voorkeur	• blijft abstract/ ontoegankelijk • komt niet tot ope- rationalisatie	• fundamenteel	• concretisering	• voor zeer weinigen	• theoretisch, concepti- ueel kunnen denken
Onderzoekers	in geval van: • complexe situaties • behoefte aan re- ductie van onzeker- heid • behoefte aan ratio- nale argumentatie	• kostbaar in tijd en geld • gaat gemakkelijk voorbij aan facto- ren als belangen, wil e.d. (rationali- sieren van gewo- len)	• elimineert 'wishful thinking' • hard materiaal ter beschikking	• concretisering	• voor zeer weinigen	• wetenschappelijke kennis en ervaring ten aanzien van onder- zoek
Communicatie- verbeterers	in geval van onvoldoen- de leiding en organisatie zoals: • gebrek aan syste- matiek • gebrekkige infor- matie-overdracht • onduidelijke be- sluitvorming	• meer procedures dan beslissingen • meer informatie- productie dan in- formatiegebruik	• mobiliseert poten- tiële mankracht • benutting van be- schikbare ideeën, informatie • erkenning van rol van individueel be- trokkenen	• invoering commu- nicatiesysteem • bewaking uitvoe- ring • weer aandacht voor inhoud	• voor enkelen	• analytisch • creatief • mensenkennis
Praktijk- probleem- oplossers	in geval van: • concrete, zichtbare problemen • urgentie van oplos- sing	• voorbijgaan aan onderliggende pro- blematiek • geen innovatieve effecten	• snel beschikbaar resultaat	• beoordeling duur- zaamheid dier op- lossingen	• voor velen	• creatief • slagvaardig • tactisch
Klachten- inventari- sers	in geval van: • onduidelijke pro- blematiek • behoefte velen te betrekken	• blijft bij inventari- sieren • vlucht voor in feite wezenlijkere/ur- genter/moeilijke- re problemen	• verkrijgen van overzicht over si- tuatie • betrokkenen kun- nen 'hun zegje doen'	• prioriteitsstelling • vertaling in plan van actie	• voor 'allen'	• enquête/interview • technische kennis • regievoering



**SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST:
KRITISCHE
OPSTELLING
KAN GEEN KWAAD**

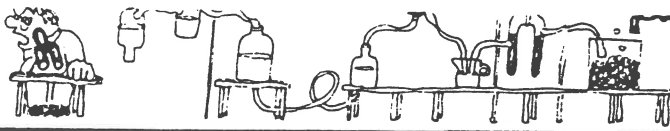
Jan Peter Dopheide

Een beschouwing over samenwerking tussen huisarts en specialist kan misschien het beste beginnen met het aanzetten van de verschillen tussen deze twee beroepsgroepen, om daartoe te kijken welke kansen op samenwerking er, gegeven deze verschillen, zijn, en wat deze samenwerking voor gevolgen zou kunnen hebben voor een versterking van de eerstelijns.

Het meest kenmerkende verschil tussen huisarts en specialist wordt over het algemeen gezocht in de wijze van benaderen van de aangeboden problematiek: de specialist werkt in een natuurwetenschappelijk model, waarmee hij uitstekende resultaten heeft behaald, maar dat op sommige punten te kort schiet en risico's met zich meebrengt; de huisarts werkt in, en is nog constant op zoek naar een zeer gecompliceerd model waarmee hij de aan hem gepresenteerde klachten te lijf gaat, een model waarin inzichten uit de natuurwetenschappen en de sociale wetenschappen gelijktijdig worden toegepast. Bij het te kort schieten van de specialistische benadering denkt men vooral aan de (mede psycho-sociaal bepaalde ziektebeelden die door een sterk technisch-somatisch gerichte geneeskunde niet of onvoldoende verholpen kunnen worden. Bij de risico's van specialistische gezondheidszorg wordt vooral gedoeld op het gevaar van 'somatiscche fixatie' (mensen gaan onder invloed van langdurige medische behandeling hun in feite heel complexe problematiek reduceren tot de somatische kant, en komen zodoende niet tot een oplossing), en op risico's als ziekenhuisinfecties, anesthesiefouten en bijwerking van geneesmiddelen. De nadelen van de huisartsgeneeskunde worden in deze tijden wat minder breed uitgemeten; het belangrijkste risico dat een 'integrale' benadering door de huisarts met zich mee kan brengen is dat hij zóveel aandacht heeft voor de niet-medische aspecten van een klacht dat hij een grotere kans loopt een ernstige aandoening te 'missen'.

IDYLLISCHE PLAATJES

Op zichzelf staat een dergelijk verschil in benaderingswijze een samenwerking tussen huisarts en specialist natuurlijk niet in de weg. Onder erkenning van de verschillen zijn er dan ook diverse mooie, bijna idyllische plaatjes geschetst waarbinnen van elkaars kennis en kunde zou kunnen profiteren, resulterend in een betere en wellicht ook nog goedkopere gezondheidszorg. Lange tijd is bijvoorbeeld gedacht dat het ter beschikking stellen van de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis plus de mogelijkheid van specialistische consultatie (een procedure waarbij de specialist, zonder de patiënt te zien, met de huisarts overlegt en hem advies geeft over diagnostiek en behandeling) zou leiden tot een situatie waarin de huisarts méér problemen zelf kan oplossen, deels met behulp van de specialist, en de specialist zich derhalve zou kunnen beperken tot zijn specifiek specialistische taak. De experimenten met diagnostische centra in de ziekenhuizen Oudenrijn te Utrecht en St. Annadal in Maastricht zijn hiervan bekende voorbeelden. Vanuit dezelfde gedachte is in het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen geruime tijd gewerkt met 'consultatieve geneeskunde': een benadering waarbij de specialist bereid is zich in de eerste



ts op te stellen als consulent van de huisarts, ook als de patiënt verwezen of opgenomen is, wettelijk medeverantwoordelijk blijft voor de indeling. Stuk voor stuk experimenten die eens de regels van het gezond verstand goed en, en waarin het aan goede wil bij alle betrokken niet ontbrak. Toch hebben ze geen van alle leverd wat er van werd verwacht. Meer in het algemeen kan men stellen dat de samenwerking tussen huisarts en specialist ondanks de vele stimulerende factoren die hiertoe van verschillende zijden zijn gegeven, eigenlijk geheel niet van de grond is gekomen. Wat zijn hiervan de oorzaken?

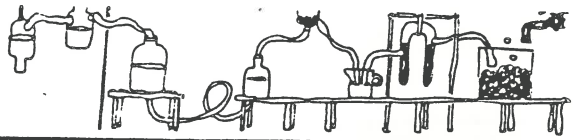
INTERPRETATIEVERSCHILLEN

worden er, in de vrij talrijke publicaties over dit onderwerp, verschillende genoemd. Men 'spreekt de taal niet', heeft moeite met het toetsende criterium dat intensief samenwerken met zich meebrengt. Er zijn (nog steeds) statusverschillen tussen huisarts en specialist, terwijl ook de wijze van organiseren van de gezondheidszorg samenwerken niet bepaald stimuleert. De meest wezenlijke oorzaak is volgens mij echter te vinden in twee belangrijke verwante factoren: de verschillen in klachtenaanbod en, daarmee samenhangend, de verschillen in 'bewijslast'. Het eerste verschil is duidelijk: zij het door huisartsen en specialisten zelf vaak over het hoofd gezien. De huisarts wordt geconfronteerd met een zeer brede scala aan klachten, ongeveer tien procent daarvan verwijst hij ter beschikking van de specialist, die ongeveer 90 procent van de klachten waarmee mensen tot de huisarts wenden nooit te zien krijgt. Dat betekent dat de interpretatie van een klacht in de huisartselijke praktijk geheel anders is dan in de specialistische praktijk. Als (ik gebruik fictieve cijfers) zou men dat van de patiënten die zich met de klacht 'moehheid' tot de huisarts wenden 50 procent een psychosociale oorzaak, 45 procent een lichamelijke oorzaak die door de huisarts kan worden behandeld en 5 procent onderzoek op de aanwezigheid van een ernstige aandoening naar de specialist moet worden verwezen, waarvan de helft niets ernstigs blijkt te zijn, dan is de klacht 'moehheid' voor de huisarts 98 van de 100 gevallen iets wat niet ernstig is, voor de specialist is één op de twee gevallen ernstig. Discussies tussen huisartsen en specialisten over wat men met de klacht 'moehheid' moet doen zonder zich rekenschap te geven van het enorme verschil in interpretatie van één en dezelfde klacht, lopen al gauw uit op spraakvervalsing en onverdiende wederzijdse verwijten. Het verschil in klachtenaanbod en dus interpretatie brengt samen het verschil in bewijslast, waarover ook door Mulder, hoogleraar huisartskunde te Leiden, in zijn inaugurele rede is gesproken. Iedere arts, huisarts of specialist, loopt bij

ieder contact met een patiënt het risico op twee fouten: hij kan een patiënt ten onrechte ziek verklaren en hij kan een patiënt ten onrechte gezond verklaren. Huisarts en specialist hebben beiden in hun opleiding geleerd dat de tweede fout, althans als het om iets ernstigs gaat, het ergste is wat een arts kan overkomen. Anderzijds is het onmogelijk zó te handelen dat je de kans 'ten onrechte gezond verklaard' vrijwel nul maakt. Het klassieke voorbeeld is in dit geval de hoofdpijn en de hersentumor: iedere hoofdpijnklacht in de huisartspraktijk laten screenen op een tumor is ondoenlijk en om een veelheid van redenen onwenselijk. Iedere arts zal dus een optimum moeten vinden tussen de twee risico's. Gegeven het grote verschil in klachtenaanbod zal de huisarts, terecht, eerder het risico 'ten onrechte gezond verklaard nemen', (de meerderheid van zijn patiënten is immers niet ernstig ziek), terwijl de specialist dit risico juist wil vermijden, en evenzeer terecht: de meerderheid van zijn patiënten heeft immers wél iets. Deze rationele manier van werken wordt in specialistenkringen nog versterkt doordat het doorgaan met onderzoek doen tot er absolute zekerheid is verkregen daar ook een soort 'cultuur' is geworden, waarbij de risico-aversie wel erg ver wordt doorgevoerd. Men onderschatte het fundamentele karakter van dit verschil in bewijslast niet: de gehele werkwijze van huisarts en specialist is gecentreerd rond dit 'pluis- of niet-pluis probleem'. Het feit dat het hier twee professies binnen hetzelfde systeem betreft maakt de verschillen in werkwijze alleen maar groter in belang: juist onder collegae vallen verschillen eerder op dan overeenkomsten. Het gebrek aan kennis dat de specialist heeft over de werkwijze van de huisarts is m.i. aanmerkelijk groter dan de lacunes in de kennis van de huisarts over de manier van praktijkvoeren door de specialist. Integrale geneeskunde, methodisch werken, probleemgericht werken, gezinsgeneeskunde, het zijn voor de huisarts alledaagse en vertrouwde begrippen, voor de specialist op zijn best bekende woorden. Gezien het veel complexere model waarmee de hulpvraag in de eerste lijn wordt behandeld, is het ook niet verwonderlijk dat de specialist hiervan weinig kaas heeft gegeten. Toch is het juist in dit complexe kader dat de huisarts de hulp van de specialist inroept, die op zijn beurt de vraag van de huisarts doorgaans beantwoordt in zijn eigen denkkader.

RODE LOPER VOOR HUISARTS

Een noodzakelijke voorwaarde voor samenwerking tussen huisarts en specialist is dan ook dat deze plaatsvindt vanuit het perspectief van de eerste lijn en op condities van de eerste lijn. Ik druk mij wat meer in onderhandelingstaal dan in samenwerkingsjargon uit, omdat ik meen dat de praktijk van de laatste jaren, waarbij het initiatief tot samenwerking vanuit de ziekenhuizen c.q. specialisten



KRITISCHE OPSTELLING KAN GEEN KWAAD



kwam, voor de huisarts niet altijd een goede geweest. Met het toenemen van de roep om ping van de omvang van de tweede lijn aantal ziekenhuizen dat voor de huisarts c loper heeft uitgelegd evenzeer gestegen. Da goede zaak, mits de huisarts van dit aan samenwerking een kritisch gebruik maakt. E hij zich tot een enthousiast gebruik van de di tische faciliteiten van het ziekenhuis, dan ber met het pakken van de uitgestoken hand een verhoging van de diagnostische pro zonder een noemenswaardige versterking v eerste lijn. De huisarts zal meer moeten eise name wat betreft het functioneren van de sp t.o.v. de eerste lijn. Naast klinische middagen ook 'extramurale middagen', waar de spe wordt ingewijd in de geheimen van de huis neeskunde, in de werkwijze en de risicoscha De huisarts staat op dit punt vrij sterk. Als navolging van De Greve, kijken naar de zog 'ruilbalans' van eerste en tweede lijn (het v van kosten en baten dat samenwerking v verschillende partijen met zich meebrengt lijkt de huisarts vooral ten opzichte van het z huis in een goede positie te verkeren. Hij lev ziekenhuis patiënten (in een tijd waarin het z huis geen godshuis meer is maar een mode managed bedrijf, zij mij deze uitdrukking staan), waar hij iets voor terug kan verlc Tijdsinvestering van de specialist, die ook e meer de ongebonden dokter van vroeger is, steeds sterker geïntegreerd raakt binnen de z huisorganisatie, is één van de mogelijke ruilr len. Als de specialist bereid is die tijd te inve in nascholing op het gebied van de huisartsge kunde, zal dat de samenwerking zeker ten komen. Tegelijkertijd moeten we ons echter re ren dat de aangegeven verschillen in wer van huisarts en specialist echt zijn, en in or teem van getrapte gezondheidszorg waarsch ook onvermijdbaar. De mate waarin een spe in staat is 'in de huid van de huisarts te kr heeft bovendien zijn grenzen. Van samenw tussen huisarts en specialist moet men da geen wonderen verwachten wat betreft de ve king van de eerste lijn. De brede belangst voor dit onderwerp heeft misschien ook we wat modieus karakter, waarbij ziekenhuis-e mische motieven en de zozeer op samenha samenwerking gerichte Wet Voorzieninger zondheidszorg ook een rol spelen. Het meest tisch is het, om de samenwerking tussen huiso specialist, qua gewicht, te plaatsen binnen aantal andere ontwikkelingen in en rond de e lijn, zoals samenwerking binnen de eerste lijn derlinge toetsing, leren leven met de voor het artsenvak zo kenmerkende onzekerheid, een wordende huisartsenopleiding, verplichte na ling en wellicht verandering aan patiëntenzij