

ONTWERP VAN EEN EKSPERIMENTEEL PROJECT
TEN BEHOEVE VAN DE PSYCHO-SOCIALE HULPVERLENING
IN DE 1e LIJN TE BREDA

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

door
Anton Elbers,
rapporteur

van de werkgroep ter bevordering
van een experimenteel project
bestaande uit: George van Beurden, huisarts
Kees van Bezooijen, huisarts
Anton Elbers, psycholoog
Joop Freriks, huisarts
Herman Gerritsen, huisarts
Eddy Janmaat, huisarts
Ineke van der Meer, maatschappelijk
werkster
Hans Verkuyl, huisarts

Rapport nr.2

Degenen die wensen te
beschikken over meerdere
eksemplaren van dit rapport
kunnen dit aanvragen bij de
projektkoördinator,
Kasterleestraat 7 te Breda.
Kosten hiervan zijn per
bestelling van minimaal
5 eksemplaren f 50,-.

Breda, april 1975

Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie,
mikrofilm of welke andere wijze ook,
zonder vooraf schriftelijk toestemming
van de rapporteur.

INHOUDSOPGAVE

	<u>INLEIDING</u>	pag. 1
HOOFDSTUK I	: <u>Het ontstaan van een experimenteel projekt</u>	
par. 1	Historie	pag. 3
par. 2	Voorlopige doelstelling	pag. 3
par. 3	Nota	pag. 4
par. 4	Reakties	pag. 5
par. 5	Ontwikkeling van de werkgroep	pag. 8
HOOFDSTUK II	: <u>Een analyse van de psycho-sociale hulpverlening in de 1e lijn</u>	
par. 1	Vertrekpunt	pag. 10
par. 2	Psycho-sociale problematiek	pag. 11
par. 3	De groeiende onmacht van de huisarts	pag. 11
par. 4	Het gebrekkig functioneren van de Psycho-Sociale Hulpverlening	pag. 13
par. 5	De gebrekkige samenwerking van de hulpverleners in de 1e lijn	pag. 15
par. 6	Het meer kritisch worden, maar afhankelijk blijven van de klient	pag. 17
par. 7	De aktuele situatie in Breda	pag. 19
HOOFDSTUK III:	<u>Visie op een andere hulpverlening</u>	
par. 1	De behoefte van de hulpvrager	pag. 21
par. 2	De systeemtheoretische benadering	pag. 24
par. 3	Maatschappij visie	pag. 26
par. 4	Mensvisie	pag. 27
par. 5	Visie op de gezondheidszorg	pag. 28
HOOFDSTUK IV	: <u>Doelstellingen - Opzet - Organisatie</u>	
par. 1	Doelstellingen	pag. 30
par. 2	De opzet van het projekt	pag. 31
par. 3	Degenen die betrokken zijn bij het projekt	pag. 32
par. 4	Participanten in het projekt	pag. 34
par. 5	Werkruimte	pag. 35
par. 6	Organisatievorm	pag. 35
HOOFDSTUK V	: <u>Het hulpverleningsmodel van het projekt</u>	
par. 1	Uitgangspunt	pag. 37
par. 2	Het functioneren van de projektgroep Schema	pag. 38
par. 3	De hulpvrager	pag. 41
par. 4	Het hulpverleningsmodel	pag. 42
par. 5	Hulpverleningsvormen	pag. 42
par. 6	Hulpverleningstaken	pag. 43
par. 7	Hulpverlening konkreet	pag. 44
par. 8	Samenwerkingsvorm	pag. 47
		pag. 49

HOOFDSTUK VI : Onderzoek - rapportage - begeleiding

par. 1	Onderzoek	pag. 52
par. 1	1. 2 onderzoeksopzet	pag. 53
par. 1	1. 3 voorlopig onderzoeksschema	pag. 54
par. 2	Rapportage	pag. 55
par. 3	Begeleiding	pag. 55

HOOFDSTUK VII: Argumenten voor een subsidieaanvraag

LITERATUURLIJST

pag. 58
pag. 64

BIJLAGE I	Konseptstatuten
BIJLAGE II	Projektreglement
BIJLAGE III	Konsept jaarbegroting
BIJLAGE IV	Adviesraad

INLEIDING

In Breda evenals in het gehele land is de gezondheidszorg in de 1e lijn in beweging.

Vele nota's, rapporten en artikelen geven overduidelijk aan hoevele belemmeringen er zijn om tot een optimale hulpverlening te komen.

Wat steeds weer opvalt is én de dringende noodzaak te komen tot een overzichtelijke, efficiënte en effectieve hulpverlening én de enorme behoefte aan een versterking van de 1e lijn door middel van een interdisciplinaire aanpak. Vele initiatieven (van reeds bestaande instanties, maar vooral van kleine groepjes hulpverleners afkomstig) tot het kreëren van nieuwe meer eigentijdse samenwerkingsverbanden ziet men ontstaan. Helaas blijkt steeds weer dat het merendeel dezer initiatieven in de kiem wordt gesmoord o.i. door:

- de te grote gefikseerdheid op gezondheidscentra c.q. wijkcentra
- een gemis aan realiteitsbesef, tijd en geld.

Het is op grond van o.m. deze overwegingen dat de werkgroep, die dit rapport aan u voorlegt, gekozen heeft voor een samenwerkingsvorm, die uitgaat van de realiteit (artssolisten) en de aktualiteit (onoverzichtelijkheid van de hulpverlening in het algemeen).

De voorwaarde die de werkgroep zich in de voorbereidingsfase steeds als leidraad heeft gehouden is dat het dient te gaan om een vorm van hulpverlening, die gebaseerd is op een gemeenschappelijk hulpverleningsproces van hulpvragers en hulpverleners vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.

In dit rapport staan vermeld de ideeën die ten grondslag liggen aan het ontwerp van een experimenteel projekt in de 1e lijn te Breda. De aandachtige lezer zal soms gekonfronteerd worden met herhalingen van sommige ideeën. Dit is vooral bedoeld om het lezen van het rapport te vergemakkelijken.

Het rapport wordt verspreid onder mogelijke subsidiënten, onder belanghebbenden (1e, 2e en 3e lijns hulpverleners) en andere geïnteresseerden.

Nu er al zoveel pogingen zijn tot het kreëren van nieuwe vormen van hulpverlening en er van alle kanten gepleit wordt voor meer efficiency, doelmatigheid en overzichtelijkheid in de gezondheidszorg, doet weer een nieuwe poging wat irreëel, eigenzinnig en wellicht wat utopisch aan.

Toch verdient o.i. dit ontwerp van een projekt in de 1e lijn te Breda ruime aandacht en wel om de volgende redenen.

Op de eerste plaats zijn wij de stellige overtuiging toegedaan dat:

- de mens gezien moet worden als een somato-psycho-sociaal systeem, zich bevindend op een knooppunt van vele sub- en supra-systemen
- de meest geëigende vorm van hulpverlening er een is die uitgaat van het gezondheidsbesef van de hulpvrager
- de meest doelmatige vorm van hulpverlening er een is die ontstaat aan de basis van de samenleving d.w.z. in de leef-, woon- en werksfeer van de klient en zich aldaar ontwikkelt.

Op de tweede plaats zijn wij principiëel van mening dat:

- de mensen, zo ook hulpvragers en hulpverleners, gelijkwaardig als uniek zijn
- de mensen, zo ook de hulpverleners en de hulpvragers, slechts gezamenlijk, ieder met zijn unieke kwaliteiten, een optimale hulpverlening kunnen realiseren
- de mensen, zo ook hulpvragers en hulpverleners, gelijke kansen dienen te krijgen om zich optimaal te ontplooien.
- de mensen, zo ook hulpvragers en hulpverleners, gelijke voorwaarden dienen te scheppen en te krijgen, waardoor eenieder zich tot "zijn uniek optimum" kan ontwikkelen.

Op de derde plaats menen we na een uitvoerige analyse en vergelijking van de huidige hulpverlening, alsmede op basis van onze visie op de hulpverlening, zoals deze o.i. zou kunnen zijn, dat:

- het door ons voorgestelde experimenteel projekt een optimale hulpverlening in de 1e lijn het meest nabij komt
- de benadering van de door ons gekozen hulpverlening gebaseerd dient te zijn op de systeemtheorieën
- de systeemtheoretische benadering uitgewerkt in een theoretisch stelsel, in het konkreet voorgestelde samenwerkingsverband en in de konkreet uitgewerkte hulpverleningsvormen, het meest direkt aansluit bij de nu gangbare behoeften en mogelijkheden van hulpverlener én hulpvrager.

De werkgroep nodigt de lezers uit dit rapport grondig door te nemen. Zij wacht met belangstelling kritieken, commentaren, aanvullingen en korrekties af. Zij nodigt eenieder uit de reacties te zenden aan het hieronder vermelde korrespondentieadres.

Tenslotte nodigt de werkgroep eenieder uit een bijdrage te leveren als dekking voor alle onkosten, die gemaakt zijn gedurende de voorbereidingsfase van dit projekt. Zij meent daarom de kosten van dit rapport te moeten stellen op f 7,50 en u te verzoeken dit over te maken op onderstaand postgiro-nummer onder vermelding van: bijdrage onkosten werkgroep P.S.H. te Breda.

Postgiro-nummer: 2778297
t.n.v. J. Verkuyl, arts
Breda.

Korrespondentieadres:
Instituut voor Orthopedagogiek
t.a.v. Drs. A.W.M. Elbers
Erasmuslaan 40
Nijmegen.

N.B. De rapporteur is bij de totstandkoming van dit rapport behalve aan de werkgroep en vele anderen met name veel dank verschuldigd aan Ineke van der Meer en Bernadette van Eck.

Het ontstaan van een experimenteel projekt

1. Historie

Sinds 1971 hebben een aantal huisartsen, artsenamptenaren, psychologen en maatschappelijk werkers, een socioloog en een psychiater, verenigd in een Arts en Maatschappij groep (aanvankelijk een N.H.G.-groep), regelmatig onderling gedachten en ervaringen uitgewisseld over de gezondheidszorg in de 1e lijn. De discussies van de groep centreerden zich steeds meer op de enorm toegenomen psycho-sociale problematiek in- en om- de huisartsenpraktijk.

Gaandeweg werd duidelijk dat de, in de nu bekende nota's (1974 den Haag), gesignaleerde knelpunten op dit gebied door de A + M leden dagelijks concreet ervaren werden en nogal eens resulteerden in gevoelens van machteloosheid in het dagelijks functioneren.

Rond februari 1974 was de groep unaniem van mening, dat het nog langer discussiëren over, nog meer signaleren van deze problematieken een stempel van onwaarachtigheid en vrijblijvendheid op eenieder zou drukken, wanneer niet de konsekwentie getrokken werd iets daadwerkelijks te ondernemen.

Dit heeft ertoe geleid dat omstreeks september de discussiegroep werd opgeheven.

Enige leden van de A + M groep formeerden een werkgroep met de bedoeling een aantal ideeën omtrent de genoemde problematiek wat meer concreet te formuleren.

2. Voorlopige doelstelling

De jarenlange discussies hebben geresulteerd in de voorbereiding van een projekt in de 1e lijn in Breda.

Als doel werd gesteld een hulpverleningsmodel (in de vorm van een 3-jarig experiment) te kreëren, waarbinnen concrete en reële mogelijkheden beschikbaar zijn om te komen tot een snelle en direkte psycho-sociale hulpverlening aan de hulpvrager in diens eigen milieu.

Hierbij is uitgegaan van een hulpverleningsmodel gebaseerd op een konstante samenwerking van hulpverleners van verschillende disciplines, die tesamen een daadwerkelijk antwoord trachten te geven op de vragen van de klienten.

Voor het experiment betekent dit:

- een aantal hulpverleners bij elkaar te brengen, die tesamen over een zo breed mogelijk arsenaal van vaardigheden beschikken,
- een funktioneringsvorm te vinden, waarin deze hulpverleners in een concreet en konstant samenwerkingsverband deze vaardigheden ten nutte doen komen van de hulpvragers.

Tot hier een soortgelijke ontwikkeling, zoals die overal elders in het land plaatsvindt. Het eigensoortige van dit experiment is gelegen in het feit dat een psycho-sociaal team, bestaande uit: 1 psycholoog, 1 psychotherapeut en 3 maatschappelijk werkers, concreet in en om de praktijk van 6 huisartsen in een vastgelegd samenwerkingsverband aan deze problematiek willen gaan werken samen met deze artsen.

Het moge duidelijk zijn dat op grond van de gestelde doelstelling en funktioneringsvorm evenzeer gedacht kan worden aan een uitbreiding van dit samenwerkingsverband met wijkverpleegkundigen, paedagogen, aspirant-therapeuten e.d. Essentieel hierbij is het door de groep geformuleerde participatie-kriterium aan iedere deelnemer te stellen n.l. ervaring in-, affiniteit tot- en deskundigheid in psychosociale hulpverlening.

3. Nota

In juli 1974 is er door de werkgroep een nota opgesteld. Deze gaf een globaal overzicht van de ideeën, motiveringen en verwachtingen t.a.v. het beoogde projekt.

De primaire bedoeling van deze nota was alle huisartsen van Breda van deze ideeën op de hoogte te stellen en hun opinie middels een bijgevoegde vragenlijst te peilen. Om in dit stadium de klanten zelf te benaderen werd prematuur geacht en was bovendien niet te verwezenlijken.

De reacties van de huisartsen zouden o.i. uiteraard een wat eenzijdig, maar toch wel redelijk beeld geven van de behoefte van hun klanten aan een dergelijk projekt.

Zoals zo vaak, ging ook deze nota een eigen leven leiden, met als gevolg dat de werkgroep al snel gekonfronteerd werd met verzoeken om toezending van deze nota. Er is toen na ampel beraad besloten deze nota naar de o.i. voor het projekt meest in aanmerking komende 1e en 2e lijns instanties te sturen, alsmede naar de ziekenfondsen, inspektie e.d.

Dit heeft geleid tot vele besprekingen met deze instanties met als belangrijkste resultaten kritische bemerkingen en adhaesie-betuigingen. Een vermeldenswaardig feit is wel, dat de werkgroep, steeds verder gaand in haar gedachtenvorming, vaak gekonfronteerd werd in deze besprekingen met de globale en niet uitgewerkte ideeën in de nota vermeld.

Het heeft de werkgroep veel tijd en energie gekost om duidelijk te maken wat "toen" precies wel en niet bedoeld werd, alvorens ingegaan kon worden op de intussen steeds meer vaste vorm aannemende projekt-ideeën.

4. Reakties

Het zou te ver voeren de kommentaren, kritiek en adviezen, gegeven door vele personen en instanties, in extenso te vermelden.

Daarom volgt hieronder een overzicht van de o.i. meest essentiële reakties.

- De enquête onder de huisartsen in Breda:

- | | |
|---|--|
| . de respons op de enquête | 75% |
| . de attitude t.o.v. p.s.h. eksperiment in de 1e lijn | 86% - positief
6% - neutraal
8% - negatief |

• de motivatie tot deelname aan een eksperiment	75% - positief 17% - neutraal 8% - negatief
• de instemming met de achtergrondsvisie van de werkgroep	81% - positief 13% - neutraal 6% - negatief
• de attitude t.o.v. <u>dit</u> voorgestelde eksperiment	75% - positief 19% - neutraal 6% - negatief
• de participatiebereidheid tot dit eksperiment	81% - positief 6% - neutraal 13% - negatief
	67% - positief
passief:	19% - neutraal
aktief :	14% - negatief

Konklusie: de meerderheid van de huisartsen

- acht een meer adekwate psycho-sociale hulpverlening noodzakelijk
- staat positief t.o.v. dit eksperiment
- wil participeren hetzij aktief hetzij passief.

- De bijeenkomst van de werkgroep met huisartsen uit Breda: geeft belangrijke argumentaties voor het doen uitvoeren van dit projekt en geeft adviezen op grond van enkele ervaringen die sommigen hebben. Er is een bereidheid tot participeren in het vooronderzoek t.b.v. het projekt. Er is een grote belangstelling voor meer informatie en een bereidheid tot het leveren van kommentaar.
- De ziekenfondsen in Breda: onderkennen de behoefte, staan positief t.o.v. de projektplannen, achten inhoudelijke organisatorische en participatie-kriteria noodzakelijk. Zij geven te kennen in principe welwillend te staan tegenover een evt. subsidieaanvraag.
- De Inspektie van de Volksgezondheid in Noord-Brabant te 's Hertogenbosch: staan zeer positief t.o.v. voorgesteld projekt, omdat hun inziens:
 - de klient zo lang mogelijk in de 1e lijn moet kunnen blijven
 - zowel 1e als 2e lijn versterkt moet worden
 - samenwerkingsverbanden noodzakelijk zijn.Zij wijzen op het belang van een goede relatie en kommunikatie met andere hulpverleners en instanties.

- Enkele psychologen uit Breda: staan positief t.o.v. het projekt, met name vanwege de mogelijkheid tot een meer adequate en snelle hulpverlening in de 1e lijn en tot een betere doorstroming naar de 2e lijn.
Zij dringen wel aan
 - . op het stellen van kwalifikatie eisen aan de projekt-participanten
 - . op een diagnostisch categorieën-systeem
 - . en op een grondige evaluatie van het eksperiment.

- Het huisartseninstituut te Utrecht: biedt know-how aan en ondersteuning bij subsidieaanvraag.

- . Medisch opvoedkundige buro's
. Sociaal Geneeskundig Adviesburo voor het gehandicapte kind
. Sociaal psychiatrische Diensten
. Psycho-Sociale Dienst voor jongeren
. Medisch Konsultatieburo voor Alkohol en Drugs
. Buro's voor Levens- en Gezinsvragen
Allen te Breda: staan positief t.o.v. het projekt vooral door de mogelijkheid tot drempelverlaging en tot meer adequate verwijzing.
Zij bieden zo mogelijk steun aan en verklaren zich bereid tot samenwerking.

- De Hogeschool te Tilburg: verklaart zich bereid tot:
 - . feed-back en eventuele begeleiding
 - . het geven van meer informatie t.b.v. de inhoudelijke kant van het projekt.

- De Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid en Gezondheidszorg in Noord-Brabant te Tilburg: biedt steun aan:
 - . bij het leggen van kontakten
 - . bij het verschaffen van noodzakelijke achtergrondinformatie en
 - . bij het vinden van een organisatievorm.

- Landelijke Kontaktdag huisartsen - psychologen te Woudschoten: veel informatie over andere projekten. Ieder projekt kan rekenen op aktieve steun.

- Instituut voor Maatschappelijk Welzijn te Breda: had veel belangstelling, maar ook aarzeling t.a.v. het eksperiment. Het zou te snel gaan. Zij betwijfelen de noodzaak van een psycholoog in de 1e lijn. Zij zijn toch wel bereid tot informele kontakten. Zij willen meer duidelijkheid over taken en funkties.

- Kruisverenigingen: reageren positief en geven blijk van de behoefte een betere functionele en kommunikatieve kontakten in de 1e lijn. Zij vragen om meer duidelijkheid t.a.v. taken, functies en om verduidelijking van het voorgestelde hulpverleningsmodel.
- Overheidsinstanties: geven informele adviezen en suggesties t.a.v. organisatie en subsidieaanvraag.

Konklusie: de respons is positief tot zeer positief.

Er is actieve steun toegezegd van vele kanten.

Er is behoefte wat betreft:

- . de onderzoekskant: aan een verantwoord en noodzakelijk onderzoeksonderwerp t.b.v. evaluatie, korrektie en bijsturing van het projekt.
- . de achtergrondsvisie: aan een gefundeerd overzicht van visies op het hulpverlening in de 1e lijn.
- . de uitvoeringskant: aan zeer konkreet en zeer gedetailleerd vastleggen van wat - waarom - waartoe en hoe een en ander gerealiseerd wordt.
- . de organisatorische kant: aan het juridisch-administratief ordenen in de vorm van een stichting.

5. Ontwikkeling van de werkgroep

Omstreeks oktober 1974 bestond de werkgroep uit 6 huisartsen, die ook in het projekt gaan funktioneren, 1 psycholoog, die als projektbegeleider - onderzoeker - rapporteur gaat optreden en 1 maatschappelijk werkster.

Het bleek weldra dat de uitwerking van de oorspronkelijke ideeën veel tijd vergde voor onderlinge gedachtenuitwisseling.

Spøedig werd overeengekomen om wekelijks een hele avond bijeen te komen.

Bij de ontwikkeling en uitwerking van de plannen bleek weer dat er naast de taakgerichte activiteiten veel energie ging zitten in de motivatie en relatie sfeer.

Wat de Intagonnota (1974 Amsterdam) vernoemt "dat om vermelde knelpunten in het samenwerken te vermijden er duidelijkheid dient te bestaan omtrent motieven en verwachtingen....." bleek ook voor deze projektgroep op te gaan.

De participanten waren het er spoedig over eens dat, wilde dit eksperiment een kans van slagen hebben, er op een aantal punten helderheid van en over elkaar verkregen diende te worden.

Hierdoor is nogal veel aandacht besteed aan het zicht krijgen op zichzelf en op de anderen, op elkaars motieven, verwachtingen en doelstellingen, om te komen tot een door eenieder noodzakelijk geacht wederzijds vertrouwen en akseptatie van elkaar.

Dit had overigens wel een belastende werking op de echtgenotes van de artsen, die hun mannen toch al zo vele avonden moeten missen. Bovendien gingen vele activiteiten van de werkgroep veelal buiten deze vrouwen om. Dit gaf uiteraard ook aanleiding tot een aantasting van de motivatie van de werkgroepsleden.

Dit steeds terugkerende dilemma heeft ertoe geleid, dat sinds januari de vrouwen zoveel mogelijk deelnemen aan de werkgroepsactiviteiten. Vanuit dit langzaam maar zeker gegroeid besef hebben de participanten elkaar gevonden in een eensgezind gemeenschappelijk samenwerkingsverband. Op deze wijze is het mogelijk geworden te komen tot de "conditio sine qua non" d.w.z. tot een consensus over de uitgangspunten, die de projektgroep bij de realisering van het eksperiment voor ogen staan.

Deze uitgangspunten omvatten o.m.:

- visie op de behoefte van de klient
- een omschrijving van het begrip gezondheid
- een systeemtheoretische visie
- visie op de mens
- visie op de maatschappij
- visie op de gezondheidszorg
- het hulpverleningsmodel
- de relatie met andere hulpverleners
- de wijze van evalueren
- de organisatievorm
- enz.

Dit heeft geresulteerd in een zo volledig en gedetailleerd mogelijke uitwerking van de ideeën, die aan dit projekt ten grondslag liggen.

De inhoudelijke, organisatorische en functionele aspecten van een dergelijk projekt zijn vastgelegd in dit rapport. De projektgroep is veel dank verschuldigd aan vele personen en instellingen in de 1e en 2e lijn, die tot de realisering van dit rapport hebben bijgedragen.

Een analyse van de psycho-sociale hulpverlening in de 1e lijn1. Vertrekpunt

De Gezondheidszorg, met name die van de 1e lijn, is sinds de laatste jaren een onderwerp van veel discussie.

Van overheidswege wordt er gepleit voor een meer efficiënte en effectieve hulpverleningsstructuur in deze sector (cf. o.m. structuurnota - knelpuntennota 1974). Aan de andere kant ziet men over het hele land aan de basis, d.w.z. vanuit groeperingen hulpverleners, (die iedere dag met hulpvragers gekonfronteerd worden), pogingen om te komen tot nieuwe, meer geëigende vormen van hulpverlening.

Dit blijkt vooral het gevolg te zijn van enerzijds de steeds toenemende psycho-sociale problematiek en anderzijds door het onvermogen van de hulpverleners, vanuit verschillende disciplines, om adequaat op elkaar in te spelen. Dit heeft tot gevolg dat steeds meer 1e lijns hulpverleners regelmatig gevoelens van machteloosheid ervaren in hun dagelijks functioneren.

In het voorafgaande (cf. hfdst. I) is duidelijk geworden, dat de werkgroep te Breda een poging doet om, uitgaande van de actuele hulpverleningsmogelijkheden in Breda, te komen tot een hulpverleningsmodel, dat kan voldoen aan een meer directe hulpverlening aan de klient in zijn eigen milieu, in een konstant samenwerkingsverband van diverse hulpverleners.

Het is daarom noodzakelijk in het kort in te gaan op algemene vragen, die in de 1e lijn leven en deze toe te spitsen op de situatie in Breda. Het vertrek in de gezondheidszorg dient o.i. te zijn: het recht op een optimale hulpverlening van iedere klient.

Optimale hulpverlening wordt door ons verstaan als die vorm van hulpverlening, die de klient de mogelijkheid biedt de aard en intensiteit van "zijn" problemen/klachten te onderkennen en als zodanig naar voren te brengen. Het is die hulpverlening, die déze klient de mogelijkheid biedt om dié specifieke hulp te vragen en te krijgen, die hij nodig heeft. Het is dat hulpverleningsmodel waarin de vaardigheden, die deze klient voor de oplossing van zijn problemen nodig heeft, bij een of meerdere hulpverleners aanwezig zijn.

Nu doet zich de merkwaardige situatie voor, dat de somatische hulpverlening een zodanig nivo heeft bereikt, dat er welhaast van een optimale hulpverlening gesproken kan worden.

De feitelijkheid is echter "nog nooit was de geneeskunde tot zoveel in staat. Toch heerst er grote ontevredenheid omdat op één gebied der vragen een onvoldoende antwoord gegeven wordt door de geneeskunde. Het antwoord op de psycho-sociale nood is niet toereikend" (cf. Aakster 1974). Dit heeft tot gevolg dat men dient te erkennen, dat er van optimale hulpverlening geen sprake is. En dat houdt in dat we of af moeten zien van de idee dat de klient recht heeft op optimale hulpverlening, of dat er naar andere, meer op de behoefte van de klient afgestemde hulpverleningsvormen gezocht dient te worden.

De projectgroep heeft het laatstgenoemde alternatief gekozen en tracht een hulpverleningsmodel te kreëren, dat een snel en konkreet antwoord kan geven op de steeds toenemende psycho-sociale problematiek.

Om een en ander wat helder te krijgen leek het o.i. noodzakelijk enig inzicht te verwerven in de mate van de psycho-sociale problematiek en in die factoren, die o.i. een optimale hulpverlening in de weg staan.

2. Psycho-sociale problematiek

Het is voldoende bekend dat er steeds meer klanten komen met vage, nauwelijks aan reële somatiek gerelateerde klachten. Deze klachten, als neurotisch, psycho-somatisch, psychisch of sociaal bestempeld, worden steeds meer ondergebracht onder de verzamelnaam: psycho-sociale problematiek.

De toename hiervan komt voldoende naar voren, wanneer men de onderzoeken op dit gebied de laatste jaren volgt. Toch blijkt er vooral bij de medici nog onvoldoende eensgezinsgezindheid te bestaan over de kwantiteit van deze problematiek.

Zo stelt Baan in 1972 "er wordt wel overdreven alser gesteld wordt dat 50% tot 70% van de patienten, die zich tot de huisarts wenden, zuiver psychiatrisch of pathologisch - sociale problemen hebben; dan is dat gewoonweg niet waar". Hij komt tot 25% van de klanten, die een huisarts bezoeken. Er zijn zelfs nog auteurs, die de psycho-sociale problematiek een welvaartsverschijnsel achten en menen "dat bij gebrek aan hard-facts hierover nog geen zinnig woord valt te zeggen" (cf. Baan's referaat t.a.v. statistici 1972; zie ook Kock 1974).

Hoewel de schattingen over het percentage nogal verschillen, kennelijk afhankelijk van de konseptie van gezondheid-psychisch en sociaal en van de attitude van de hulpverlener, kan men ervan uitgaan dat het gemiddelde percentage psycho-sociale problematiek 35% bedraagt. Dit percentage is o.m. gebaseerd op onderzoeksresultaten van Bergsma 1966, Folmers 1968, van der Velden 1973, Metz c.s. 1974 en vele anderen.

Dat dit nog een globale schatting is blijkt o.a. uit de gegevens van een recent onderzoek van van Oosterom bij de N.S. (1974).

Een van de konklusies hieruit: "Bij rond één derde van de gevallen bleek psycho-sociale problematiek hoofd- of medeoorzaak te zijn voor het bezoeken van het spreekuur. We kunnen aannemen dat bij meer bekendheid met elk geval dit percentage aanzienlijk hoger zal blijken te zijn".

In dit verband is het dan zeker vermeldenswaard dat het door ons en vele anderen aangenomen percentage nog veel te laag ligt. Immers van der Velden 1973 vindt bij zijn onderzoek dat klanten zelf $1\frac{1}{2}$ tot 2 maal zoveel klachten ervaren als aan de arts wordt gemeld".

Ook van belang is de konstatering van van der Eick 1972 " dat schattingen van lichamelijke klachten met psychische achtergronden lopen van 40 tot 70%".

Tot slot: bij het jaaroverzicht van 1973 van de G.M.D. van Breda en Tilburg blijkt dat er sprake is van 17,4% evident psycho-sociale klachten, terwijl daarnaast in de categorieën van het bewegingsapparaat, van de ademhalingsorganen en circulatie-stoornissen tesamen ca. 52% "psychische oorzaken zijn aan te wijzen voor het ziek zijn" (cf. Vrij Nederland 1974).

De bovengenoemde cijfers geven een redelijk inzicht in de mate waarin psycho-sociale problematiek voorkomt en waarmee de huisarts gekonfronteerd wordt. De vraag is nu of de huisarts hiervoor de meest geschikte hulpverlener is.

3. De groeiende onmacht van de huisarts

De vorm en inhoud van de, door de klient aan de huisarts gevraagde soort van hulpverlening dient gebaseerd te zijn op kennis, kunde en vaardigheden.

Nu is het juist de psycho-sociale hulpverlening waarvoor een huisarts niet is opgeleid, vaak geen affiniteit en zeker geen tijd voor heeft. Toch komt nagenoeg iedere klient (+ 96%) bij een huisarts en verwacht van hem ook deze soort van hulpverlening. Het merkwaardige feit dat de arts nog steeds aangezien wordt voor "alleskunner" is wel te verklaren, omdat:

- de klient, maar ook nog vele artsen niet op de hoogte zijn van meer geëigende hulpverleningsvormen in de 1e en 2e lijn
- de psycho-sociale hulpverleners in de 1e en 2e lijn al te veel te doen hebben
- de functionele relatie tussen artsen en andere hulpverleners veelal zeer gebrekkig is.

Een belangrijke verklaring is echter ook gelegen in het feit, dat de arts nog in de 60er jaren zich presenteerde als de "alleskunner" (cf. de Woudschoten - konferenties).

Mede door de snelle ontwikkeling op medisch-technisch terrein en door de aksentverschuiving "van cure naar care" zou de arts de centrale hulpverlener dienen te zijn. Hij zou degene zijn die hulp kon verlenen bij alle somatische en psycho-sociale problemen.

De gevolgen van deze al snel als onjuist gekwalificeerde assumptie bleven dan ook niet uit: de huisarts werd in zijn alledaags handelen steeds meer gefrustreerd. "Bij een voortdurende inkongruentie tussen vraag en hulpverlening kan zelfs de sociale positie van de hulpverlener worden aangetast" (cf. Dieriks en Ris 1974). Zij werden dus niet alleen herhaaldelijk gekonfronteerd met hun eigen onvermogen, maar ook hun status en daarmee hun gezag werd ondermijnd.

Door het nog steeds strikt medisch denken ontstond de tendens deze problematiek medisch aan te pakken. "Het behoeft dan ook geen verbazing te wekken dat de huisarts, gehandikapt én door zijn gebrek aan opleiding én door het groot aantal vragen op psycho-sociaal gebied, waarvoor zijn praktijk-organisatie onvoldoende was ingericht, wel moest grijpen naar die middelen, waarmee hij metterdaad de wassende vloedgolf van psycho-sociale problematiek kon tranquillizeren" ('s Hertogenbosch 1975).

Daarbij kwam dan nog dat de klient, wel erg langzaam maar toch steeds meer zelfbewust, niet zomaar meer alles "slikte" wat de huisarts voor hem nodig achtte. De arts zelf kreeg steeds meer behoefte aan andere meer geëigende vormen van hulpverlening. Er kwamen nascholings- en bijscholingsactiviteiten zoals o.m. Balint-groepen, gesprekstrainingen, vaardigheidstrainingen, konsultaties e.d. Deze activiteiten hebben echter een tweeledig effect gehad. Enerzijds kreeg men meer inzicht in de psycho-sociale problematiek, wat geleid heeft tot sneller onderkennen van de psycho-sociale klachten. Anderzijds werd men nu nog eens gekonfronteerd met de eigen ondeskundigheid. Psycho-sociale hulp-

verlening is niet aan te leren door incidentele nascholingsactiviteiten. (sic!)

Nu in de 70er jaren is het merendeel van de huisartsen overtuigd, dat zij "zich dienen te trainen in een goede attitude ten aanzien van patienten, op vorming van hun eigen persoonlijkheid en in samenwerking met andere disciplines. Met name zal de huisarts uit de mer à boire van klachten de achterliggende psycho-sociale problematiek moeten kunnen opsporen" (cf. de Melker 1973). Maar ook dat hij zich ondanks deze noodzakelijke uitbreiding van zijn vaardigheden toch vooral bij zijn eigen "leest" zal moeten houden. Van Aalderen waarschuwt niet voor niets voor een over-aksentuering van deze vorm van hulpverlening door de huisarts. Immers hij zou door een dergelijke instelling enerzijds toch bestaande somatische klachten over het hoofd zien, anderzijds geen tijd meer hebben voor het bij blijven op het somatische gebied. Het is een irreële, ja irrationele verwachting om aan de huisarts taken toe te kennen, "die veronderstellen dat hij een all-round figuur is, die dat allemaal wel even zal kunnen" (cf. van Aalderen 1973).

Het is duidelijk dat de oplossing gezocht dient te worden in samenwerking met andere hulpverleners, speciaal voor deze problematiek opgeleid. Maar ondanks enige geslaagde pogingen te komen tot gezondheidscentra, home-teams en groepspraktijken en tot samenwerkingsvormen met o.m. het A.M.W. en Wijkverpleging, blijft de huisarts in de kou staan, onderhevig aan veel kritiek en steeds vaker gefrustreerd. Toch moet hij verder. De klienten komen bij hem om hulp, vaak zijn er geen andere mogelijkheden, en dus moet hij wel "helpen" en zijn "lapwerk" aanzien (moet aanzien!) voor "hulpverlening".

Aldus ontstaat de vicieuze cirkel, de arts besteedt meer tijd aan een klient, die hij toch niet kan helpen, met als gevolg een nog groter gevoel van onmacht en minder tijd voor de "gewone" klient. Wanneer dan empirisch vast staat, dat een meer intense en frekwente aandacht voor iedere klient resulteert in een belangrijk percentage minder verwijzingen, herhalingen en opnamen (cf. Lambert 1973), dan moet de nu funktionerende huisarts zich wel vaak diepongelukkig voelen. Het enige reële alternatief voor het welzijn van zowel de huisarts als de klient zal zijn te zoeken naar hulpverleningsvormen, waarbinnen hulpverleners aanwezig zijn, die metterdaad methodisch hulp kunnen verlenen aan die hulpvraag van deze klient.

4. Het gebrekkig funktionieren van de huidige Psycho-Sociale Hulpverlening

We hebben gekonkludeerd dat de arts, als solist opererend, niet de geëigende figuur is voor een optimale hulpverlening.

Nu zijn er in de 1e lijn wel psycho-sociale hulpverleningsmogelijkheden te vinden, zoals het A.M.W., Bejaarden- en Gezinszorg, het J.A.C. en (op zeer geringe schaal) vrij gevestigde psycho-therapeuten.

Daarnaast zijn er in de 2e lijn de instanties van de Geestelijke Volksgezondheid zoals S.P.D., M.O.B., L.enM., M.C.B.v.A.

Zo oppervlakkig gezien zou men kunnen stellen, dat er voor de klient met psycho-sociale problemen voldoende hulpverleners te vinden zijn. Het tegendeel blijkt waar te zijn.

Vooreerst heeft dit te maken met, hoe merkwaardig dit ook moge klinken, de onbekendheid met deze hulpverleningsmogelijkheden van de klient, maar ook van de huisarts. Dat zij niet de enige zijn die eigenlijk onvoldoende geïnformeerd zijn, maar dit delen met schoolhoofd, pastor, wijkverpleegkundige en zelfs de algemeen maatschappelijk werkende, blijkt uit een recent onderzoek van Hosman en Zwarte 1974.

Overigens wordt door deze instanties al jaren voor een betere image-building en public-relations gepleit (cf. o.m. Bremer c.s. 1967). Belangrijk is ook de zgn. drempelvrees van klienten. Het gaat hier om de weerstand tegen een dergelijke hulpverlening, die enerzijds het gevolg lijkt te zijn van deze onbekendheid. Anderzijds lijkt het ook een gevolg te zijn van het niet aksepteren van psycho-sociale problemen als equivalent aan somatische problematieken door de klient en de huisarts. Wanneer klienten verwezen worden naar deze hulpverleningsinstanties, blijkt er een groot gedeelte (soms tot 50% oplopend) niet op te komen dagen, of zich snel terug te trekken (cf. NHI - ICIIP 1974). Een heel bekend argument is ook het gebrek aan mankracht van deze hulpverleningsinstituten. Als blijkt dat een huisarts slechts 6% van zijn p.s.klienten naar deze hulpverleners verwijst (cf. Kock 1974), dan is dat een wel erg laag percentage. Maar met de huidige bezetting kan men het werk nog niet aan. Het zou wel eens kunnen dat deze hulpverleningsinstanties, gezien deze nood, vooralsnog geen behoefte hebben aan meer bekendheid of drempelverlaging. Meer klienten kunnen ze toch niet helpen.

Ook de psycho-sociale hulpverleners hebben dezelfde frustrerende ervaringen als de huisarts. Zij zijn niet voldoende bekend met de specifieke vragen van de huisarts - klient en hun werkwijze is niet afgestemd op een direkte beantwoording van de vraag van deze klient. Maar ook al zijn factoren als onbekendheid, drempels, gebrek aan mankracht en frustrerende ervaringen van belang, er zijn o.i. nog belangrijker factoren aan te wijzen, die de doelmatigheid van deze hulpverlening belemmeren. Hendriks noemt een aantal knelpunten in zijn nota 1974:

- het stelsel van voorzieningen vertoont onvoldoende samenhang. De functionele samenhang ontbreekt, zowel horizontaal als vertikaal, met als gevolg een onafhankelijk van elkaar functioneren
- de samenwerking tussen de instellingen voor de gezondheidszorg en de andere welzijnsvoorzieningen ontbreekt veelal, evenals de afstemming op elkaar van het te voeren beleid (planning - financiering - organisatie etc.)
- de spreiding van de voorzieningen is niet altijd optimaal. Dit geldt met name voor de geestelijke gezondheidszorg.

Beugels en Peper (1975) geven in hun samenvatting van de zgn. Knelpuntennota van C.R.M. een aantal belangrijke gegevens weer. "De onbeheerste groei van activiteiten, voorzieningen, organisatiës, regelingen, instituten, projekten, subsidies is men de laatste tijd gaan ervaren als wildgroei. Er is sprake van doublures, versnippering, verwarring, ondoelmatigheid. De samenhang in het beleid voor een aantal aanverwante werkgebieden is, ondanks een min of meer gelijkgerichte doelstelling, dikwijls zoekgeraakt of zelfs nooit aanwezig geweest".

Ook hier weer een aksent op de zo vele naast elkaar, elkaar vaak in de weg staande instanties op hetzelfde hulpverleningsgebied. Tenslotte dient o.i. ook nog gewezen te worden op het inadekwaat funktioneren van deze hulpverleningsinstanties als organisatie. Zodra een groep hulpverleners een zodanige groei doormaakt, dat de noodzaak tot sub-sekties - tot hiërarchische geledingen ontstaat, dan ontstaat er een grote kans op een vermindering van de efficiëntie en effectiviteit. Vóór de werker van een dergelijke hulpverleningsorganisatie toekomt aan de eigen hulpverleningsdoelstelling, i.c. het konkrete werken, dient hij zeer veel tijd en energie te steken in rapportage, stafactiviteiten, sociaal-administratieve werkzaamheden etc. Zo zal een hulpverlener in een organisatie van ca. 70 medewerkers "bijna de helft van zijn tijd nodig hebben voor sociaal-administratief werk" (cf. citaat van Overveld 1974). Het moge duidelijk zijn, dat dit nodig en noodzakelijk is en gezien kan worden als indirecte hulpverlening. Maar ook duidelijk is, dat dit nodig is om de organisatie als geheel te doen funktioneren. Mensen als Lewin, Lippit, Bennis, Bennis, Schachter, Leavitt, Mulder en vele anderen, hebben duidelijk aangetoond, dat in een dergelijk systeem vele mogelijkheden tot disfunktioneren kunnen voorkomen. Bij de bestudering van begrippen als interactiepatronen, kommunikatiekanalen, groepsstructuur, kohesie, leiderschap e.d., is gebleken dat hoe groter de organisatie, hoe kompleks en dus langzamer de beleidsontwikkelingen, beslissingen en het uitvoeren daarvan verloopt. De terechte tendens tot democratisering, recht op informatie, recht op inspraak e.d. kunnen, hoe paradoksaal dat ook lijkt, een doelmatig en effectief beleid in de weg staan. Juist bij de kategorie psycho-sociale hulpverleners "bestaat immers aanmerkelijk minder overeenstemming over uitgangspunten, methoden e.d.; en als gevolg daarvan grote verschillen in interpretatie van afzonderlijke problemen" (cf. Dieriks en Ris 1974). Het is dan ook geen gewaagde bewering om te stellen, dat het juist de hulpverleningsinstanties zijn, die t.a.v. genoemde disfunktioneringsvariabelen bijzonder kwetsbaar zijn. O.i. is het dan ook vaak een rationalisatie van deze instanties, gerelateerd aan organisatorische belemmeringen, om bij experimenten aan te dringen op: bezinning - niet te snel - onze ervaring is stapje voor stapje e.d.

5. De gebrekkige samenwerking van de hulpverleners in de 1e lijn

Optimale hulpverlening (cf. par.2) is kennelijk thans nog niet mogelijk. Enerzijds omdat de huisarts, ook al is hij gemotiveerd tot het verwerven van inzicht en vaardigheden m.b.t. de psycho-sociale problematiek, onmachtig is om die hulp te verlenen waarom gevraagd wordt (cf. par.3). Anderzijds omdat de huidige psycho-sociale hulpverleningsinstituten in hun funktioneren beperkt zijn o.m. door een gebrek aan (deskundige) mankracht, door het ontbreken van een onderlinge beleidsafstemming, door het nauwelijks aanwezig zijn van samenwerking en door hun verhoogde kwetsbaarheid (cf. par.4).

Dit alles is op zich al reden genoeg om te veronderstellen dat het met de psycho-sociale hulpverlening maar povertjes gesteld is. Nu blijkt bovendien nog, dat er van een behoorlijke samenwerking tussen de huisartsen en andere hulpverleners uit 1e en 2e lijn nauwelijks sprake is.

Op dit manko in het hulpverleningsgebied is van vele kanten geweest. De Struktuurnota, Knelpuntennota, Startnota en vele andere rapporten en artikelen geven daar vele duidelijk aanwijsbare oorzaken voor. Het lijkt ons in dit verband slechts nodig in te gaan op enkele meest belangrijke punten.

Het eerste is het gemis aan overeenstemming in visie, doelstellingen, middelen en methoden van bovengenoemde hulpverleners. "De hulpverleningsmogelijkheden van de huisarts berusten op een grotere mate van theorievorming, methode, ontwikkeling en consensus (althans ten aanzien van het somatische) dan dit bij de maatschappelijk werkende het geval is. Bij deze laatstgenoemde categorie hulpverleners bestaat immers aanmerkelijk minder overeenstemming over uitgangspunten e.d. en als gevolg daarvan grote verschillen en interpretaties van afzonderlijke problemen" (cf. Dieriks en Ris 1974). Hierdoor ontstaan naast verschillen in visie op de hulpverlening en de wijze waarop deze hulp daadwerkelijk wordt verleend, een verschil in criteria om de gegeven hulp te evalueren.

De huisarts als medicus denkt en handelt meestal op grond van mathematische wetmatigheden b.v. bloeddruk, laboratoriumproeven, de mate en frekwentie van symptomen, hetgeen leidt tot zgn. hard facts. Voor psychologen, paedagogen, maatschappelijk werkenden, voor het merendeel in een heel ander en polyinterpretabel denkkader opgeleid, is, uitgezonderd een stuk diagnostiek, het handelen veel minder eenduidig hard te maken. Er is wel sprake van methodiek, systematiek, planning en evaluatie, maar de interpretaties verschillen nogal eens door de achterliggende visie van de interpretator. "Het is dan ook niet verwonderlijk dat, wanneer medici kennis nemen van de resultaten van het maatschappelijk werk, zij weinig overtuigd raken van de bruikbaarheid van deze vorm van hulpverlening" (cf. Dieriks en Ris 1974). Opvallend is wel dat de psycho-sociale hulpverleners zich meer trachten te baseren op de resultaten verkregen volgens de zgn. statistische verwerking van de evaluaties dan huisartsen.

Dit heeft een verschil tot gevolg in het vaststellen van: wat hard facts zijn, in het interpreteren ervan, in het bijsturen van de hulpverlening e.d. Een evident verschil in denken en handelen.

Vervolgens blijkt een groot verschil te bestaan in de benadering van de klient. De huisarts is gewoon direct hulp te verlenen aan de klient, die ook vraagt om meteen geholpen te worden. De psycho-sociale hulpverleners kunnen deze directe hulpverlening niet bieden, omdat hun vorm van hulpverlening daarop niet is afgestemd. Bovendien wordt de methode van directe hulpverlening door hen vaak niet als de meest geëigende vorm gezien. Daarbij komt dat de huisarts in tegenstelling tot de meeste psycho-sociale hulpverleningsinstituten "altijd" bereikbaar is. Tenslotte is (wellicht het meest) van belang het verschil in ervaring, traditie, verworven status e.d. "De ervaring heeft uitgewezen, dat de continuïteit van juist dit soort samenwerkingsverbanden bedreigd wordt door het feit dat naast de normale samenwerkingsproblematiek van persoonlijke, organisatorische en materiële aard, tevens sprake is van een grote, ook inhoudelijk en historisch bepaalde, afstand tussen de betrokken disciplines alsmede van aanmerkelijke verschillen in de tradities van de beroepsuitoefening" (cf. van Doorn 1974).

Het moge duidelijk zijn dat door een gemis aan consensus van visie, doelstellingen, middelen en methoden, door een andersoortige opvatting van hulpverlening, door afstand tussen en verschil in status en autoriteit,

deze hulpverleners eigenlijk niet eens met elkaar kunnen spreken, laat staan samenwerken.

Als oplossing voor deze, de noodzakelijke samenwerking bedreigende, factoren wordt vanuit diverse kanten voorgesteld de 1e lijn te versterken met die hulpverleners, die zowel de medicus als de maatschappelijk werkende "verstaan": een intermediair, een vertaler, een communicatiebevorderaar. Van Doorn wijst hierop door te stellen "Deze feiten wijzen op het belang van een op zijn minst initiële begeleiding van het samenwerkingsproces en op het belang van een goede communicatie binnen het samenwerkingsverband".

Als functionaris voor deze taken wordt gedacht (cf. Zwanniken en Zeeuwen 1973 en Holtmaat en Tromp 1974) aan psychologen, paedagogen en agogen. Het zijn die hulpverleners die enerzijds door hun bredere opleiding, anderzijds door hun functionele contacten met de eerder genoemde diverse hulpverleners in staat geacht mogen worden deze brugfunctie te vervullen. Zowel door de medicus als door de maatschappelijk werkende zal een dergelijke hulpverlener als meer gelijkwaardige partner worden gezien. Het is dan wel bedroevend te konstaten, dat tot op heden nog zo weinig van deze hulpverleners én bereid zijn én in staat gesteld worden, deze voor de hand liggende taken in de 1e lijn op zich te nemen (cf. van den Hout 1975).

6. Het meer kritisch worden, maar afhankelijk blijven van de klient

In de voorafgaande paragrafen hebben we een aantal ontwikkelingen geschetst, die een optimale hulpverlening door de huidige hulpverleners in de gezondheidszorg belemmeren. Tegelijkertijd is ook de klient niet ontkomen aan deze, en vele andere, veranderende invloeden. Aanvankelijk was de klient iemand, die met een zodanige problematiek te kampen had, dat hij zich wendde tot de meest daarvoor in aanmerking komende hulpverlener i.c. de huisarts. De huisarts, die niet alleen zichzelf als all-round hulpverlener beschouwde, maar ook als zodanig door de klient werd gezien, hielp de klient meestal tot diens tevredenheid. De meeste klachten pasten immers in de medische mal en werden als zodanig behandeld. Door het zolang in stand gehouden image van de arts bleef deze en is ook nu nog de centrale figuur in de gezondheidszorg. De arts, een hulpverlener bij uitstek voor somatische klachten, kreeg dan ook steeds somatische klachten gepresenteerd.

Hulpvragers gingen, door een jarenlang sociaal en cultureel konditioneringsproces al hun klachten vertalen in lichamelijke klachten. Enerzijds omdat niet-somatische klachten werden afgedaan met termen als luiheid, onzin, aanstellerij e.d. Anderzijds doordat de hulpverlener, de arts, somatisch ingesteld, ook alleen maar somatisch kon denken en handelen. Dus voor de klient als somato-psycho-sociaal systeem werd het een ingeslepen gewoonte dat, wat hij (psychologisch en sociaal) "ervaaarde", alleen somatisch te "voelen" en als zodanig te presenteren.

Vaak werden en worden alleen somatische klachten als echt en dus reëel en akseptabel beschouwd door hulpvrager en hulpverlener. En iemand die hulp vraagt, stelt zich door deze daad afhankelijk van de hulpverlener en tracht uit angst, ontwetendheid en gewoontevorming aan de verwachtingen en het hulpverleningsmodel van de hulpverlener tegemoet te komen (cf. Haug en Sussman 1972).

Door zijn afhankelijke situatie en door zijn behoefte om aan de verwachtingen van de hulpverlener tegemoet te komen, bleef en blijft de klient vaak nog een somatisch klachten-patroon aanbieden. Steeds meer klienten vroegen om hulp aan de arts zonder dat er van evident somatisch ziek-zijn sprake was. Door de hevige maatschappelijke en ideologische verschuivingen van de laatste 20 jaar, kwamen mogelijke hulpverleners als pastoor, dominee e.d. steeds minder in aanmerking voor iemand die in nood zat. De enige vertrouwde hulpverlener die overbleef was de huisarts.

In dezelfde tijd gaf de enorme groei van psycho-sociale klachten (nog steeds somatisch vertaald en dus bij de huisarts gepresenteerd) duidelijk aan, dat het niet langer vol te houden was de huisarts als de hulpverlener te beschouwen. Immers ook al is de huisarts van vandaag, enkele uitzonderingen daargelaten, niet louter somaticus, hij mist toch de specifieke vaardigheden voor deze problematiek. Dit is ook de klient langzamerhand gaan ervaren en beseffen. Hij wordt steeds meer afgepoeierd, doorverwezen of getranquilliseerd zonder een echte oplossing voor zijn problematiek te vinden. Voor hem is de arts van zijn voetstuk gevallen en ook op somatisch gebied wordt deze nu argwanend door de klient bekeken. Hoewel dit meestal onterecht lijkt, heeft dit o.i. veel te maken met het feit dat de posities van arts en klient wel veranderd zijn, maar het omgaan met elkaar nog onvoldoende is. Een klient is klient, omdat hij een bepaald probleem niet zelf kan oplossen. "Doordat de hulpverlener meer kennis bezit over mogelijke oplossingen, is hij meer dan de klient in staat de situatie te beïnvloeden. Dit betekent dat de klient afhankelijk is van de hulpverlener" (cf. Dieriks en Ris 1974). Dus ook al is de klient door ervaringen wijzer en kritischer geworden, zelfstandiger en meer zelfbewust, hij is en blijft in een hulpverleningsproces afhankelijk. De klient van vandaag komt steeds meer tot de ontdekking, dat de huisarts niet voor al zijn problemen een oplossing te bieden heeft. Hij zal zich bij zijn hulpvraag dienen te richten tot die instanties, die in de 1e en 2e lijn psycho-sociale hulp bieden. Maar zelfs een klient, die zijn somatische klachten als signalen van psycho-sociale problematiek onderkent en als equivalent aan de somatische aksepteert en gemotiveerd naar deze hulpverleningsinstanties gaat, is en blijft afhankelijk. En deze afhankelijkheid wordt tot een ergernis, wanneer blijkt dat deze hulpverlenende instanties of niet direkt kunnen helpen, of niet adequaat kunnen helpen. Ook deze hulpverleningssystemen functioneren vaak gebrekkig en worden door de klient, niet geheel ten onrechte, als zeer onvoldoende beschouwd. Ook t.a.v. deze vorm van hulpverlening wordt de klient kritischer. Volgens Haug en Sussman is de bron voor deze kritiek gelegen in het feit dat:

- "- de deskundigheid van de uitvoerende werkers niet adequaat is
- hun gepretendeerde onbaatzuchtigheid niet gefundeerd is
- het organisatorische hulpverleningssysteem, dat hun gezag (gebaseerd op doelmatige hulpverlening) ondersteunt, gebrekkig is en onvoldoende, of
- dit systeem te efficiënt is en de eigen begrenzings van zijn macht overschrijdt."

Daarbij komt dan nog dat de professionalisering in de gezondheidszorg enorm is toegenomen, maar gelijktijdig ook onoverzichtelijker en afstandelijker.

Ondanks de vele instanties en personen, die hulp zouden kunnen of moeten bieden, krijgt de klient niet de hulp, waarom hij vraagt en waarop hij recht heeft. De konsekwentie is dat: "De afhankelijkheid van de vrager t.a.v. de aanbieder van hulpverlening wordt vergroot en steeds minder zal kunnen worden tegemoet gekomen aan eigentijdse inhouden van het begrip hulpverlening" (cf. Brand 1973).

Tenslotte is de klient afhankelijk door louter financiële beperkingen. Er komen steeds meer gekwalificeerde psycho-therapeuten met een niet-medische opleiding. Thans betekent dit dat deze hulpverleners vaak geen hulp kunnen verlenen, omdat zij niet zoals b.v. zenuwartsen (ook al zijn deze geen specifieke psycho-therapeuten) erkend, dus gehonoreerd worden door Ziekenfonds e.d.

Het gevolg is enerzijds het slechts incidenteel optreden van deze werkers in de 1e lijn, anderzijds dat slechts klienten, die over een hoog inkomen beschikken en deze hulp zelf kunnen betalen, daartoe in aanmerking komen.

Een en ander houdt o.i. in, dat er gezorgd dient te worden voor een meer reële verhouding hulpvrager - hulpverlener. Dat betekent, dat de hulpverlener het gezondheidsbesef van de hulpvrager als vertrekpunt voor de hulpverlening moet kiezen.

En dit kan slechts plaatsvinden door een mentaliteitsverandering van ieder die betrokken is bij het hulpverleningsproces.

Zo wordt het mogelijk, dat de klient zijn klachten niet altijd somatisch behoeft te koderen, dat hij psycho-sociale klachten "mag" hebben en "recht" krijgt op een op hem afgestemde hulpverlening door de hulpverlener. Het betekent ook, dat de klient in moet gaan zien, dat zijn afhankelijkheid voor een groot deel terug te voeren is naar een gemis aan medeverantwoordelijkheidsbesef.

Hulpverlener en klient zullen dan in een besef van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en wederkerige afhankelijkheid kunnen zorgen voor een optimale gezondheidszorg.

7. De aktuele situatie in Breda

Wat in de voorafgaande paragrafen is gesteld t.a.v. de gezondheidszorg in het algemeen, geldt ook voor Breda.

Ook in deze stad valt een enorme groei van klienten met psycho-sociale problemen waar te nemen. De huisarts is ook hier veelal tot machteloosheid gedoemd. Ook in Breda zijn er huisartsen, die hetzij meer somatisch ingesteld, hetzij noodgedwongen hun klienten "sedatief helpen". En opvallend is ook hier de vele irreële verwachtingen, die de klienten aan hun arts stellen. De eerder genoemde vicieuze cirkelgang (cf. par.3) kent welhaast iedere huisarts.

Er bestaat bij de huisartsen in Breda veel behoefte aan onderlinge samenwerking, maar tot op heden heeft dit slechts tot één groepspraktijk geleid. Het overgrote deel der huisartsen in Breda werkt nog steeds als solist.

De gekonstateerde knelpunten bij de psycho-sociale hulpverleningsinstituten (cf. par.4) zijn vanzelfsprekend ook hier terug te vinden. Het frekwent voorkomen van naast en door elkaar heen funktioneren belemmert een efficiënte en effectieve hulpverlening.

Het gebrek aan en onvermogen tot een adekwate samenwerking tussen de huisartsen en de psycho-sociale hulpverleningsinstanties is ook in Breda een belemmerende faktor.

Overigens dient wel vermeld te worden, dat vele werkers van deze instituten eveneens vaak ontevreden zijn met het funktionieren van de hulpverlening en pogingen in het werk stellen de knelpunten op te heffen.

Er zijn ontwikkelingen gaande om de samenwerking met A.M.W., Wijkverpleging en huisartsen te verbeteren, een zeer verheugende ontwikkeling, maar het gaat o.i. vrij langzaam. Enkele punten die hier opvallen is weer het gebrekkig vermogen van huisartsen en maatschappelijk werk om qua visie, doel, middelen en vorm van hulpverlening tot een gemeenschappelijk standpunt te komen; ook hier "vertaalproblemen"!

Een door de huisartsen veelal als frustrerend ervaren feit is het grote verloop van deze hulpverleners, (overigens geldt dit niet alleen voor Breda!), waardoor regelmatig moeizaam opgebouwde kontakten abrupt afbreken.

De gemiddelde klient stelt zich nog teveel afhankelijk op en voelt er kennelijk tot op heden niet veel voor mondiger te worden. Ondanks teleurstellende ervaringen achten zij zich nog maar sporadisch genoopt tot medeverantwoordelijkheid. Dit zou samen kunnen hangen met diens jarenlange ervaringen met de huisarts van "toen" en met diens weinig veranderde ervaringen met betrekking tot de benaderingswijze van de huisarts van "nu".

Opvallend is wel dat in Breda weinig belangstelling bij de gemiddelde klient lijkt te bestaan voor deze problemen. Wellicht zou dit kunnen samenhangen met het feit, dat de gemiddelde Bredanaar zich niet zo interesseert voor algemene problemen (cf. verkiezingsopkomsten).

Aan de andere kant is Breda een stad, waarin vele initiatieven, akties en projekten van de grond komen, die indirekt wel met de gezondheid c.q. welzijn van eenieder te maken hebben. Deze initiatieven zijn echter voornamelijk stads, wijk en straat gebonden (b.v. bevordering van een beter leef/woonklimaat - streven tot behoud van..... enz.).

Ook op het gebied van de psycho-sociale hulpverlening zijn er veel initiatieven, maar deze sterven vaak een vroege dood.

De genoemde diskrepantie tussen enerzijds wel behoefte tot inspraak, medeverantwoordelijkheid en medebeslissingsrecht en anderzijds slechts op indirekte wijze uiting geven aan welzijnsbevordering, heeft wellicht te maken met het karakter van de stad.

Breda is een provinciestad met een van oudsher orthodox en sterk hiërarchisch denkende bevolking.

Het verschil tussen de klient (de gewone man, de gemiddelde Bredanaar) en de hulpverlener (ofwel "bij de elite", ofwel "bij dat soort volk" behorend) lijkt zeker een belangrijke faktor te zijn. Een faktor die erg belemmerend werkt voor een "eigentijdse" kommunikatie en relatievorming tussen hulpverlener en hulpvrager.

N.B. Nader onderzoek naar de behoeften van de Bredase klienten en hulpverleners is dringend gewenst. Zo ook een analyse van de disfunktionerende faktoren bij de totale hulpverlening in Breda.

Visie op een andere hulpverlening

In het voorafgaande hebben we gekonkludeerd dat de psycho-sociale hulpverlening in de 1e lijn zeer gebrekkig funktioneert. We hebben trachten aan te geven welke oorzaken hiervoor zijn aan te wijzen. De werkgroep tracht met de opzet van een experimenteel projekt in de 1e lijn in Breda een zodanig hulpverleningsmodel te kreëren, dat bovengenoemde belemmerende factoren zoveel mogelijk uitgeschakeld kunnen worden.

De werkgroep heeft gekozen voor een direkte hulpverlening aan de klient met psycho-sociale klachten in zijn eigen milieu. Zij is van mening dat deze vorm van hulpverlening slechts gereali-seerd kan worden door een integrale benadering van de hulpvrager. Een integrale hulpverlening impliceert o.i. een konstant samen-werkingsverband van hulpverleners uit verschillende disciplines in de 1e lijn.

Om echter te komen tot het door ons voorgestane hulpverleningsmodel bleek een gemeenschappelijk standpunt van de werkgroep m.b.t. tot de visie op de behoeften van de klient, de visie op de maatschappij, de visie op de mens en de visie op de gezondheidszorg noodzakelijk te zijn (cf. hfdst.I).

In het nu volgende tracht de werkgroep daar een antwoord op te geven, waarbij als gemeenschappelijk theoretisch uitgangspunt: de systeemtheoretische benadering, die de doelstellingen van het voorgestelde projekt het meest benadert.

1. De behoefte van de hulpvrager

Wanneer men als hulpverlener meent veel tijd en energie te moeten steken in het vinden van een meer geëigende hulpverleningsvorm, komt dat duidelijk voort uit onvrede met het huidige hulpverlenings-systeem. Maar even belangrijk of eigenlijk nog belangrijker is de vraag of diegene om wie het feitelijk gaat, i.c. de klient, ontevreden is met de huidige hulpverlening en of de beoogde alternatieve vorm inderdaad meer aan zijn behoeften tegemoet komt.

Nu doet zich het merkwaardige feit voor, dat de hulpverleners zich al jaren bezighouden met het zoeken naar steeds betere hulpverlenings-vormen, maar dat de hulpvrager eigenlijk niet mee mag/kan praten of denken. Als Bergsma (Woudschoten 1974) aan het eind van zijn betoog cynisch opmerkt:" helaas was ook vandaag de klient er niet bij!" geeft hij daarmee duidelijk het geschetste manko weer.

Nu kan men, niet geheel ten onrechte, stellen dat eenieder, dus ook de hulpverlener, een potentiële klient is, maar dat doet dan toch geen recht aan + 90% der klienten, die niet tot deze kategorie behoren. Hoewel het een van de doelstellingen van dit eksperiment is om middels onderzoek na te gaan " welke nu de karakteristieke vragen t.a.v. de hulpverlening van de gemiddelde klient zijn", dienen we vooralsnog af te gaan op de gegevens uit de literatuur.

Bekend, maar vaak nog "ontkend", is het feit dat een steeds toenemend aantal klienten, nu geschat op ca. 35% (cf. hfdst. II par.2) bij de huisarts komt met psycho-sociale klachten.

Het lijkt dat deze ontkenning is te herleiden tot de volgende gegevens.

Op de eerste plaats heeft de huisarts geen opleiding voor -, veelal geen affiniteit tot -, en zeker geen tijd over voor deze problematiek. Vervolgens blijkt, dat er voor het merendeel van deze klanten geen geëigende deskundige hulpverlening elders te vinden is (cf. Hosman en Zwarte 1974).

Tenslotte is de drempel van de huidige psycho-sociale hulpverleningsinstituten kennelijk nog zo hoog, dat bij verwijzing door de huisarts een groot deel van deze klanten (soms zelfs 50%, cf. NHI - ICIIP 1974) niet komt opdagen, of zich zeer snel terugtrekt. Nadrukkelijk dient hierbij vermeld te worden dat deze drempel ook mede bepaald en in stand gehouden wordt door de huisarts wegens zijn onbekendheid met -, zijn attitude t.o.v. - en de gemotiveerdheid tot de huidige psycho-sociale hulpverleningsmogelijkheden.

Dit alles heeft tot gevolg, dat de huisarts, nog steeds ten onrechte aangezien voor "alleskunner", deze klanten binnen zijn beperkte mogelijkheden wel moet "helpen".

En zoals bekend is een zeer gebruikelijke onopzettelijke manier om enigszins om te kunnen gaan met frustraties en onmachtgevoelens: de negatie.

Overigens neemt deze vorm van ontkenning af, gezien de behoefte van steeds meer huisartsen om meer inzicht te verkrijgen in en zo mogelijk vaardig te worden in leren omgaan met de psycho-sociale problematiek. Evident is wel dat de huisarts als centrale hulpverlener, hoe kundig en gemotiveerd ook, niet in staat is tot het bieden van een integrale hulpverlening.

Integrale hulpverlening wordt hier verstaan als een hulpverleningsvorm, waarbinnen een zodanig arsenaal van kennis en bekwaamheden aanwezig is, dat de hulpvrager optimaal geholpen kan worden. Op grond hiervan moet het duidelijk zijn, dat een dergelijke vorm van hulpverlening o.i. aan de basis van de samenleving noodzakelijk, slechts dan mogelijk is, wanneer deze vaardigheden verenigd zijn in een konstant samenwerkingsverband van hulpverleners van verschillende disciplines (cf. Leuftink 1974).

Heeft het voorstaande een overzicht gegeven welke problematiek dagelijks door hulpverleners wordt aangetroffen en welke hulpverleningsvorm het meest geëigend lijkt, dan resteert toch nog een vraag.

Immers de stelling "optimale hulpverlening garandeert optimale gezondheid" zal wel door eenieder onderschreven worden, maar over welke gezondheid hebben we het dan eigenlijk?

Hulpverleners van allerlei nivo's en denkrichtingen zijn, afhankelijk van hun opvattingen en van de door hen gehanteerde doelstellingen, tot op heden er niet in geslaagd te komen tot een eensgezinde invulling van het begrip gezondheid (N.B. vergelijk hiervoor de ideeën van o.m. van de Berg 1966 - Ten Have 1968 - van Esveld 1971 - van Mansvelt 1972 - Festen 1972 - Rang 1973 - Mertens 1975).

Over een punt schijnt men het wel eens te zijn: De gezondheidszorg, wat gezondheid ook in moege houden, dient het belang van de klient centraal te stellen. Zo ook dat gezondheid gelijk te stellen is aan welzijn.

Maar als dat zo is, doet het wel be- , nee zelfs ver-vreemdend aan

"dat de patient zelf veelal niet betrokken is bij de omschrijving van zijn belang" (cf. Leenen 1972). Ook hier weer het probleem: degene om wie het eigenlijk gaat is nog steeds monddood.

Maar als het niet alleen een met de mond belijden is dan zal men, wil men waarmaken dat het belang van de klient centraal staat, ook diens omschrijving van zijn gezondheid als vertrekpunt van de hulpverlening moeten nemen. In dit verband menen we dat Kuiper (1973) deze opvatting het meest nabij komt.

Wanneer Kuiper het belang van de klient omschrijft stelt hij:

"het belang van de klient is

- dat hem hulp verleend wordt,
- dat, wat in zijn niet-geëxpliciteerde, door hem zelf overigens nauwelijks te verwoorden gezondheidskonseptie als storing optreedt wordt geëlimineerd,
- dat de hulpverlener op het spoor komt van de bedreigingen van zijn gezonde bestaan".

Dit houdt, kort gesteld, in dat iedere klient, als uniek wezen, met datgene wat hij als gezondheid of als een bedreiging daarvan ervaart, zijn eigen unieke invulling geeft aan het gezondheidsbegrip.

Het moge duidelijk zijn, dat deze gedachtengang als gevolg heeft "dat het principieel onmogelijk is een algemeen geldende definitie van gezondheid te geven!" (cf. Kuiper 1973).

Vanzelfsprekend is er wel een kontekst te vinden, waarbinnen de gezondheidsopvattingen van eenieder voor een zeer groot gedeelte terug te vinden is. Evenzeer echter zal de problematiek van deze klient diens unieke gezondheidsbeleven reflekteren en aldus zal déze klient "zijn" klacht op zijn unieke wijze aksentueren.

Een en ander impliceert dat, wil men daadwerkelijk de klient centraal stellen, men naast de over-all definitie van gezondheid zich vooral moet richten op de moeilijk te verwoorden gezondheidsbeleving van de klient.

Dus een hulpverlener, die de klient au serieux neemt, diens belang werkelijk centraal stelt, dient naar hulpverleningsvormen te zoeken, waarin hij het gezondheidsbegrip van de klient zo dicht mogelijk nabij komt. Dit impliceert dat hulpverlening een zorg is ván en vóór zowel de hulpvrager als hulpverlener.

In het voorafgaande hebben we gesteld, dat de meest ideale vorm van hulpverlening die hulpverlening is, die de behoefte van de hulpvrager het meest nabij komt. En omdat wij de mens als een somato-psycho-sociale eenheid beschouwen, zien wij op dit moment de integrale hulpverlening als de meest juiste vorm van hulpverlening.

Tot slot hebben we betoogd dat er naar hulpverleningsvormen gezocht dient te worden, die zowel de hulpvrager als hulpverlener in een zo adequaat mogelijk hulpproces nabij brengen.

Om bovenstaande beweringen enigszins hard te kunnen maken menen wij hiervoor in de systeemtheorieën de basis gevonden te hebben.

Het is een benadering welke duidelijk maakt hoezeer de mens - de maatschappij - de gezondheidszorg en de hulpverlening van elkaar afhankelijk zijn, betrokken zijn op elkaar en elkaar wederkerig beïnvloeden.

2. De systeemtheoretische benadering

Reeds geruime tijd heeft er in verschillende wetenschappelijke sectoren een theoretische ontwikkeling plaatsgevonden, die men als systeemtheorie heeft leren kennen en gebruiken. Bekende namen verbonden aan deze theorieën vindt men in de mathematica, geneeskunde, cybernetica, biologie, sociologie, psychologie zoals Festinger 1957, Von Bertalanfy 1966, Jackson - Watzlawick 1967, van Veen 1968, Chin 1970, Purola 1972, van der Pas 1973, Leenen 1974 e.v.a.

Het is een theorieënsysteem dat steeds aangevuld, gekorrigeerd en verder ontwikkeld wordt en steeds meer toepassingsgebieden kent. Zo kan men o.m. op het gebied van groepstherapie - gezinstherapie - interaktietraining en organisatiekunde vele activiteiten en de daaronderliggende ideeën herleiden naar deze theorieën.

Om onze doelstelling van een integrale - interdisciplinaire directe hulpverlening aan klanten in hun eigen milieu te kunnen verwezenlijken, lijkt deze benaderingswijze onmisbaar te zijn. Eerder hebben we gesteld, dat we uitgaan van de mens als een somatisch (b.v. bepaalde konstitutie) - psychologisch (b.v. bepaalde persoonlijkheidskenmerken) - sociaal (b.v. in bepaalde werkomstandigheden) systeem.

De mens als s - p - s systeem funktioneert in allerlei sub-systemen van een totaal systeem, welke weer een sub-systeem is van een supra-systeem (b.v. individu - gezin - beroep - wijk - stad - provincie - land - werelddeel - wereld - universum). Men ziet in deze benadering dat vanaf het kleinste sub-systeem er a.h.w. een hiërarchische ordening is naar grotere systemen, of van een ordening van systemen met een eenvoudige structuur naar steeds komplexer systemen.

Waar het in de systeemtheorie nu om gaat, is het kijken naar de systeempatronen, naar de relaties tussen de componenten van een systeem, naar de relaties tussen diverse systemen, naar de relaties tussen supra-systemen enz.

De systeemtheorie "kijkt" naar samenhangen, naar het relatiepatroon dat een aantal objekten tot een geheel maakt" (cf. van der Pas 1973). Deze samenhang, meer dan de som der onderdelen, ontstaat uit de interacties tussen deze onderdelen. Door deze interactie, of zo men wil onderlinge afhankelijkheid van alle componenten van een bepaald systeem, componenten die elkaar wederkerig beïnvloeden, verandert het gehele systeem, als er in een component van dat systeem verandering optreedt.

Hoe komplexer nu het systeem d.w.z. hoe meer sub-systemen en sub-sub-systemen met elkaar in relatie staan, hoe groter de kans dat het niet adequaat functioneren van een onderdeel binnen dat totaal systeem, het functioneren van de andere onderdelen beïnvloedt en aldus het totaal systeem.

Zo'n supra-systeem of zo'n totaal systeem is b.v. de gezondheidszorg, welke zelf weer een sub-systeem is van een supra-systeem.

Leenen (1974) zegt hierover "de gezondheidszorg wordt daarbij gezien als een sub-systeem van de samenleving en is zelf weer uit sub-systemen en sub-sub-systemen samengesteld".

Nadrukkelijk dient te worden gesteld, dat de hiërarchische ordening van deze systemen niet zonder meer impliceert, dat de grotere systemen een grotere beïnvloedende = veranderende werking hebben, het omgekeerde is evenzo goed mogelijk.

Belangrijk is ook de nadruk op het dynamische karakter van elk systeem n.l. de tendens om bij verstoring van het interactiepatroon weer te komen tot consonantie (cf. Festinger 1957).

Deze tendens is echter wel afhankelijk van de samenhang (en) en de interacties zelf. Wanneer er sprake is van een maximale positieve feed-back, van een maximale input en output tussen de componenten van een systeem, dan is maximale informatieverwerking mogelijk en kan men spreken van een labiel consonant systeem. Hoe meer labiel een systeem is, hoe groter de kans op disfunctioneren of anders gesteld, in een dergelijk systeem "heeft veranderingsremmende informatie meer invloed dan veranderingsstimulerende" (cf. van der Pas 1973).

Het is duidelijk dat de stabiliteit van een systeem de mate van fleksibiliteit en openheid voor informatie bepaalt. Hoe meer labiel een systeem is, hoe meer kans op verstoring van het evenwicht binnen dat systeem, hoe meer rigide zij is en hoe minder kans op verandering of korrektie van het systeem. Zo'n systeem probeert de balans te bewaren door zich a.h.w. af te sluiten voor andere = nieuwe informatie (b.v. de grote hulpverleningsorganisaties of de gezondheidszorg).

In het voorafgaande is duidelijk geworden, dat principes als interactie, onderlinge afhankelijkheid, de tendens tot evenwicht en de feed-back grote invloed hebben op het functioneren van een systeem. Het is daarom van groot belang om te trachten steeds meer samenhangen en onderlinge afhankelijkheid te ontdekken en positieve feed-back te bevorderen. Belangrijker nog is het zoeken naar wegen, waarlangs een systeem en de daarmee in relatie staande sub- en supra-systemen in hun onderlinge beïnvloeding gereguleerd en bijgestuurd kunnen worden. Uitgaande van het feit dat deze regulering in ieder onderdeel van een systeem kan ontstaan en door de interactie de aan dat systeem gerelateerde sub- en supra-systemen kan bijsturen, ligt het voor de hand bij de eenvoudige alledaagse systemen te beginnen.

Populair gesteld: begin aan de basis.

De meest renderende regulering zou er een zijn, waarbij de gewenste veranderingen in een bepaald sub-systeem overeenkomt met de gewenste verandering in het supra-systeem (b.v. een individu wenst dubbele beglazing in zijn huis aan te brengen, terwijl de overheid bepaalt dat deze veranderingen energiebesparend zijn en dus worden gesubsidiëerd).

Terug naar de konkrete hulpverlening: een klient die probleemgedrag vertoont, geeft hiermee uiting aan een disfunctioneren van zijn systeem, met alle mogelijkheden tot het disfunctioneren van de daar nauw aan gerelateerde overige systemen zoals gezin - werksituatie e.d. Een dergelijk disfunctioneren dient dan behandeld, gereguleerd te worden door een geëigende modificatie in dat systeem. Het kan ook dat een bepaald systeem disfunctioneert (b.v. de huidige economie) en dat dit veelal blijkt te resulteren in het disfunctioneren van het individu (b.v. werkloze).

Een individu staat steeds weer opnieuw op een knooppunt van verschillende systemen. Maar de klient is konstant in beweging, zo ook de aan hem gerelateerde sub- en supra-systemen. En verandering in het ene systeem

heeft ook verandering in alle andere systemen tot gevolg. Vanuit de systeemtheoretische benadering is nu wel duidelijk geworden dat, wil men een optimale hulpverlening bieden aan de klient, men zal dienen te zoeken naar die hulpverleningsmogelijkheden, die zo snel mogelijk de gewenste veranderingen teweeg brengen in die systemen waarin de klient zich het meest frekwent in beweegt. Het ligt voor de hand om in de 1e lijn hulpverlening van alle dynamische systemen dat systeem aan te pakken, dat zich, hoe dynamisch ook, steeds opnieuw aanbiedt i.c. de klient.

Middels de systeemtheoretische benadering gaan we dus uit van het individu als systeem, de hulpverlening als systeem, de gezondheidszorg als systeem en uiteindelijk de samenleving als systeem. Hieruit volgt dat naast de noodzaak te komen tot een snelle en direkte hulpverlening, ook de noodzaak van een integrale hulpverlening evident is.

Evenzo vereist de konstante wisselwerking van de verschillende systemen niet alleen samenwerking maar ook medeverantwoordelijkheid van eenieder vóór eenieder.

3. Maatschappij visie

In het voorafgaande hebben we gezien, dat systemen als hulpvrager - hulpverlener de wijze van hulpverlening en de samenleving onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. We herkennen ons dan ook in de opvatting van Brand (1973) "dat veel problemen in en van de gezondheidszorg samenlevingsproblematieken zijn, die slechts door interventie in de sociale realiteit kunnen worden benaderd en aangepakt". Dus ook hier de nadruk op systeembenadering.

Het is dan irreëel om te stellen dat het gebrekkig functioneren van de huidige hulpverleningsvormen en dus het aantal niet of gebrekkig geholpen klienten, alleen te wijten is aan de maatschappij. Juist door de onderlinge wisselwerkingen der systemen kan men wellicht beter stellen dat in vele systemen een disfunctioneren wordt aangetroffen, welke van hiërarchisch laag tot hoog belangrijke overeenkomsten vertonen.

Immers ons baserend op de systeemtheorieën is er slechts een allesomvattende reguleringsmethode, n.l. een die uitgaat van een totale en integrale visie op de maatschappij. Dit betekent dat eenieder in zijn functioneren in welke situatie dan ook beïnvloed wordt door de waarden en normen, die nu in deze samenleving vigeren en nagestreefd worden. Ook al interpreteert ieder de waarden en normen persoonlijk dan nog wordt hij in zijn strevingen beïnvloedt door de samenleving. Maar juist die persoonlijke interpretatie zorgt ervoor, dat eenieder die samenleving zelf weer beïnvloedt.

Anders gesteld: een individu behept met bepaalde maatschappelijke idealen, met bepaalde persoonlijke behoeften, wordt in zijn streven en functioneren belemmerd of gestimuleerd door de invloeden van de samenlevingssectoren waarin hij zich beweegt, dus door de samenleving als geheel. Maar ook is waar dat dit individu in zijn aktueel functioneren, hoezeer veranderingsgeneigd ook, deze samenleving mede in stand houdt en er verantwoordelijk voor is.

Deze visie heeft als konsekwentie, dat gewenste veranderingen in de samenleving o.i. vooral mogelijk gemaakt kunnen worden door direkte en konkrete veranderingen in de sub-systemen i.c. de kontekst waarbinnen iemand dagelijks funktioneert.

Aldus zal door de verbondenheid van de verschillende sub-systemen de gewenste veranderingen in het totaal i.c. de maatschappij bewerkstelligd kunnen worden. Hieruit volgt dat de kwantiteit en kwaliteit van de veranderingen in de sub-systemen uiteindelijk de kwantiteit en kwaliteit van de veranderingen in de samenleving uitmaken.

Het is op grond van deze overwegingen dat wij ten stelligste de overtuiging zijn toegedaan dat, wil men komen tot een effectieve verandering van de maatschappij, men dient te beginnen aan de basis. Door een verandering te realiseren in die sectoren van de samenleving, waarin men als persoon dagelijks concreet funktioneert, is een verandering, zij het wellicht in geringe mate, sneller te bewerkstelligen. Het uiteindelijke effect zal bij een zo groot mogelijk aantal kleine veranderingen een verandering van de gehele samenleving zijn.

Maar ook veranderingen in de kontekst van ons dagelijks bestaan vinden eerst dan plaats, wanneer er een verandering in de persoon zelf plaatsvindt en dit dan uit door "zijn" gedrag in "zijn" sociale kontekst in "zijn" samenleving.

Het spreekt vanzelf dat individuele gedragsveranderingen ook te weeg gebracht kunnen worden door veranderingen in grote supra-systemen.

4. Mensvisie

Duidelijk is nu geworden dat de samenleving is zoals ze is door de individuen, zoals ze zijn en funktioneren in deze samenleving, en dat de individuen zijn zoals ze zijn door de samenleving, waarvan zij deel uitmaken. Zo ook dat de maatschappelijke veranderingen vooral gebaseerd zijn op de veranderingen van de individuele leden. Een logische gevolgtrekking is nu dat hieraan een duidelijke visie op de mens als individu ten grondslag dient te liggen.

Nu doet zich het merkwaardige feit voor, dat ogenschijnlijk zo ver van elkaar afstaande ideologieën als het christendom, het marxisme, het boeddhisme, het humanisme en vele andere -ismen, weliswaar vanuit een ander vertrekpunt, met een andere einddoel konseptie en met een verschil in de weg waarlangs dat bereikt dient te worden, in hun mensvisie elkaar zeer nabij komen.

Het zal niemand verbazen dat, waar wij de systeemtheorie onmisbaar achten, wij onze mensvisie ontleen aan de humanistische - holistische psychologie.

De ons meest aansprekende visie ontleen we aan Carl R. Rogers (1961), die stelt "the individual has within himself the capacity and tendency latent if not evident to move forward toward maturity".

Maturity wordt hier verstaan als de maximale en optimale ontplooiing van het individu. Maar Rogers (1974) benadrukt daarbij "indien de omstandigheden gunstig zijn".

Dus eenieder kan zich optimaal (maturity) ontwikkelen afhankelijk van de mogelijkheden, die hij latent heeft, krijgt en/of neemt.

Deze gedachtengang impliceert dat iedere mens gelijke kansen moet hebben om zich tot zijn eigen maximum te kunnen ontwikkelen. Erg belangrijk hierbij is dat gelijke ontwikkelingskansen nog niet betekent gelijke ontwikkelingsresultaten. Ieder individu kan, mits daarvoor de voorwaarden aanwezig zijn, zich optimaal ontplooien, maar tot zijn eigen "maximum".

Hieruit volgt de vaststelling dat ieder mens gelijkwaardig is/moet zijn aan de andere, maar niet gelijk. Men zou kunnen stellen dat het gelijkelijk geworteld zijn in dezelfde evolutieklasse iedere mens gelijkwaardig maakt aan de andere. Maar de diversiteit aan startgegevens, ontwikkelingsmomenten en -richtingen maakt déze representant van zijn soort ongelijk aan de andere.

Zo stelt Rogers dat de mens in zijn gelijkwaardigheid niet gelijk kan zijn aan de ander door het individuele verschil in het maximale haalbare.

De hieruit te trekken konklusie is een eis naar de samenleving, dus naar eenieder om zodanige voorwaarden te scheppen, dat het recht op gelijkwaardige ontwikkelingsmogelijkheden gegarandeerd wordt.

Dit onderscheid tussen gelijkwaardig maar niet gelijk is van essentieel belang. Immers de mens presenteert zich als uniek individu in zijn gedrag, in zijn dagelijks doen en laten. Dit gedrag nu zou je kunnen definiëren als het steeds opnieuw kiezen van gedragsalternatieven en vervolgens als het steeds opnieuw beslissen tot de uitvoering van het gekozen alternatief.

Uitgaande -van het reservoir van alternatieven, -van het overzicht en inzicht daarin, - van de snelheid van kiezen en uitvoeren, verschilt de ene mens, afhankelijk van taak, plaats en mogelijkheden, van de andere.

Gelijkwaardigheid houdt in dat het gedragsalternatief van een monteur "wel of niet die rem bijstellen" kwalitatief dezelfde is als het gedragsalternatief van de president van de nederlandse bank "wel of niet het diskonto verlagen".

Ongelijkheid houdt in dat de beslissing van de een van een andere orde (cf. systeemtheorie) is dan die van de ander.

Ingaande op het democratisch functioneren van een samenleving houdt in dat ieder menselijk handelen binnen die samenleving gebaseerd moet zijn op het principe van gelijkwaardigheid.

Onderlinge gelijkwaardigheid impliceert dat eenieder zorg is van en zorg draagt vóór eenieder, dat eenieder medeverantwoordelijk is voor het proces van kiezen, beslissen en uitvoeren. Naar de samenleving toe heeft dit als konsekwentie dat eenieder in staat gesteld dient te worden om op maximale wijze mede te kiezen - mede te beslissen en medeverantwoordelijk te zijn voor de uitvoering. En de wens wordt tot een eis en een recht, wanneer er sprake is van enig menselijk handelen dat het gedrag van een ander beïnvloedt (cf. de hulpverlening).

5. Visie op de gezondheidszorg

De samenleving disfunctioneert o.i. niet zozeer door inadekwate structuren en organisaties (deze zijn evenzeer een van de gevolgen) maar meer door het disfunctioneren van de individuele leden van de maatschappij. Dit geldt met name voor de gezondheidszorg als een sub-systeem van de samenleving.

De ontwikkeling van zowel de samenleving als de gezondheidszorg valt en staat bij de ontwikkeling van haar leden.

We doelen hier: op de ontwikkeling van- de betrokkenheid op- de participatie - de medeverantwoordelijkheid - en de medezeggenschap; alsmede op de realisering van principes als - gelijke kansen voor eenieder - de gelijkwaardigheid en uniciteit van eenieder - en de

wederkerige afhankelijkheid van eenieder. Kortom we willen een zo maximaal mogelijke openheid bij de ontwikkeling van de elkaar wederkerig beïnvloedende gedragingen bevorderen.

Juist de gezondheidszorg, als een groot sub-systeem van de samenleving, zal bovengenoemde principes dienen te ontwikkelen. Juist in deze sektor zal eenieder, vanuit een democratisch handelen, allerlei mogelijkheden dienen te creëren om te komen tot een effectief en efficiënt beïnvloedingsproces van medekiezen, medebesluiten en medeuitvoeren. Dit geldt niet alleen voor het nemen van beleidsbeslissingen, maar vooral voor het concreet handelen in het hulpverleningsproces.

De stelling dat "ieder lid van de maatschappij recht heeft op een optimale gezondheidszorg" wordt door welhaast iedereen onderschreven. Dit houdt echter in dat eenieder zonder acht te slaan op afkomst, milieu, ontwikkeling, positie en inkomen gelijke rechten moet hebben op eenzelfde optimale gezondheidszorg.

Om dit te kunnen realiseren zullen de principes van gelijkwaardigheid, onderlinge afhankelijkheid en uniciteit in concrete gedragspatronen uitgewerkt dienen te worden.

Aldus dient ieder individu, beschikkend over verschillende kwaliteiten, vermogens en vaardigheden betrokken te zijn op de gezondheidszorg en dient hij tesamen met de anderen de verantwoordelijkheid voor deze gezondheidszorg te dragen.

Wanneer men dit tracht uit te werken, dan zal men moeten beginnen bij de klient. Nu is iedereen, arbeider, cineast, arts, chauffeur, huisvrouw, psycho-therapeut, schoolkind e.v.a., een potentiële klient. Dus denkend aan de gezondheidszorg dient men uit te gaan van de eigen behoeften als klient. Zo ook zal ervoor gezorgd moeten worden dat:

- iedere klient zich bewust wordt van zijn behoeften
- iedere klient in staat gesteld wordt zijn behoeften duidelijk te maken
- iedere klient zich bewust wordt van zijn recht om te klagen en hulp te vragen
- iedere klient zich bewust wordt van zijn medeverantwoordelijkheid voor het hulpverleningsproces
- iedere klient de gelijkwaardigheid aan en wederkerige afhankelijkheid van de hulpverlener moet kunnen konkretiseren.

Op een dergelijke wijze kan o.i. de gezondheidszorg, zich richtend op de werkelijke behoeften van de samenleving, de garantie tot optimale hulpverlening aan eenieder het meest nabij komen.

Naar de hulpverlener toe betekent dit een zo open en onbevooroordeeld mogelijk staan t.o.v. de hulpvrager. Niet de gezondheidsideeën van de hulpverlener zijn primair, maar die van de hulpvrager. In onderling overleg zullen beiden, ieder met "zijn" kwaliteiten en verantwoordelijkheden voor het hulpverleningsproces, dienen te besluiten wat de meest geëigende hulpverleningsvorm is voor deze klient. Eerst dan kunnen hulpvrager en hulpverlener de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening realiseren.

HOOFDSTUK IV

Doelstellingen - Opzet - Organisatie

In het voorafgaande hebben we een analyse proberen te geven van het gebrekkig functioneren van de psycho-sociale hulpverlening in de 1e lijn.

Vervolgens zijn we ingegaan op een naar onze mening meer adequate vorm van hulpverlening en op de achtergrondsideeën, op grond waarvan wij menen een dergelijke hulpverlening te moeten creëren.

In het nu volgende zal ingegaan worden op datgene wat de werkgroep met het eksperiment voor ogen staat.

1. Doelstellingen

De werkgroep P.S.H. te Breda, bestaande uit diverse werkers in de 1e lijns volksgezondheidssektor, stelt zich ten doel middels een eksperimenteel projekt de psycho-sociale gezondheidszorg in de 1e lijn te optimaliseren.

De uitgangspunten hierbij zijn:

- uitgaande van een psycho-socio-somatische visie op de mens, dient de gezondheidszorg integraal benaderd te worden
- een integrale gezondheidszorg houdt in dat er sprake is van een maximum aan vaardigheden, welke ter beschikking staan van de hulpvragers
- een maximum aan vaardigheden impliceert verschillende deskundigen die tesamen over deze vaardigheden beschikken
- om deze vaardigheden tot optimale uitdrukking te brengen is een goed samenwerkingsverband tussen deze deskundigen noodzakelijk
- om het effect van een direkte integrale hulpverlening in de 1e lijn d.m.v. een verbreding en verdieping van vaardigheden en samenwerking te kunnen nagaan, is een methodisch en systematisch begeleidings- en onderzoeksschema noodzakelijk.

Zich met name richtend op de psycho-sociale hulpverlening in de gezondheidszorg stelt de P.S.H.groep zich ten doel:

de bevordering van een snelle en direkte hulpverlening aan de hulpvrager in zijn eigen milieu middels een konkreet en konstant samenwerkingsverband van hulpverleners, die over die vaardigheden beschikken om aan de behoeften van de hulpvragers te kunnen voldoen.

Om deze doelstelling te realiseren stelt de P.S.H.groep zich voor:

- bevordering van de kondities welke de ontwikkeling van optimale hulpverleningsmogelijkheden in de 1e lijn vereist
- bevordering van de kondities welke de hulpvrager in staat stelt zo lang mogelijk in zijn eigen milieu behandeld te worden
- bevordering van de kondities welke hulpverleners uit de 1e lijn in staat stellen hun hulpverlening uit te oefenen in een konstant en konkreet samenwerkingsverband

- bevordering van de deskundigheid van de hulpverleners door intensieve vaardigheidstraining, door frekvent konsultatief kontakt met hulpverleners uit de overige echelons en door frekvent evalueren van de hulpverleningservaringen
- bevordering van konkrete samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners in de 1e lijn
- bevordering van konkrete samenwerkingsverbanden met de hulpverleners in de 2e lijn
- bevordering van grotere toegankelijkheid tot alle hulpverleningsmogelijkheden in de gehele gezondheidszorg voor de hulpvragers
- bevordering van het meer mondig maken van de hulpvragers
- bevordering van een visie op mens en maatschappij t.b.v. zowel hulpvragers als hulpverlener in die zin dat kondities ontwikkeld worden, waarin eenieder vrij en gelijkwaardig is en het recht en de mogelijkheid heeft zich optimaal te ontwikkelen
- bevordering van een systematische deskundige begeleiding van dit eksperimenteel hulpverleningsproces
- bevordering van een methodisch systematisch vergaren en verwerken van de konkrete gegevens welke deze vorm van hulpverlening oplevert
- bevordering van een geëigende rapportage van de resultaten van zowel het konkreet funktioneren als van de verkregen onderzoeksresultaten van dit eksperimenteel hulpverleningsproces.

Tenslotte beoogt de P.S.H.groep

dit eksperiment gedurende 3 jaar uit te voeren en na afweging der bereikte resultaten het projekt te beëindigen ofwel na die tijd of in een verantwoord vroeger stadium deze werkwijze te doen opgaan in of aansluiten bij meer centrale hulpverleningsorganisaties.

2. De opzet van het projekt

Zoals herhaaldelijk is gesteld vindt het projekt zijn oorsprong o.m. in de onvrede met de psycho-sociale hulpverleningsmogelijkheden in de 1e lijn.

- in het naast en door elkaar werken zonder een behoorlijke kommunikatie van hulpverleners in de 1e lijn en 2e lijn
- in de funktionele geïsoleerdheid van vele hulpverleners in de 1e lijn
- in het gemis aan vaardigheden van vele hulpverleners in het hanteren van de psycho-sociale problematieken
- in de onmogelijkheid van andere 1e en 2e lijns instanties deze problematiek volledig aan te vatten
- in het onvermogen (onwetendheid, angst e.d.) van de klient om zich direkt tot deze instanties te wenden.

Niettemin blijkt dat er toch steeds meer klienten komen met psycho-sociale klachten.

Het gevolg is niet alleen dat velen niet geholpen worden, maar ook dat hulpverleners i.c. de huisartsen zo goed en zo kwaad als dat gaat

zich toch, gezien de verwachtingen van de klient, bezig "moeten" houden met deze problematiek.

Juist door hun overbezet zijn, hun funktionele geïsoleerdheid, het gebrek aan konstante werkrelaties met andere hulpverlenende instanties, hun onvermogen om veel van de psycho-sociale problematiek te kunnen hanteren, is er naast onvrede ook een gevoel van onmacht ontstaan. Zij, de artshulpverleners, kunnen voor een groot deel niet meer voldoen aan de verwachtingen (irreëel misschien maar ze zijn er!) van hun klienten.

Deze en andere overwegingen hebben ertoe geleid dat de projektgroep, ondanks hun instemming met- en de bereidheid tot samenwerking met de andere ontwikkelingen in de 1e lijn, gemeend heeft niet meer te kunnen, niet meer te willen afwachten met de konkretisering van het voorgestelde eksperiment.

De essentie van de hiervoor gestelde benadering laat zich het best omschrijven als:

een hulpverlening op het psycho-sociale vlak op zo'n wijze dat aan de klient snelle en deskundige hulp geboden wordt.

Hierbij staan de volgende kondities centraal

- het vertrekpunt ligt in de huisartsenpraktijk (hier komt nagenoeg iedere klient)
- klient met huisarts roepen een deskundige voor de aangeboden problematiek ter konsultatie
- huisarts en p.s.hulpverlener behandelen zo mogelijk samen de klient
- huisarts en p.s.hulpverlener trekken na overleg met de klient nog een andere deskundige aan en behandelen in overleg met hem zo mogelijk samen de klient
- p.s.hulpverlener behandelt in overleg met de huisarts en klient, zonodig in overleg met een andere deskundige, de klient
- p.s.hulpverlener en huisarts motiveren, evt. na konsultatie met een andere deskundige, de klient tot verwijzing en begeleiden hem daarbij

(voor een meer gedetailleerd overzicht van de werkvormen zie hdst. V par. 5).

3. Degenen die betrokken zijn bij het projekt

Om de in dit projekt beoogde doelstellingen te kunnen verwezenlijken, achten wij een konstant samenwerkingsverband van de in dit projekt participerende hulpverleners noodzakelijk.

Nu is echter bekend dat een team het meest adekwaat funktioneeert, wanneer het beschikt over zoveel mogelijk vaardigheden verenigd over zo weinig mogelijk leden. Vandaar dat wij kiezen voor een samenwerkingsverband dat uit zo weinig mogelijk personen bestaat.

Daarnaast heeft dit projekt een grote verscheidenheid aan doelen en middelen. Vandaar dat het door ons gewenste samenwerkingsverband op verschillende manieren zal funktioneren.

Daarom lijkt het o.i. van belang hieronder een overzicht te geven van de diversiteit aan funktionele relaties, waarmee de voorgestelde projektgroep te maken heeft.

A. Hulpvragers

Klientengroepen bestaande uit diverse klanten die, op grond van hun ervaringen en relaties met andere klanten, zich ten doel stellen hun behoeften tot hulpverlening en hun mogelijkheden tot samenwerkingen te uiten en in overleg met andere groeperingen te konkretiseren.

B. Hulpverleners in somatische zin

Huisartsenteam, bestaande uit de aan het projekt participerende artsen, die zich ten doel stellen hun ervaringen onderling te bespreken en te evalueren. Dit om aldus te komen tot enerzijds een deskundigheidsvermeerdering op somatisch terrein, anderzijds tot een steeds meer uitgebreide en genuanceerde blik op de evident niet somatische klachten. Zij zullen zich onder deskundige begeleiding trainen in psycho-sociale vaardigheden al dan niet tesamen met team C. Zij zullen openstaan voor en openheid geven aan andere teams ter bevordering van een meer adekwate hulpverlening samen met anderen.

C. Hulpverleners in psycho-sociale zin

Het psycho-sociale team, bestaande uit maatschappelijk werkers, psycholoog en psycho-therapeut, die zich ten doel stellen hun ervaringen onderling te bespreken en te evalueren. Dit om aldus te komen tot enerzijds een deskundigheidsvermeerdering en anderzijds tot een meer uitgebreide en genuanceerde blik op evident somatische klachten. Zij zullen zich onder deskundige begeleiding steeds meer en in velerlei soorten methoden trainen al of niet tesamen met team B. Zij zullen open staan voor en openheid geven aan andere teams ter bevordering van een meer adekwate hulpverlening samen met anderen.

D. Andere hulpverleners in de 1e lijn

De hulpverleners in de 1e lijn, met name A.M.W., Wijkverpleging, Gezins- en Bejaardenzorg, die tot op heden nog langs andere wegen opereren in dezelfde sektor. Zij kunnen vanuit de projektgroep zo veel mogelijk informatie, steun en samenwerking verwachten, terwijl omgekeerd naar het projektteam toe hetzelfde verwacht zal worden. Waar mogelijk zal gestreefd worden naar frekwente en intensieve samenwerkingskontakten onder voorbehoud van de mogelijkheid tot een zinvolle funktionele samenwerking en de bereidheid tot een participeren in het evaluatieproces.

Zij zullen openstaan voor en openheid geven aan andere teams ter bevordering van een meer adekwate hulpverlening samen met anderen.

E. De hulpverlener in de 2e lijn

De hulpverleners in de 2e lijn, die op een duidelijk anders gerichte basis en met andere veelal meer intensieve en langdurige methoden die klanten hulpverlening, die vooralsnog in de 1e lijn niet geholpen kunnen worden.

Vanuit de projektgroep wordt hen informatie, steun en samenwerking aangeboden, terwijl naar de projektgroep toe hetzelfde van hen verwacht wordt.

Klienten die naar de mening van de projektgroep naar de 2e lijns hulpverleners verwezen dienen te worden, zullen voorbereid, gemotiveerd en begeleid worden door een lid van de projektgroep. Waar mogelijk zal gestreefd worden naar intensieve en frewkente samenwerkingskontakten met name naar gemeenschappelijke intake, konsultaties e.d.

Een en ander onder voorbehoud van de mogelijkheid tot een zinvolle funktionele samenwerking en bereidheid tot een participeren in het evaluatieproces.

Zij zullen openstaan voor en openheid geven aan andere teams ter bevordering van een meer adekwate hulpverlening.

4. Participanten in het projekt

In de eerste instantie is uitgegaan van het doen participeren van de hulpverleners, die affiniteit hebben tot- zich in willen zetten voor- ervaring hebben met- over de benodigde vaardigheden beschikken om- en zich nadrukkelijk in konstante samenwerking willen beijveren om (mede door ontwikkeling en training van hun mogelijkheden) de psycho-sociale hulpverlening van klienten in de 1e lijn te optimaliseren.

In het kader van het eksperiment is uitgegaan van het volgende konsept wat in grote trekken overeenkomt met bovenstaande.

De projektgroep zal bestaan uit

- huisarts 6
- psycholoog - psycho-therapeut 1
- maatschappelijk werker 3

De kondities gesteld aan de huisarts:

- ervaring met deze problematiek
- affiniteit tot deze problematiek
- een maximale inzet voor deskundigheidsvermeerdering
- bereidheid tot een kritische en systematische evaluatie.

De kondities gesteld aan de psycholoog - psycho-therapeut:

- ervaring in en affiniteit tot deze problematiek
- ervaring en deskundigheid in het hanteren van diverse psycho-therapeutische methodieken
- ervaring en mogelijkheden tot begeleiding en coaching van de overige participanten
- maximale inzet tot deskundigheidsvermeerdering
- bereidheid tot een kritische en systematische evaluatie.

De kondities gesteld aan de maatschappelijk werker:

- ervaring in en affiniteit tot deze problematiek
- ervaring met verschillende typen p.s.klienten
- het kunnen hanteren van klienten met deze problematiek
- ervaren en opgeleid zijn in, of althans de bereidheid hebben tot een dergelijke opleiding in verschillende therapeutische technieken en de bereidheid hebben tot een kritische en systematische evaluatie.

De meest belangrijke voorwaarde om de doeleinden, in dit projekt gesteld, nabij te komen is de mogelijkheid en de bereidheid tot samenwerking.

De projectgroep is de overtuiging toegedaan dat teamwerk een conditio sine qua non is.

5. Werkruimte

De psycho-sociale hulpverleners, die betrokken zijn bij dit eksperiment, werken of samen met de huisarts of alleen in de praktijkruimte van de deelnemende huisartsen.

Zo ook zullen de p.s.hulpverleners vaak de klienten thuis bezoeken en hen hulp verlenen.

Voor het psycho-sociale team zal een kleine ruimte beschikbaar dienen te komen voor behandeling, teambespreking en administratie (er wordt hierbij gedacht aan b.v. een etage).

N.B. het gaat hier louter om een fysieke ruimte en niet om een instituutvorm.

6. Organisatievorm

Om de door de werkgroep gestelde doelstelling zo efficiënt en effectief mogelijk te kunnen realiseren is gekozen voor een stichtingsvorm.

De stichting heeft een bestuur, welke de algemene verantwoordelijkheid draagt t.a.v. de projektaktiviteiten (cf. bijlage I Statuten).

Het bestuur heeft de konkrete aktiviteiten van de projektgroep vastgelegd in een projektreglement (cf. bijlage II Projektreglement).

Het bestuur heeft de dagelijkse gang van zaken overgedragen aan een koördinatieteam.

Het koördinatieteam bestaat uit 1 lid van de artsengroep + 1 lid van het p.s.h.team.

Voor hun aktiviteiten is het koördinatieteam verantwoording verschuldigd aan bestuur en projektgroep.

Het bestuur wil zo nodig deskundigen van buiten de projektgroep aantrekken als adviseurs van hun beleid.

Hierbij is gedacht aan

de projektbegeleider: degene die de aktiviteiten van de projektgroep systematisch onderzoekt, evalueert en rapporteert en zo nodig op grond van de resultaten de projektgroep begeleid in haar bijsturing.

een adviesraad: samengesteld uit diverse vertegenwoordigers uit de 1e, 2e en 3e lijn.

zij zal dienen als: - een feed-backorgaan voor de projektgroeps-aktiviteiten
- een kommunikatiebevorderend orgaan t.b.v. de psycho-sociale hulpverlening in de 1e lijn

- een adviesorgaan t.b.v. het gerapporteerde materiaal aangaande de projectgroepsresultaten
- een adviesorgaan t.b.v. de evt. beëindiging, of continuering en wijze van continuering van het project op basis van de evaluatieresultaten.

overige adviseurs: die t.a.v. ad hoc situaties gerichte adviezen kunnen geven.

Het bestuur zal een wetenschappelijk medewerker van een universiteit of hogeschool verzoeken zich een dag per week ter beschikking te stellen van de projectgroep

- met als doel:
- een systematische en methodische evaluatie van de projectgroepsactiviteiten
 - een onderzoek ter verifiëring van de aan dit project ten grondslag liggende vooronderstellingen
 - een onderzoek ter analysering van de belemmerende factoren in de totale hulpverlening in de 1e lijn
 - het adviseren, op grond van genoemd onderzoek en evaluatieresultaten, van de projectgroep en die instanties die daarom vragen
 - het begeleiden van de projectgroep bij hun activiteiten met name wanneer bijsturing noodzakelijk geacht wordt.

Het bestuur zal bevorderen dat een zo optimaal mogelijk contact en informatieuitwisseling tussen onderzoeker, projectgroep en andere hulpverleners in de 1e lijn tot stand zal komen.

Tenslotte zal het bestuur bevorderen dat jaarlijks alle project-participanten een weekend bijeenkomen, ter bespreking van evaluatieresultaten, bijsturingsmogelijkheden en ter bevordering van de interpersonale aspecten.

HOOFDSTUK V

Het hulpverleningsmodel van het projekt

1. Uitgangspunt

Eerder hebben we betoogd dat er verschillende principes ten grondslag liggen aan ons projekt en de daaruit voortvloeiende hulpverleningsvormen.

Kort samengevat komen die hier op neer:

- Optimale hulpverlening is die vorm van hulpverlening die uitgaat van de behoefte van de klient.
- De klient dient gezien te worden als een somato-psycho-sociaal systeem, die op het knooppunt staat van vele andere sub- en supra-systemen.
- De vorm van hulpverlening die zowel de hulpbehoevende klient, als de aan hem direkt of indirekt gekoppelde systemen, op een gunstige wijze kan beïnvloeden is de integrale hulpverlening.
- De integrale hulpverlening is slechts mogelijk, wanneer deze ontstaat en zich ontwikkelt aan de basis, d.w.z. in het eigen milieu van de klient.
- Deze vorm van hulpverlening dient uit te gaan van de feitelijkheid, dat hulpvragers als hulpverleners zowel gelijkwaardig als uniek zijn en slechts tesamen een optimale gezondheidszorg kunnen realiseren.
- Deze vorm van hulpverlening dient zich te richten op een direkte en vroegtijdige hulpverlening aan de klient; dus op het moment dat hij met zijn psycho-sociale problematiek om hulp komt vragen.
- Deze vorm van hulpverlening dient erop gericht te zijn om die klienten, die vanwege de specifieke geaardheid van hun klachten verwezen worden naar de op die klachten ingestelde hulpverleningsinstanties, zo snel mogelijk daar een entree te doen krijgen.
Deze entree dient vanuit de projektgroep gemotiveerd en begeleid te worden.
- Deze vorm van hulpverlening dient erop gericht te zijn die klienten, die een langdurige therapie behoeven, zo snel mogelijk naar de daarvoor in aanmerking komende instanties te verwijzen en hierbij te begeleiden.

Het moge duidelijk zijn dat bovenstaande principes inhouden, dat de projektgroep niet alleen streeft naar informale maar ook naar, zo mogelijk konkrete samenwerkingsverbanden met andere in de 1e en 2e lijn funktionerende hulpverleningsinstanties.

Bij deze hulpverleningsvormen kan ook gedacht worden aan een uitbreiding van de projectgroep, in die zin dat wijkverpleegkundigen met zo mogelijk een sociaal-psychiatrische aantekening, paedagogen met een therapeutische opleiding, adspirant-therapeuten e.d. ook een plaats in dit projekt kunnen vinden.

De projectgroep stelt aan haar participanten de volgende eis: ervaring in- affiniteit tot- en deskundigheid in psycho-sociale hulpverlening.

Dit impliceert dat de totale projectgroep aan haar leden de eis heeft gesteld gedurende de voorbereidingsfase en de eksperimentperiode hun deskundigheid en vaardigheid in de psycho-sociale hulpverlening te vermeerderen. Dit door het participeren aan kursussen, trainingen en door regelmatige evaluatie-bijeenkomsten.

2. Het funktioneren van de projectgroep

De projectgroep, zich baserend op de hiervoor vermelde principes, bestaat uit een konstant en konkreet samenwerkingsverband van 6 huisartsen en het eerder genoemde psycho-sociale team (cf. schema projectgroep).

De klienten die hun psycho-sociale problematiek bij hun huisarts "aanbieden", worden in dit projekt als volgt behandeld: de huisartsen tesamen met het p.s.h.team pakken de aangeboden problematiek snel en direkt aan en ontwikkelen aldus een hulpverleningsproces, dat uitgevoerd wordt in het milieu van de klient.

Om de projectgroep optimaal te doen funktioneren zijn er een aantal werkafspraken vastgelegd.

- A. Werkwijze: iedere week komt 1 lid van het p.s.h.team één halve dag, zo mogelijk twee halve dagen in de praktijk van de huisarts. In samenwerking of in overleg met deze huisarts wordt er een kontakt gelegd met de klienten met psycho-sociale moeilijkheden.

Dit kontakt kan bestaan uit:

- a. intake gesprekken
- b. behandelingsgesprekken
- c. verwijzingsgesprekken.

In geval sub a. wordt door de huisarts, het p.s.h.teamlid en de klient besloten tot een direkte behandeling of tot een doorverwijzing. Dit wordt gerealiseerd, hetzij door de huisarts geadviseerd door het p.s.h.team, hetzij door huisarts en p.s.h.teamlid gezamenlijk, hetzij door een p.s.h.teamlid na overleg met de betrokken huisarts en overige teamleden.

Bij het sub c. vermelde zal getracht worden de klient inzicht te geven in diens problematiek, hem te motiveren tot een meer geëigende hulpverlening en hem te begeleiden bij deze verwijzing.

De konkrete uitwerking van deze verwijzingsgesprekken zal uitgevoerd worden door de huisarts, een p.s.h.teamlid of door beiden. (Voor een meer gedetailleerde uitwerking van de beoogde werkwijze verwijzen we naar par. 7 hulpverleningsrelaties).

- B. Datavastlegging: om te komen tot een efficiënte werkwijze is het noodzakelijk zoveel mogelijk gegevens vast te leggen omtrent het konkreet funktioneren van het projekt.

Dit is noodzakelijk voor de evaluatie, voor het bijsturen van het concreet functioneren en om te komen tot harde feiten. En het is nodig voor de diverse onderzoeksfacetten van het project en voor de evaluatie van het totale project.

Er zal gebruik gemaakt worden van uniforme, gestandaardiseerde en geprecodeerde, gemakkelijk te herkennen formulieren.

Het gaat hier om:

- persoonsgegevens:

naam van de klient:	geslacht:
adres:	burgerlijke staat:
wijk:	religie:
woonplaats:	aantal kinderen:
geb.datum:	functie:
	huisarts:

- intake gegevens:

naam van de klient:	prognose:
datum intake:	advies:
mate van kwetsbaarheid:	behandelingsvorm:
intake(s):	behandelingsverwachting:
autobiografie (een door de klient zelf opgeschreven verhaal over zijn klachten/problemen):	relatie tussen klient en intaker:
klacht aanbod:	van de kant van de klient
probleemindikaties:	van de kant van de intaker

- behandelingsgegevens:

naam van de klient:	verwachting (cf.intake):
behandelingsvorm:	behandelingsresultaat:
hulpverlener(s):	prognose:
behandelingsdata:	kontrole:
gespreksduur:	satisfaktie van de klient:
	satisfaktie van de hulpverlener:

- verwijzingsgegevens:

naam van de klient:	verwachting van de verwijzing:
datum intake:	verwezen instantie:
intake(s):	kontakt met instantie gedurende behandeling:
klachtaanbod:	kontakt met klient gedurende behandeling:
probleemindikatie:	behandelingsresultaat:
prognose:	prognose:
	kontrole:
	satisfaktie van de klient:
	satisfaktie van de hulpverlener:

- evaluatiegegevens:

naam van de klient:	behandelingswijze:
datum intake:	behandelingsverwachting:
intake(s):	behandelingsfrequentie:
klachtaanbod:	behandelingsresultaat:
probleemindicatie:	prognose:
prognose:	kontrole:
advies:	satisfaktie van de klient:
	satisfaktie van de hulpverlener:

Het is duidelijk dat hier uitgegaan wordt van een kumulatief protokolf formulier. Hierdoor wordt alles in een formulier neergelegd, zodanig dat onnodige administratieve werkzaamheden worden vermeden, met behoud van alle gegevens. Op deze manier is het mogelijk dit formulier te gebruiken zowel voor een klient, die met een zeer eenvoudige hulpvraag komt (b.v. pilkontrole), als voor een klient, die met een zeer komplekse hulpvraag komt (b.v. een klient, die via huisarts, p.s.h.team, 1e en 2e lijns instanties in de 3e lijn behandeld moet worden).

- C. Koördinatie: de projectgroep bestaande uit huisartsen en leden van het p.s.h.team, die konstant samenwerken, achten een koördinatiecentrum binnen dit projekt noodzakelijk (o.m. voor de herkenbaarheid, aanspreekbaarheid en effectiviteit van het projekt).

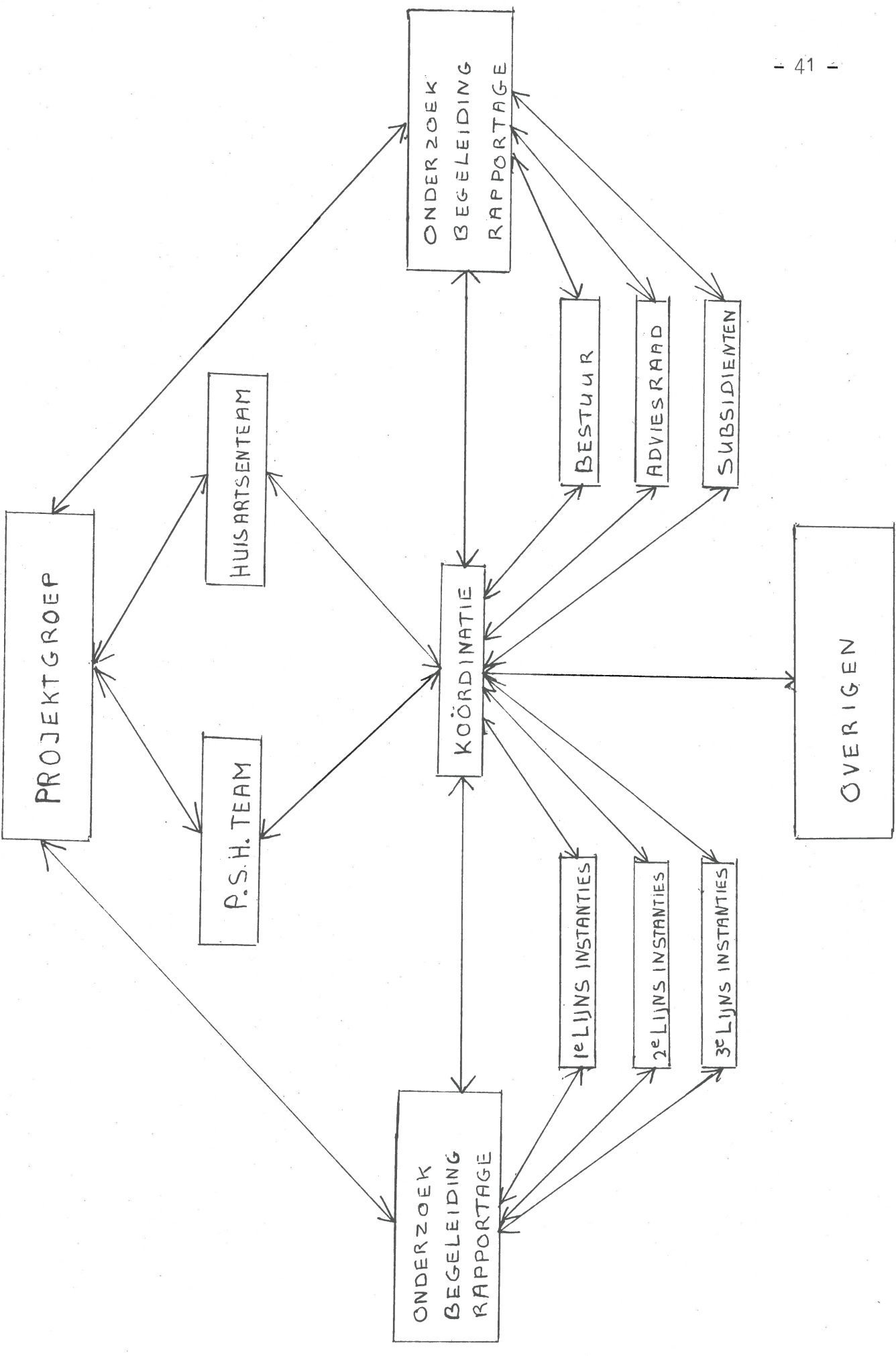
Het gaat hier om: - vergaren van alle gegevens

- administratieve werkzaamheden t.b.v. het projekt
- koördinatie van de activiteiten van het team
- kommunikatie naar de 1e en 2e lijns instanties
- kommunikatie naar subsidiegegevers
- kommunikatie met onderzoeker en begeleider
- kommunikatie met het bestuur
- representatie naar buiten toe
- degenen die formeel aangesproken kunnen worden namens de projectgroep.

Hoewel het een vanzelfsprekende zaak is dat iedere projektparticipant datgene vastlegt, uitvoert enz. wat hij nodig acht, is een totaal overzicht van de gegevens van alle activiteiten van alle participanten noodzakelijk.

Deze koördinatoren zullen in frekwent kontakt staan met de projektbegeleider. De koördinatoren zijn: 1 huisarts en 1 p.s.h.teamlid. (cf. organisatieschema).

De leden van het koördinerend orgaan hebben een mandaat van de projektgroep, maar zijn voor hun activiteiten verantwoording schuldig aan de projektgroep.



3. De hulpvrager

Uitgaande van het principe dat de meest geëigende vorm van hulpverlening een hulpverleningsproces is, dat het gezondheidsbesef van de klient als uitgangspunt neemt, is een omschrijving van de hulpvrager noodzakelijk. Iemand die om hulp vraagt, geeft daarmee te kennen problemen te hebben, die hij niet zelf kan oplossen en die hem zodanig hinderen in zijn funktioneren, dat hij hulp van anderen nodig heeft. Iemand die zich bij een hulpverlener aanmeldt, is iemand wiens evenwicht in zijn psycho-socio-systeem zodanig verstoord is, dat hij niet meer in staat is met zijn eigen aangeleerde manieren deze problemen op te lossen en/of het verstoorde evenwicht te herstellen. (cf. Baas 1974).

Aldus wordt zo iemand hulpvrager en heeft door de druk van zijn problematieken en zijn situationele beperkingen direkte en konkrete hulp nodig.

Met zijn hulpvraag wendt hij zich tot de eerst in aanmerking komende hulpverlener i.c. de huisarts. Deze zou hem bij voornamelijk psycho-sociale problematieken moeten doorverwijzen naar meer daartoe geëigende hulpverleners. Veelal kan de huisarts dat niet, ook al wil hij dat (cf. Kok 1974).

Ook is het mogelijk dat de klient zich niet laat doorverwijzen, of dat de hulpverleningsinstantie, waar hij naar verwezen is, niet direkt kan helpen.

Deze en andere eerder genoemde factoren zijn er debet aan dat de klient, die aanvankelijk in een vroeg stadium zijn problematiek presenteert, niet of niet deskundig geholpen wordt en dus noodgedwongen getranquilliseerd wordt. Maar de eerder aangeboden problematiek is niet verdwenen, maar verergert vaak.

4. Het hulpverleningsmodel

In dit projekt wordt uitgegaan van een hulpverleningsmodel, waarbij de hulpvrager zo snel mogelijk in zijn eigen milieu geholpen kan worden. Het in het projekt beoogde samenwerkingsverband tracht deze vorm van hulpverlening te intensiveren en te optimaliseren door direkt in de hulpverlening aan te sluiten bij de behoefte van de klient. Zo nodig wordt zo snel mogelijk doorverwezen naar de andere instanties in 1e, 2e en 3e lijn, met begeleiding van de projektgroep. De projektgroep staat aldus een hulpverleningsmodel voor, waarbij een antwoord gegeven wordt op de toenemende druk van de behoeften van de klient en diens situationele beperkingen (cf. Weakland c.s. 1974).

Het gaat hierbij om een hulpverleningsvorm, die de door de hulpvrager en hulpverlener gewenste veranderingen zo snel mogelijk bij de klient tracht aan te brengen en daardoor in de aan de klient gerelateerde sub- en supra-systemen.

Volgens de systeemtheorieën is het noodzakelijk te interveniëren, wanneer systemen (sub- en supra-) gaan disfunktioneren. Door te kiezen voor het hulpverlening aan de basis ligt het voor de hand te kiezen voor interventies in de meest eenvoudige subsystemen, vaak met de individuele klient beginnend. Elk disfunktioneren, in welk sub- of supra-systeem dan ook, heeft uiteindelijk tot gevolg het disfunktioneren van het individu. Dit individu gaat probleemverdrag vertonen, kan zijn problemen zelf niet meer oplossen, komt om hulp vragen en wordt aldus klient.

Het is dan vereist dat er kozen wordt voor die hulpverleningsvormen die zo snel en adequaat mogelijk de gewenste veranderingen aanbrengen. Het gaat hier om het doen verdwijnen c.q. voldoende verminderen van het aangeboden disfunctioneel probleemgedrag van de klient.

Op basis van deze vooronderstellingen heeft de werkgroep gekozen voor de korte termijn behandelingsvormen. De groep heeft gekozen voor die vormen, die op grond van empirische gegevens, goede resultaten blijken te boeken.

De werkgroep is van mening dat, wil zij haar doelstellingen op een realistische wijze waarmaken, de aangeboden psycho-sociale hulpverlening maximaal 10 kontakten per klient mag vergen.

Er zullen desondanks nogal wat klienten overblijven, die meer hulpverleningskontakten behoeven en die verwezen en begeleid zullen worden naar de meer voor hen in aanmerking komende hulpverleningsinstanties (cf. hfdst. IV).

5. Hulpverleningsvormen

De vormen van hulpverlening, die voldoen aan het door de werkgroep vastgestelde projektkriterium, kunnen er velen zijn. Maar de werkgroep heeft gekozen voor een hulpverleningsmodel, waarin de klient direkt in zijn milieu benaderd wordt en waarin het maximum van 10 hulpverleningskontakten niet te boven gegaan wordt.

Uitgaande van de hulpverleningsprincipes van de projektgroep, maakt zij ook hier gebruik van de systeemtheoretische benadering.

Het aangeboden probleemgedrag (afwijkend of gestoord) zal ongetwijfeld gerelateerd zijn aan resultaten van de stoornissen in de sub- of supra-systemen, waarmee de klient nauw verbonden is. Dit zou kunnen betekenen dat een uitvoerige analyse van deze stoornissen, welke in het aangeboden probleemgedrag uitmondt, vereist is. Het zou ook betekenen dat er uitvoerig ingegaan dient te worden op de ontstaansgeschiedenis van de aangeboden problematiek. Maar juist deze benaderingen vergen veel, teveel tijd en is een van de meest belangrijke oorzaken, dat de psycho-sociale hulpverlening zoveel tijd vraagt. (N.B. in vele gevallen blijkt dit echter toch nodig te zijn, maar de voor deze benadering in aanmerking komende klienten worden verwezen naar daarvoor specifiek ingestelde hulpverleners).

Om nu direkt konkreet en toch adequaat hulp te kunnen verlenen kiest de projektgroep, zoals gesteld, voor de korte termijn behandeling.

Korte termijn behandeling houdt in dat: "apparently minor changes in overt behaviour or its verbal labeling often are sufficient to initiate progressive developments" (cf. Weakland c.s. 1974).

Deze vorm van behandeling heeft vele elementen van andere meer langdurige behandelingsvormen in zich (cf. Langsley, Caplan, Minuchin), maar heeft zich tot een geheel op zichzelf staande hulpverleningsvorm ontwikkeld.

Deze behandelingsvorm houdt de volgende principes in:

- probleemgedrag wordt veelal in somatische symptomen gepresenteerd
- probleemgedrag bestaat voornamelijk uit interactieproblemen
- probleemgedrag is vaak het gevolg van een overgevoeligheid in een bepaalde leeftijdsfase
- probleemgedrag geeft vooral uiting aan het feit dat de klient zijn problemen niet adequaat kan hanteren
- probleemgedrag wordt veelal versterkt door aksentueren van overschatten of onderschatten van deze problematiek
- probleemgedrag wordt vaak medeveroorzaakt door goed bedoelde, maar vaak averechts werkende steun van de direkte omgeving
- probleemgedrag dat chronisch is dient beschouwd te worden als een steeds opnieuw onjuist hanteren van de problemen
- probleemgedrag wordt altijd versterkt door situationele problemen
- probleemgedrag is vaak op te lossen door verandering aan te brengen in gedragspatronen
- probleemgedrag is vaak te verhelpen door veranderingen aan te brengen die de klient kennelijk helpen, ook al is de oplossing in de ogen van de hulpverlener irreëel
- probleemgedrag kan het best aangepakt worden door een duidelijk en gemakkelijk vastgesteld veranderingsdoel, hetgeen impliceert de nadruk op kleine veranderingen
- probleemgedrag kan vaak het best aangepakt worden door niet verder te gaan dan wat de klient als probleem brengt. Dit geeft de klient vaak de mogelijkheid zonder direkte hulp zichzelf verder te veranderen
- probleemgedrag vereist een pragmatische aanpak: dus niet vragen naar het *Waarom*, maar naar het *Wat - Hoe - Hoe vaak* enz.
- probleemgedrag vraagt om een grotere activiteit van de hulpverlener dan "normaal" gebruikelijk is
- probleemgedrag vraagt om systeemverandering, dus om doelbewuste actieve interventies van de hulpverlener in de verstoorde interacties
- probleemgedrag vraagt om situationele veranderingen welke door konkrete direktieven van de kant van de hulpverlener aan de klient worden gegeven.

Bovenstaande vormt het uitgangspunt voor de voorgestelde hulpverleningsvormen, die in het projekt gekonkretiseerd worden.

Hierdoor wordt ook het taken- en functiepakket van iedere projekt-participant verduidelijkt (zie ook hfdst. IV).

6. Hulpverleningstaken

1. gedragsomschrijving:

bedoeld om een konkreet helder beeld te verkrijgen van de klient t.b.v. intake →
→ prognose → advies → behandelingsvorm
→ hulpverlener(s)

2. milieuomschrijving: bedoeld om een helder en concreet beeld te verkrijgen van de belangrijkste systemen (c.q. gezin - werk en woonsituatie), waarin de klient funktioneert t.b.v. intake
→ prognose → advies → behandelingvorm
→ hulpverlener(s)
3. konsultatie:
• arts met p.s.h.teamlid, zo mogelijk met klient
• arts met p.s.h.teamlid met hulpverlener uit 1e of 2e lijn, zo mogelijk met klient bedoeld
om aldus meer inzicht te verwerven in de problematiek van de klient en gezamenlijk te komen tot een behandelingsplan
4. adviesgesprek: een p.s.h.teamlid adviseert de huisarts t.b.v. die klienten, waarbij de psychosociale problematiek gering is en voortvloeit uit somatische klachten
5. gesprekstherapie: huisarts en/of p.s.h.teamlid tracht(en) de klient meer inzicht in zijn problemen te verschaffen en hem te helpen veranderingen in zijn gedragpatronen aan te brengen (het gaat hier om klienten die met een maximum van 10 kontakten geholpen kunnen worden)
6. gezinstherapie: huisarts en/of p.s.h.teamlid(leden) tracht(en) een echtpaar of een geheel gezin meer inzicht in hun problemen te verschaffen en hen te helpen veranderingen aan te brengen in hun gedragpatronen (deze klienten zullen meestal langdurige hulpverleningskontakten nodig hebben en zullen derhalve vaak na het verschaffen van inzicht in hun problematiek gemotiveerd worden zich te laten helpen door andere instanties)
(cf. Nevejan, Blankstein, van der Meulen e.v.a.)
7. krisisinterventie: hier wordt een klient die door een akute incidentele gebeurtenis in een crisis is geraakt, hulp verleend.
Juist in een krisissituatie bestaat er een sterkere neiging om hulp te zoeken en is de klient ontvankelijk voor een belangrijke verandering in korte tijd en is maximaal te beïnvloeden.
De interventie kan geschieden door de huisarts, door een p.s.h.teamlid, door beiden of door een lid van een andere instantie.

De bedoeling is de klient meer evenwicht te doen krijgen of zelfs zijn oude evenwicht te doen herkrijgen.

Veelal zal de krisisinterventie slechts de voorbereiding zijn voor verwijzing naar hulpverleningsinstanties, die een langdurige therapie kunnen verlenen.

In dit geval wordt door het opheffen van de akute krisis de belemmeringen weggenomen voor een meer geëigende therapie (cf. Caplan, Lindeman, Baas e.v.a.)

8. Relaxatiëtrainingen:

het gaat hier om klienten d.m.v. diverse relaxatie-technieken zich te leren ontspannen, zowel lichamelijk, cognitief, als emotioneel. Deze behandelingsvorm kan door ieder lid van de projektgroep uitgeoefend worden. Er wordt gestreefd naar een mogelijkheid klienten bandjes mee te geven om thuis de ontspanningsoefeningen te doen. Vaak zal deze behandelingsvorm op zich een groot therapeutisch effect kunnen hebben

9. gedragstherapie:

door huisarts of p.s.h.teamlid. Het doel is te komen tot een nauwkeurige analyse van die factoren, die het gestoorde gedrag van de klient nu veroorzaken. Hierna wordt een programma opgesteld, waardoor de klient stap voor stap het gewenste gedrag aanleert en zijn inadekwate gedragspatroon in positieve zin verandert (cf. Beech, de Moor, Ransay e.v.a.)

10. trainingen:

huisarts en een of meerdere p.s.h.teamleden trachten tesamen met een groep klienten de gewenste duidelijkheid te verschaffen en de gewenste veranderingen aan te brengen. Deze groepen worden samengesteld op grond van een gelijksoortige problematiek

11. verwijzingsbegeleiding:

een p.s.h.teamlid, in overleg met arts en klient begeleidt de klient naar de verwezen instantie. Dit geschiedt al dan niet in een direkt kontakt met een hulpverlener van deze instantie

12. informatieve verwijzing:

een p.s.h.teamlid maakt de klient attent op het bestaan van mogelijkheden, die een indirekt therapeutisch effect kunnen hebben. Bedoelt wordt het attenderen op en zo nodig begeleiden naar o.m. yoga-clubs, de Beeldenaar, het C.O.C., Sociaal Café, Kerst-Inn, Dagcentrum e.d.

7. Hulpverlening concreet

Om een duidelijk beeld te geven hoe de werkgroep zich voorstelt op welke wijze de projektgroep concreet zal functioneren, is hieronder getracht een stapsgewijze benadering van haar hulpverleningsuitvoering te geven.

Vanuit de hulpverlener gezien

- | | |
|---|---|
| stap 1. klient-huisarts | - geen behandeling
- behandeling door huisarts zelf |
| stap 2. klient-huisarts-p.s.h.teamlid | - konsultatief
- begeleiding bij behandeling door arts
- advies tot behandeling door p.s.h.team |
| stap 3. klient-huisarts-p.s.h.team | - hulpverlening samen met arts
- hulpverlening in overleg met arts |
| stap 4. klient-p.s.h.teamlid | - behandeling door p.s.h.team
- in overleg met huisarts |
| stap 5. klient-huisarts-p.s.h.teamlid | - verwijzingsindikatie en motivering
- begeleiding naar verwijzer |
| stap 6. klienten-huisarts-p.s.h.teamlid | - middels groepskontakten
- klienten met gelijke problemen behandelen |
| stap 7. klienten-p.s.h.teamleden | - middels groepskontakten in overleg met huisarts klienten behandelen |
| stap 8. huisartsen-p.s.h.team | - regelmatige evaluatieve en bijsturingsbijeenkomsten al of niet begeleid door projektadviseur of andere specifieke deskundigen (1x14 dg) |
| stap 9. huisartsen-projektbegeleider/
onderzoeker | - regelmatige bijeenkomsten ter bespreking van het reeds gevoerde en nog uit te voeren onderzoek (1x2mnd) |
| stap 10. p.s.h.team-projektbegeleider/
onderzoeker | - zie sub stap 9. |

- stap 11. klient-huisarts-p.s.h.teamlid en hulpverlener uit de 1e, 2e en 3e lijn - hierbij is vooral sprake van een konsultatie contact
- stap 12. artsen+p.s.h.team+leden uit de 1e, 2e en evt. 3e lijn en evt. andere specifieke deskundigen - bespreken van samenwerkingskontakten, ervaringen en besturing van de systematische planning
- stap 13. beleidsteam, bestaande uit leden van de huidige projectgroep evt. aangevuld met leden van de 1e, 2e en evt. 3e lijn en de projektbegeleider/onderzoeker - het kritisch bekijken van van konkrete en onderzoeksresultaten om aldus met beleidsvoorstellen te komen
- stap 14. onderzoeksteam, bestaande uit projektbegeleider/onderzoeker + assistent benevens incidenteel specifieke deskundigen en somstijds aangevuld met een lid van het projektteam - het kritisch evalueren van onderzoeksmethoden, het effect van het onderzoek op evt. korrektie van het konkreet funktioneren alsmede rapporteren hiervan
- stap 15. bestuursteam, aangevuld indien nodig met een lid van het projektteam - het uitvoeren van bestuurlijke taken alsmede controle op het projekt in algemene zin
- stap 16. klienten aangevuld indien nodig met een lid van het projektteam - de uitwerking konkreet van het eksperiment op de klient bespreken. Behoeften signaleren ter korrektie op het projekt

Konkreet

stap 1.

De klienten komen met hun hulpvraag bij de huisarts. De huisarts selekteert in eerste instantie de klienten met psycho-sociale klachten in:

- a. klienten die hij zelf kan behandelen
- b. klienten die hij acuut moet verwijzen
- c. klienten waarvoor hij konsultatie behoeft met p.s.h.teamlid
- d. klienten welke hij in aanmerking vindt komen voor behandeling door p.s.h.teamlid al of niet in samenwerking met team.

stap 2.

Een p.s.h.teamlid komt 2x per week bij de huisarts (of in de zeer direkte omgeving

- a. 1x voor de klienten, waarvoor de arts konsultatie behoeft, zo mogelijk met de klient
- b. 1x voor de klienten, waarvoor de arts in overleg met de klient van mening is, dat er behandeling door een p.s.h.teamlid nodig is.

In wekelijkse kontakten sub a. en sub c. wordt de mogelijkheid ingebouwd konsultatieve hetzij evidente verwijzingskontakten te leggen met leden van de groeperingen uit de 1e en 2e: of 3e lijn.

stap 3.

Het p.s.h.team houdt 1x per week een bijeenkomst, zodanig belegd, dat iedere participerende huisarts kan deelnemen, wanneer het gaat om zijn klient.

Deze bijeenkomsten zijn er om klienten, wier hulpverleningsmodel c.q. verwijzingsmodel nog niet duidelijk is, te bespreken. Hieruit volgt:

- a. behandeling door huisarts
- b. behandeling door huisarts met begeleiding
- c. behandeling door p.s.h.teamlid met/in overleg met huisarts
- d. verwijzingsbegeleiding naar specifieke instantie
- e. indicatie: in aanmerking komend voor groepsbehandeling door huisarts+p.s.h.teamlid
- f. indicatie: in aanmerking komend voor groepsbehandeling door p.s.h.teamleden.

stap 4.

Deze activiteiten worden op gerekodeerde kaarten vastgelegd in de vorm van een kumulatief protokolf formulier (cf. par.2 ad.B.).

stap 5.

Regelmatig zullen de participanten, vooral n.a.v. konsultatie en verwijzing, een bijeenkomst beleggen met overige 1e lijns hulpverleners en 2e lijns hulpverleners.

stap 6.

Regelmatig zal het beleidsteam bijeenkomen om de werkwijzen, ervaringen evt. onderzoeksresultaten te bespreken.

stap 7.

Regelmatig zal het onderzoeksteam in kontakt treden met participanten voor de bespreking van het tot dus toe verrichte onderzoek en de planning van toekomstig onderzoek.

stap 8.

1x per jaar komen de projektparticipanten een weekend bijeen om op een wat meer persoonlijke wijze met elkaar hun bevindingen en gevoelens te evalueren.

8. Samenwerkingsvorm

Om bovenstaande taken uit te kunnen voeren acht de werkgroep het noodzakelijk duidelijkheid te hebben over het door hen te gebruiken funktioneringsmodel.

Vooronderstellend dat eenieder bekend is met het medisch hulpverleningsmodel, zoals ook met het sociaal model, zal het geen verbazing wekken, dat wij bij onze hulpverlening kiezen voor het interaktiemodel.

Bij het hanteren van het interaktiemodel wordt de klient als somato-psycho-sociale eenheid beschouwd en als zodanig integraal behandeld. "De essentie van dit model is dat niet langer alleen gezocht wordt naar lichamelijke oorzaken van een klacht, doch ook gelijktijdig naar psycho-sociale oorzaken; het streven is ziekten multi-konditioneel te verklaren in plaats van mono-causaal" (cf. Bruins 1974). Van belang is ook dat in dit model, uitgaande van de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, het hulpverleningsproces een zaak is van beiden, hulpverlener en hulpvrager.

Een dergelijk hulpverleningsmodel, gerelateerd aan een duidelijke hulpverleningsvisie en daarmee aan een visie op mens en maatschappij, heeft als logische gevolgtrekking "dat wij als huisartsen onze patienten nauwelijks meer verantwoord alleen kunnen behandelen, maar slechts in een team met andere disciplines" (cf. Bruins 1974).

Om onderlinge afhankelijkheid en de daaraan gekoppelde wederkerige aktiveringen te kunnen realiseren acht de werkgroep het noodzakelijk, dat de projektgroepsleden tijdens de projektfase begeleid worden.

Deze begeleiding zal zich met name dienen te richten op deskundigheidsbevordering van de projektparticipanten en op het toetsen van de vooronderstellingen, die aan dit projekt ten grondslag liggen.

Hierbij wordt gedacht aan:

- a) supervisie: het geven van supervisie door een der leden van de projektgroep aan een of meerdere andere leden. Afhankelijk van de gekwalificeerdheid van het groepslid en afhankelijk van de supervisievrage is een lid supervisor en de ander supervisant. Getracht zal worden te komen tot een intervisie, zodat eenieder supervisor en supervisant is. Dit alles bedoeld om de hulpverlening meer effectief en adequaat te doen verlopen.
- b) projektbegeleiding: het scheppen van die kondities, waardoor de projektgroepsleden op een optimale wijze met elkaar kunnen samenwerken. Dit wordt gerealiseerd door de regelmatige evaluatie-bijeenkomsten en door zonodig interaktie- en vaardigheidstrainingen.
- c) kommunikatie: het kreëren van een werkbare relatie tussen projektgroep en de hulpverleners van andere instanties. Het gaat hier vooral om het doen verminderen van "vertaal en interpretatie" problemen.
- d) onderzoek: het verzamelen van de gegevens, die voortkomen uit het hulpverleningsproces van de projektgroep, deze te evalueren, waardoor bijsturing mogelijk is
het verzamelen van gegevens direkt afkomstig van de klienten om de ideeën van de groep en die van de klienten te kunnen vergelijken.

e) rapportage:

het regelmatig verslag uitbrengen van de tot dan toe bekende gegevens.

Eenzijds bedoeld voor eenieder, die direkt of indirekt bij dit projekt betrokken is, anderzijds om de klienten duidelijkheid te geven over deze hulpverleningsvorm.

Zo zal het mogelijk zijn te komen tot een informatieuitwisseling van klient en hulpverlener, waardoor de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid gestimuleerd kan worden.

HOOFDSTUK VI

Onderzoek - rapportage - begeleiding

1.1. Onderzoek

Om te komen tot een toetsing van de in dit rapport gestelde vooronderstellingen, van de concrete resultaten van dit experiment, is een systematisch en methodisch onderzoek noodzakelijk. Immers in de diverse nota's wordt steeds gewezen op het gebrek aan planning, begeleiding en gerichte advisering en het daaruit voortvloeiend gemis aan bijsturing t.a.v. de concrete hulpverlening. De structuurnota gezondheidszorg stelt: "voor een goed functioneren van een bestuurlijke beheersing van de gezondheidszorg, van planning en toezicht acht de ondergetekende de beschikbaarheid van een aan het beleid dienstbare informatie onontbeerlijk" (cf. Hendriks 1974). Van Nieuwenhuizen stelt in zijn inaugurale rede "Wanneer men door een ontwikkeling in de 1e lijns gezondheidszorg zou komen tot een vermindering van het aantal opnamen, dan nog moet worden bezien of dit leidt tot een verbetering van de gezondheidstoestand....." En verder "Slechts een objektieve kritische benadering via een "controlled trial", dat wil in dit geval dus zeggen een gekontroleerde studie ten aanzien van een andere niet op deze wijze behandelde groep, kan gegevens opleveren voor een beoordeling van de betekenis van een multidisciplinair eerste echelon" (cf. Nieuwenhuizen 1974). Evenzo wordt in de zgn. voorlopige stimuleringsnota de nadruk gelegd op de evaluatie van de resultaten van de toepassing van nieuwe methodieken en op de evaluatie van nieuwe werkvormen (cf. Stimuleringsregeling 1974). Van den Hout (1974), inhakend op het Rapport Huisarts en Wetenschappelijk onderzoek (cf. N.H.I. 1973) spitst dat t.a.v. te verrichten onderzoek in de 1e lijn toe op de daartoe aan te wijzen functionaris. "Wil men tot verantwoorde uitspraken komen over deze aspecten (onderzoek van gegevens die voortkomen uit interdisciplinaire samenwerkingsverbanden), dan kan men de daadwerkelijke hulp van de gedragswetenschappen onmogelijk missen. Vooral bij de psychologische aspecten komt dit in het werk van de huisarts met de talloze individuele contacten van allerlei aard zeer sterk naar voren". Van den Hout denkt hierbij, niet alleen maar wel voornamelijk, aan een psycholoog.

In het hier voorgestelde projekt gaat het duidelijk om een samenwerking van hulpverleners afkomstig uit diverse disciplines. Dit experimenteel projekt zal haar bruikbaarheid echter dienen te bewijzen. "Dit is alleen mogelijk wanneer de verschillende hulpverleners kunnen wijzen op concrete resultaten. Ontbreken deze overtuigende resultaten, doordat de evaluatiecriteria aan de hand waarvan deze resultaten kunnen worden vastgesteld niet zijn ontwikkeld, dan zal het beslissingsproces in de samenwerkingsrelatie eerder worden beïnvloed door het beeld dat men van elkaars discipline heeft. Niet rationele argumenten geven dan de doorslag, maar de status van de hulpverlener, de beschikbaarheid van therapieën en de toevallige invloed die men in de samenwerkingsrelatie heeft. Dit betekent dat het ontwikkelen van evaluatiecriteria niet alleen een noodzakelijk voorwaarde is voor theorievorming maar tevens

voor een efficiënte samenwerking, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kennis" (cf. Dieriks en Ris 1974). Het is om bovengenoemde en andere redenen dat de werkgroep voor een systematisch en methodisch onderzoeksplan heeft gekozen. Deze keuze is ingegeven door het inmiddels bekende feit dat subsidiënten een goede evaluatie, gebaseerd op hard facts, eisen bij initiatieven om te komen tot nieuwe werkvormen. Belangrijker echter is dat deze keuze gebaseerd is op de mening van de werkgroep, dat een objectief onderzoek nodig is voor een doelmatige planning, een adequate informatieuitwisseling en voor de toetsing van de vooronderstelde meer efficiënte en effectieve werkwijze.

1.2. Onderzoeksopzet

Het moge duidelijk zijn dat in dit hoofdstuk slechts globaal ingegaan kan worden op het te verrichten onderzoek.

Een gedetailleerd onderzoeksschema hoopt de werkgroep medio oktober 1975 in een te publiceren rapport uit te brengen.

Nu kan gesteld worden dat het onderzoek zich dient te richten op:

- de toetsing van de meest relevante vooronderstellingen, waarvan de werkgroep uitgaat bij haar analyse van de huidige hulpverlening (cf. hfdst. II)
- de toetsing van de meest relevante vooronderstellingen, waarvan de werkgroep uitgaat bij haar visie op de gezondheidszorg (cf. hfdst. III)
- de toetsing van de meest relevante vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan de door de werkgroep voorgestelde hulpverleningsvorm, zoals dat in het project gerealiseerd zal worden (cf. hfdst. III - IV)
- het ontwikkelen van evaluatiecriteria, waardoor harde gegevens verkregen kunnen worden van de in het project voorgestelde hulpverleningsvorm
- het toetsen d.m.v. o.m. deze evaluatiecriteria:
 - . van het samenwerkingsproces van de hulpverleners
 - . van de hulpverleningsvormen
 - . van de communicatie tussen projectgroep en 1e, 2e en 3e lijns hulpverleners
 - . de satisfactie van hulpvragers
 - . de satisfactie van hulpverleners
 -enz.
- de toetsing van de resultaten van dit samenwerkingsverband vergeleken met de resultaten van andere samenwerkingsverbanden
- de toetsing van de resultaten van dit samenwerkingsverband in vergelijking met een representatieve groep van de klanten van 6 huisartsen die niet aan dit project deelnemen

- een studie naar de belemmerende factoren bij de hulpverlening in de 1e lijn
- een studie naar specifieke, aan het project gerelateerde probleemkategorieën als:
 - . een categorieënsysteem, waarin de belangrijkste variabelen zijn opgenomen, welke verantwoordelijk geacht kunnen worden voor psycho-sociale problematiek
 - . een hulpverleningssysteem, waarin op basis van het categorieënsysteem aangegeven kan worden, welke hulpverlening voor welke psycho-sociale problematiek het meest geschikt is
- een studie naar o.m. specifiek aan dit project gerelateerde probleemkategorieën, waarbij de psycho-sociale problematiek een zeer belangrijke faktor is voor het ontstaan van de klacht in het algemeen en waarvoor gezocht dient te worden naar meer specifieke vormen van hulpverlening. Het gaat hier om onderzoek naar b.v.
 - . gezinsproblematiek en de daarmee samenhangende psycho-sociale problematiek met als doel te komen tot die hulpverleningsstrategieën die voor deze categorie klanten het meest adequaat is
 - . de puberteits- en adolescentenproblematiek en de daarmee samenhangende psycho-sociale problematiek met als doel te komen tot een hulpvraagklassifikatie en een daarop gebaseerde hulpverleningsstrategieënsysteem.

1.3. Voorlopig onderzoeksschema

- een klientengedragsonderzoek (+ september 1975) met als vraag:
Hoe verhouden zich de hulpvragers t.o.v. de hulpverleners en hoe ervaren zij dit.
- een huisartsengedragsonderzoek (+ september 1975) met als vraag:
Hoe verhouden de hulpverleners zich t.o.v. de hulpvragers en hoe ervaren zij dit.
- een psycho-sociaal hulpverlenersgedragsonderzoek (+ september 1975) met als vraag:
Hoe verhouden de hulpverleners zich t.o.v. de hulpvragers en hoe ervaren zij dit.
- een attitudeonderzoek bij de huisartsen (+ oktober 1975) met als vraag:
Welke behoefte heeft de huisarts aan psycho-sociale hulpverlening en hoe staat hij t.o.v. de psycho-sociale klient en de psycho-sociale hulpverlener.
- een behoeftenonderzoek bij de hulpvragers (+ oktober 1975) met als vraag:
Welk zijn nu de behoeften aan psycho-sociale hulpverlening bij de klienten en hoe ervaren zij deze hulpverlening.

- een analyseonderzoek bij de hulpverleners in de 1e, 2e en 3e lijn (+ oktober 1975) met als vraag:
Hoe ervaren zij de samenwerking met de huisartsen, hoe ervaren zij hun samenwerking onderling en hoe ervaren zij de resultaten van hun psycho-sociale hulpverlening.
 - een evaluatieonderzoek t.b.v. het projekt naar:
 - . samenwerking binnen de projektgroep
 - . samenwerking van de projektgroep met 1e, 2e en 3e lijns hulpverleners
 - . de resultaten van de hulpverleningsvormen; hoe zij beleefd worden door hulpverlener en hulpvrager
 -
 - enz.
- N.B. dit onderzoek zal periodiek o.m. op basis van de kumulatieve protokolgegevens uitgevoerd worden, waarbij tussentijdse evaluaties en eventuele bijsturing mogelijk is.

2. Rapportage

Een van de doelstellingen van dit projekt is het verzamelen van zoveel mogelijk gegevens en de verbreiding van de resultaten, verkregen door een wetenschappelijke verwerking van deze gegevens.

De werkgroep acht een uitwisseling van informatie niet alleen noodzakelijk voor het voorgestelde projekt, maar ook nuttig voor anderen in de 1e lijn werkzaam. Zoals de projektgroep tracht gebruik te maken van de resultaten, verkregen door onderzoek en ervaring van anderen, zo wil zij ook haar eigen onderzoeks- en ervaringsgegevens op bredere schaal verspreiden.

De wijze waarop dit gerealiseerd zal worden is drieledig:

- 1- door tussentijdse evaluatieverslagen opgesteld door de aan dit projekt verbonden onderzoeker
- 2- door tussentijdse ervaringsgegevens van de projektgroep opgesteld tesamen of in overleg met de aan dit projekt verbonden onderzoeker
- 3- door een jaarlijks op te stellen rapport, waarin de gang van zaken zowel inhoudelijk, procesmatig als wat betreft de onderzoekskant wordt weergegeven. Tevens zal in dat rapport de reacties van de lezers, alsmede de ervaringen van de projektgroep met de hulpverleners in de 1e, 2e en 3e lijn en vice versa worden verwerkt.

De werkgroep denkt bij de informatieverbreiding aan de mogelijkheid de rapporten in zijn geheel te publiceren en gedeelten en/of samenvattingen ervan in daarvoor in aanmerkende komende tijdschriften. Bovendien ligt het in de bedoeling regelmatig een informatiebulletin aan de klienten te sturen.

3. Begeleiding

In de voorafgaande hoofdstukken zijn we ingegaan op de noodzaak van een begeleiding van dit projekt. In onze analyse van de huidige hulpverlening konkludeerden we dat een groot aantal belemmerende factoren in het gezamenlijke funktioneren van de hulpverleners in de 1e lijn

te wijten zouden zijn aan: de kommunikatieproblemen - statusverschillen - interpretatieverschillen - deskundigheidsverschillen e.d.

In onze visie op de hulpverlening konkludeerden we dat o.i. de meest ideale vorm van hulpverlening er een is, die uitgaat én van het gezondheidsbesef van de klient én van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van hulpvrager en hulpverlener. Maar aangetoond is ook dat de klient nog zeer veel moeite heeft zijn psycho-sociale klachten te onderkennen en als zodanig te aksepteren en deze niet meteen in somatische klachten te vertalen.

Daarbij is opgevallen dat deze attitude t.o.v. de psycho-sociale klachten bij vele hulpverleners ook nog voorkomt. Dus ook op dit gebied zijn vele "taalproblemen" en attitudinale problemen te onderkennen. De werkgroep heeft op basis van de systeemtheorieën gekozen voor een integraal hulpverleningsmodel. Dit impliceert het leren "herkennen" van verschillende symptomen en syndromen met verschillende nuanceringen door hulpverleners, die van oudsher alleen maar door hun "eigen bril" keken. Tenslotte hebben we gemeend dat een integrale hulpverlening een interdisciplinaire aanpak vereist (cf. hfdst. III). Door te kiezen voor het door ons voorgesteld samenwerkingsverband (cf. hfdst. IV -V), waarin hulpverleners van verschillende disciplines met elkaar konstant willen samenwerken, acht de werkgroep een begeleiding hard nodig. Tijdens de werkgroepsbijeenkomsten zijn ook in onze groep (cf. hfdst. I) de problemen voorgekomen die o.m. van den Hout (1971) en van Ravenzwaay signaleerden bij hun studies over groepsprocessen in samenwerkingsverbanden. Wanneer men daarbij bovendien nog denkt aan de samenwerking met de hulpverleners in de 1e, 2e en 3e lijn, dan wordt de behoefte aan begeleiding nog duidelijker.

De werkgroep acht het van groot belang een rolverwarring zoveel mogelijk van tevoren uit te sluiten.

Aldus is gekozen voor een begeleidingsvorm, welke uitgaat van de behoeften en van de beschikbare begeleiders.

Kort samengevat gaat het om:

a. de behoefte aan:

- 1- een kommunikatiebevorderaar
- 2- een status intermediair
- 3- een interpretatieverduidelijker
- 4- een verduidelijker van deskundigheidsverschillen
- 5- een bevorderaar van het dekodierungsproces van de klient
- 6- een bevorderaar van het eksplisiet doen uiten van de psycho-sociale klachten van de klient
- 7- een change agent t.b.v. de hulpverleners
- 8- een verduidelijker van de verschillende visies van de diverse hulpverleners
- 9- een supervisor t.b.v. deskundigheidsvermeerdering van de projektgroepsleden
- 10- een trainer in hulpverleningsmethodieken
- 11- een konditieschepper voor een zo geïnformeerd mogelijk met elkaar kunnen samenwerken van de projektgroepsleden
- 12- een konditieschepper voor een zo optimaal mogelijk kunnen samenwerken van de projektgroep en de hulpverleners uit 1e, 2e en 3e lijn

- 13- een verzamelaar van gegevens die van belang zijn voor de werkzaamheden van de projectgroep
- 14- een verwerker van deze gegevens t.b.v. de evaluatie
- 15- een adviseur t.b.v. eventuele bijsturing van de projectgroep
- 16- een evaluator t.b.v. evaluatiebijeenkomsten van de projectgroep
- 17- een rapporteur van tussentijdse - jaarlijkse verslagen en het eindverslag van het eksperiment
- 18- een procesbegeleider t.b.v. eventuele relationele problemen binnen de werkgroep.

b. begeleiders

Voor deze begeleidingstaken wordt gedacht aan:

- A- een "ingroup"lid met name de psycholoog -psycho-therapeut voor 1 t/m 10 (cf. sub a.)
- B- een "outgroup"lid met name de projektbegeleider - onderzoeker - rapporteur voor 7 t/m 17 (cf. sub a.)
- C- een "outsider"deskundig in relationele problemen en groepsprocessen in samenwerkingsverbanden voor 18 (cf. sub a.)

c. beschikbare begeleiders

Begeleider A kan eerst ingevuld worden, wanneer het psycho-sociale hulpverleningsteam aangetrokken is, terwijl dan ook over een eventuele verdeling van deze taken kan worden gesproken.

Begeleider B: voor deze functie is de huidige werkgroepskoördinator aangetrokken, die voor de begeleidings- onderzoeks- en rapportage functie 1 dag per week is vrijgesteld door de universiteit te Nijmegen.

Begeleider C: voor deze functie zijn een medewerker van de hogeschool te Tilburg en een medewerker van de universiteit te Nijmegen bereid gevonden zonodig incidenteel de projectgroep bij te staan.

HOOFDSTUK VII

Argumenten voor een subsidieaanvraag

In de voorafgaande hoofdstukken is meer dan voldoende aangegeven dat het door ons voorgestelde experiment voldoet aan de criteria die vereist zijn voor een subsidiëring.

Kort samengevat gaat het om:

- een interdisciplinair samenwerkingsverband in de 1e lijn dat een meer direkte hulpverlening beoogt
- dit samenwerkingsverband wordt systematisch geëvalueerd en begeleid
- dit samenwerkingsverband houdt een optimalisering in van de hulpverleningsmogelijkheden voor de klient in de 1e lijn
- dit samenwerkingsverband bevordert de noodzakelijke hulpverleningsmogelijkheden voor de klient vanuit de 1e lijn in de 2e en 3e lijn
- de functionele, de klient in zijn hulpverlening bevorderende relaties van de projektgroep met de 1e, 2e en 3e lijn, worden systematisch geëvalueerd
- dit samenwerkingsverband bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de hulpverlening en beoogt een optimalisering van de werkomstandigheden van de hulpverleners.

Dit samenwerkingsverband is zodanig opgesteld dat er sprake is van:

- een adekwaat juridisch administratief beleid door de instelling van een stichting, waarvan het bestuur (niet uit projektgroepsleden bestaand) verantwoordelijk is voor het algemene beleid (cf. bijlage I de Statuten)
- een overzichtelijke koördinatie van de dagelijkse activiteiten, door de instelling van een koördinatie-kommissie, die verantwoording verschuldigd is zowel aan het bestuur als aan de projektgroep (cf. bijlage I de Statuten en bijlage II het Projektreglement)
- een overzichtelijk en op reële normen afgestemd begrotingschema (cf. bijlage III Konseptbegroting)
- een gefundeerde onderzoeks-, begeleidings- en rapportageprocedure door het aantrekken van een medewerker van een universiteit, die gedurende 1 dag per week, bijgestaan door een studentassistent, zich met deze werkzaamheden zal belasten (cf. hfdst. IV en VI)
- een adekwaat en overzichtelijk werkplan voor alle facetten van het projekt (cf. hfdst. III - IV - V), waaruit blijkt dat het gaat om een nieuw werkmodel en niet om een nieuw instituut
- een overzichtelijke en eenduidige kommunikatiestructuur tussen alle geledingen van het projekt
- een zoveel mogelijke onafhankelijkheid van diverse subactiviteiten binnen dit projekt (cf. bestuur - projektgroep - onderzoekers)
- een noodzakelijk kommunikatie bevorderend systeem tussen de projektgroep en de hulpverleners uit de 1e, 2e en 3e lijn (cf. bijlage IV Adviesraad)

Een dergelijk samenwerkingsverband in de 1e lijn wordt o.i. sterk gestimuleerd door de eerder genoemde nota's, regelingen en artikelen.

Omdat dit projekt echter afwijkt van de nu bekende samenwerkingsvormen als gezondheidscentrum, home-team e.d., mag het volgende niet onvermeld blijven.

Bij de behandeling van de begroting van Volksgezondheid wilde een kamerlid (P.P.R.) een motie indienen om ook andere samenwerkingsvormen te subsidiëren. Staatssekretaris Hendriks heeft toen gereageerd door te stellen, dat hij deze motie niet opportuun achtte, omdat hij zelf ook de mening was toegedaan dat andere samenwerkingsvormen een kans moeten hebben.

Wel stelt hij nadrukkelijk dat de samenwerking doordacht en voorbereid dient te zijn, alsmede gebaseerd op een grondige evaluatie van zowel de samenwerking als zodanig, als de resultaten van deze samenwerking.

In dit verband dient o.i. gewezen te worden op de analyse van Holtmaat en Tromp (1974). Zij stellen dat, met name de startperiode van projekten van beslissende invloed is voor de voortgang ervan. "Teveel initiatieven stranden in dit stadium behalve door gebrek aan financiën, door onvoldoende duidelijkheid en consensus over eigen doelstellingen en motivaties, door problemen bij de teamvorming en door een onvolledig inzicht in de ingewikkelde structuren van de gezondheidszorg".

Welnu in dit rapport moge voldoende aangetoond zijn dat, de door de staatssekretaris vereiste doordenking (door Holtmaat en Tromp nader uiteengezet) van een projekt door deze werkgroep is waargemaakt. Zelfs op twee belangrijke punten want "wanneer bovendien de voorbereiding van een projekt door de initiatiefnemers met een volledige dagtaak moet worden gekombineerd is de kans van slagen minimaal" (cf. Holtmaat en Tromp 1974). Dit zwaarwegende probleem heeft de werkgroep vanzelfsprekend regelmatig in haar activiteiten belemmerd, maar is toch door een enorme inzet van tijd en energie van eenieder overwonnen.

Vervolgens zijn er noodzakelijke kosten, die gemaakt worden tijdens de startperiode van een dergelijk projekt. In dit geval heeft de werkgroep deze kosten voor haar eigen rekening genomen.

Maar gezien onze eigen ervaringen en de frekvent verkregen informatie over initiatieven, die op dit punt stranden, zouden we voor het volgende willen pleiten.

Wanneer een aantal hulpverleners van verschillende disciplines willen trachten om te komen tot een vorm van samenwerking, dan is o.i. een startsubsidie van f 15.000 noodzakelijk. Deze subsidie dient o.i. gegeven te worden op grond van enige globale doelstellingen en ideeën over de vormgeving. Bovendien zou deze startsubsidie onvoorwaardelijk dienen te zijn. Initiatieven moeten mogen mislukken. O.i. zal dat bevorderend werken op het vermeerderen van dergelijke initiatieven en het zal ook stimulerend werken op de motivatie van deze initiatiefnemers.

Ook de ziekenfondsen zijn voor het grootste deel (ruim 80%) overtuigd dat de interdisciplinaire samenwerking in de 1e lijn moet worden bevorderd (cf. de Waard 1074). In de zgn. "Blauwdruk Financiering gezondheidszorg" van de N.V.O.Z., de V.V.Z. en de A.O.B. wordt krachtig de versterking van de 1e lijn aanbevolen.

"Naar algemene verwachting zal de versterking van het eerste échelon een gunstige invloed hebben op de kostenontwikkeling in het tweede échelon (de poliklinische sektor), het derde échelon (het ziekenhuis) en het vierde échelon (verpleegtehuizen en andere A.W.B.Z. inrichtingen) (cf. jaarverslag Ohra 1973).

Op een geheel ander gebied, namelijk de W.A.O. "de wet die van alle sociale verzekeringen het snelst en het meest onberekenbaar in kosten stijgt" (cf. Vrij Nederland 1974), wordt heel sterk gepleit voor een versterking van de psycho-sociale hulpverlening. Zowel van Raay als Willems van de G.M.D. te Breda en Tilburg zijn de mening toegedaan dat, als klanten eerder geholpen zouden kunnen worden, dit niet alleen minder W.A.O. uitkering zou betekenen maar vooral ook meer kans op een zo menswaardig mogelijk leven voor deze mensen. Zij menen echter dat, ook al is er een enorm grote behoefte aan meer psycho-sociale hulp, deze behoefte tot op heden niet gedekt kan worden én niet door een gebrek aan gekwalificeerde psycho-sociale hulpverleners én niet door een gebrek aan financiën.

Weyel (1974) zegt het nog sterker. Volgens hem "moeten we er eerder bij zijn, met name door psycho-sociale hulpverlening in de ziekteperiode, hetgeen veelal W.A.O. kan voorkomen. Er valt zonder meer te bezuinigen".

Welnu zowel vanwege de kostenbesparing (zij het vnl. indirect) als vanwege de intensivering, de vermeerderde doelmatigheid en de verhoging van de kwaliteit van de hulpverlening, zoals voorgesteld in dit projekt, achten we een subsidiëring gerechtvaardigd.

Om aan te geven in hoeverre deze doelstellingen nagestreefd kunnen worden in dit eksperiment geven wij hier aan, waarom we menen het op deze wijze te moeten uitvoeren.

De hulpverleningsgroep in dit projekt bestaat, zoals we in de vorige hoofdstukken gezien hebben, uit 10 hulpverleners.

Deze hulpverleners vormen een team bestaande uit 6 huisartsen, die beschikken over een behoorlijke mate van ervaring met klanten met psycho-sociale problemen en konkreet bezig zijn zich te bekwamen in psycho-sociale hulpverlening; en een team bestaande uit een psycholoog-psycho-therapeut (tenminste adspirantlid van de N.V.P.) en 3 maatschappelijk werkers met V.O., die als psycho-sociale hulpverleners direkt hulp verlenen d.m.v. de psycho-therapeutische hulpverlening (cf. hfdst. V) en indirekt hulp verlenen d.m.v. konsultatie, verwijzingsbegeleiding, informatieverwijzing e.d.

Nu is het wel van belang een schatting te maken van het percentage klanten dat door deze projektgroep geholpen kan worden. Enerzijds om aan te geven hoeveel klanten konkreet geholpen gaan worden, anderzijds om aan te geven, waarom wij menen dat het psycho-sociale team uit 4 deskundige medewerkers dient te bestaan.

Het is vanzelfsprekend dat dit slechts een globale aanduiding kan zijn, omdat er slechts uitgegaan kan worden van zeer weinig gegevens die er hieromtrent bestaan en omdat juist het onderzoek zal aan dienen te tonen hoe groot het percentage geholpen klanten zal zijn en op welke manieren. We gaan uit van het feit dat in ieder geval 35% van het totale klantenbestand van een huisarts psycho-sociale problemen heeft en dat de huisarts al of niet noodgedwongen 51% van deze klanten (cf. Kok 1974) zelf moet behandelen, omdat er elders geen adequate hulpverlening bestaat.

We hebben eerder (cf. hfdst. II) geconcludeerd dat dit niet meer dan een noodgedwongen zeer gebrekkige hulpverlening moet inhouden, omdat de huisarts, hoe goedwillend ook, niet deskundig genoeg is voor deze vorm van hulpverlening en de deskundigen de toevloed van klanten niet aankunnen.

Maar terugkerend naar dit projekt: het klantenbestand van de 6 deelnemende huisartsen bestaat volgens zeer recente gegevens uit 21000 klanten, dus gemiddeld 3500 klanten per huisarts, wat overeenkomt met het landelijk gemiddelde. 35% van 21000 is 7350. Dus het aantal klanten met pure psycho-sociale problematiek bedraagt 7350. 51% (cf. Kok 1974) moet worden "behandeld" door de huisarts zelf, dat betekent 3675 klanten. Wanneer we dan ook nog in aanmerking nemen dat volgens empirische gegevens (cf. van der Velden en van der Eick 1972) daar nog tenminst 25% bijkomt, n.l. die klanten die bij een huisarts komen voor somatische klachten maar met evident psycho-sociale nevenverschijnselen, waarvan toch zeker 10% een meer deskundige hulp behoeven dan de huisarts kan geven, dan houdt dat in dit projekt in 2100 klanten. Dus in dit projekt komen ca. 5775 klanten in aanmerking voor psycho-sociale hulp.

Uitgaande van de vooronderstelling van de werkgroep dat de huisarts, bijgestaan door konsultatie of samenwerkend met het p.s.h.team in de konkrete hulpverlening 1/3 gedeelte van deze klanten werkelijk kan behandelen, dan resteert nog een aantal van 3850 klanten.

Ons baserend op de werkwijze van het p.s.h.team, maximaal 10 hulpverleningskontakten, 5 intakekontakten, 5 verwijzingskontakten en 5 konsultatiekontakten bedragend, schatten we dat, na korrektie hierop gebaseerd en vertaald in werkuren, het resterend aantal klanten teruggebracht kan worden van 3850 tot 2695. Er wordt dus wel degelijk uitgegaan van 3850 konkrete klanten maar in de berekening gaan we uit van 2695 "berekende" klanten.

Dat betekent in behandelingsuren: $10 \times 2695 = 26950$ uren.

Het team bestaat uit 4 personen, dus $26950 : 4 = 6737$ uren per mankracht. Reëel gezien bestaat een werkjaar uit 46 werkweken van 5 dagen (8 uren), vakantie-, feest- en ziektedagen daarbij in aanmerking genomen.

Deze gedachtegang resulteert in het aantal werkuren dat het p.s.h.team per jaar ter beschikking staat: $46 \text{ w.} \times 5 \text{ d.} \times 8 \text{ u.} \times 4 \text{ l.} = 7360$ werkuren.

Wanneer men het geschatte benodigd aantal werkuren 6737 vergelijkt met de op deze basis berekende ter beschikking staande uren, dan resteert er een residu van 623 uren. En 623 uren verdeeld over 4 p.s.h.teamleden betekent een residu van 156 uren per jaar per p.s.h.teamlid.

Wanneer men dan bedenkt dat dit residu noodzakelijk is voor stafbespreking, administratie, reistijd, deelname aan deskundigheidstrainingen e.d., dan heeft men daarvoor ruimte van nog geen 4 uur per week per p.s.h.teamlid.

Bovenstaande argumentatie moge voldoende blijken te zijn voor het aantrekken van 4 p.s.h. hulpverleners voor dit eksperiment.

Juist omdat het gaat om een eksperiment zal er toch van alle projektmedewerkers al veel extra tijd gevraagd worden voor avond- en/of weekendbijeenkomsten.

Het is evident dat van nagenoeg alle kanten gepleit wordt om d.m.v. samenwerkingsverbanden in de 1e lijn de grote psycho-sociale nood meer adequaat te kunnen lenigen, hetgeen zelfs kostenbesparend zou kunnen werken.

Terugkomend op het door onze werkgroep voorgesteld experimenteel projekt is het duidelijk dat de realisering hiervan slechts mogelijk is door het verkrijgen van subsidie. De werkgroep meent voor dit projekt recht op subsidie te kunnen ontlenen (cf. bijlage III Begroting) op grond van o.m. de volgende overwegingen:

- de hulpverlening dient uit te gaan van het gezondheidsbesef van de klient
- de hulpverlener dient gekwalificeerd te zijn voor en zijn deskundigheid te bevorderen in de psycho-sociale hulpverlening
- de hulpverlener en hulpvrager zijn gezamenlijk, ieder met zijn unieke inbreng, verantwoordelijk voor het hulpverleningsproces
- de hulpverlening dient gerealiseerd te worden in een konstante samenwerking van die hulpverleners, die de klient met deze hulpvraag nodig heeft
- er dient een zorgvuldige afweging van behoeften en noden van hulpvragers en hulpverleners te zijn, alsmede een uitvoerige analyse van de belemmerende factoren in de huidige hulpverlening
- er dient een gemeenschappelijk standpunt t.a.v. de hulpverlening in de 1e lijn te zijn.
- er moet een systematische begeleiding, evaluatie en onderzoek zijn om tussentijds bij te kunnen sturen en om op grond van hard facts de verkregen resultaten te kunnen rapporteren
- er dient door een zo open mogelijke relatie van de projektgroep met de andere hulpverleners uit de 1e, 2e en 3e lijn een optimale hulpverlening aan de klient maximaal gewaarborgd te worden
- de kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening dient bevorderd te worden
- kostenbesparing van de hulpverlening zo niet direkt, dan toch indirekt, dient bevorderd te worden

Voorts is de werkgroep van mening dat deze voorgestelde vorm van hulpverlening zal resulteren in:

- een meer efficiënte en effectieve functionele samenwerking tussen hulpverleners van verschillende disciplines
- een meer eigentijdse hulpverlening aan de klient
- een grotere betrokkenheid bij en satisfactie ontleend aan het hulpverleningsproces zowel bij hulpvrager als hulpverlener
- een meer efficiënt en effectief doorverwijzingssysteem
- een vermindering van de functionele geïsoleerdheid van vele hulpverleners in de 1e lijn
- een vermindering van verwijzingen, herhalingen, doublures, opnamen en medicijnverstrekking
- een belangrijke kostenbesparing, zij het indirekt, t.a.v. de gezondheidszorg in het algemeen.

Het moge duidelijk zijn dat vele van de hier vermelde verwachtingen en stellingen, als ook de ideeën die vermeld zijn in de vorige hoofdstukken, een adequate toetsing behoeven.

Maar ondanks nog vele objektieve leemten in deze opzet, acht de werkgroep de in dit rapport beschreven ideeën van een dusdanig gehalte dat voorgestelde projekt opzet haars inziens een reële kans dient te krijgen.

Deze kans is slechts te verwezenlijken als de benodigde gelden voor de eksperimentfase door subsidies verstrekt worden.

LITERATUURLIJST

- Aakster, C.W.: Een poging tot psycho-sociale diagnostiek. Huisarts en Wetenschap 14, 296, 1971.
- Aakster, C.W.: Maakt de Maatschappij ons ziek? Dissertatie Groningen 1972.
- Aakster, C.W.: Maatschappelijke begrenzingen van het medisch bedrijf. Cahiers van de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij. 1e jaargang nr. 5 juni 1974.
- Aakster, C.W.: Verslag van een medisch-sociologisch onderzoek naar de verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 118: 119-203, 1974.
- Aalderen, H.J.v.: Huisartsgeneeskunde, een hulpverleningsmodel, oratie van. Medisch Contact 29-530.
- Aalderen, H.J.v.: De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces. Groningen 1971.
- Aalderen, H.J.v.: De gedragswetenschappen in de medische opleiding. Medisch Contact 1972-831.
- Aalderen, H.J.v.: Anders helpen, anders helen. Inaugurale rede te Amsterdam 1974.
- Baan, P.: Tijdens een symposium in 1972.
- Baas, J.: Crisisinterventie. In: Hulpverlening en veranderen september 1974 en in: T.M.W. 28 januari 1974.
- Balint, M.: De dokter, de patient, de ziekte. Aula 192, 1965.
- Bateson, G.: Double Bind; in Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washinton D.C., 1069.
- Beech, H.R.: Gedragstherapie. Aula 458, 1971.
- Bennis, W.G.: The planning of change; edited by Holt. London 1964.
Benne, K.D.
Chin, R.
- Berg, J.H.v.d.: Leven in meervoud; Callenbach Nijkerk 1963.
- Berg, J.H.v.d.: Kleine psychiatrie; Callenbach Nijkerk 1966.
- Bergsma, J.J.: Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Proefschrift Nijmegen 1966.
- Bergsma, J.J.: De psycholoog en zijn werkterrein. Huisarts en Wetenschap, 1973 - bldz. 93.
- Bergsma, J.J.: Onderlinge toetsing, een bedreiging in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, juli 1973.
- Bertalanffy, L.v.: General system theory and psychiatry. In: Sylvano Arieti ed. Am.Handbook of psychiatryIII, New York, 1966.
- Beugels, R.: Knelpunten. Peper, A. Hulpverlening en veranderen, afl. 9, januari 1975.
- Beugen, M.v.: Sociale technologie. Assen, 1968.
- Blankstein, J.H.: Herhaling van gezinsrelatiepatronen in een behandelingsstehuis. Dissertatie 1971. Bronder - Offset N.V. Rotterdam.

- Bramlage, C.A.A.: Gezondheid en ziekte te Zutphen.
- Brand, A.Chr.I.: Inspiratie en orientatie in de gezondheidszorg. Medisch Contact 28-251.
- Bremers, B.J.G. c.s.: Het M.O.B. en zijn verwijzers. Utrecht/Antwerpen. Het Spectrum 1967.
- Bruins, C.P.: Het medisch model. Medisch Contact 29-277.
- Caplan, G.: Principles of Preventive Psychiatry, New York Basic Books, 1964.
- Chin, R.: The utility of system models and develop mental models of practioners. In Bennis c.s. The planning of change. London 1970.
- Dieriks, J.P.M.: Kennis, professionalisering en samenwerking. Medisch Contact 29-815.
- Ris, B.G.M. Diskussienota Samenwerkingsvormen in de eerste-lijns-gezondheidszorg. 's Hertogenbosch 1974.
- Dokter, H.J.: "Tot een hoeksteen". Inaugurale rede Rotterdam 1973.
- Doorn, H.W.v.: Zie stimuleringsregeling en knelpuntemota.
- Eick, P.v.d.: Psycholoog straks onder een dak met huisarts. Nota N.H.I., 12 maart 1972.
- Es, J.C.v.: Probleempatienten. Beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Assen, Van Gorcum en Prakke, 1967.
- Esveld, N.E.H.v.: Nederlands Recht in kort bestek. Hoofdstuk Arbeidsrecht. Kluwer-Deventer, 1971.
- Festen, H.: De doelstelling van de gezondheidszorg en de taak van de K.N.M.G. Medisch Contact 28-125.
- Festinger, L.: A Theory of Cognitive Dissonance. 1957 Row, Peterson, Evanston.
- Folkersma, F.A.: De samenwerking tussen huisartsen en psychologen in de Welzijnszorg. Leiden, juni 1974.
- Senten, C.J.
- Folmer, H.R.: Huisarts en ijsberg. Utrecht, 1968.
- Frick, W.B.: In gesprek met Maslow-Murphy-Rogers. Callenbach, Nijkerk 1974.
- Haug, M.R.: Professionele autonomie en de opstand van de Sussman, M.B. klient. In: Hulpverleners en veranderen. Van Loghem Slaterus, 1972.
- Hendriks, J.P.M.: Zie structuurnota.
- 's Hertogenbosch: Diskussienota 1975.
- Holtmaat, H.: Samenwerking in de eerste lijn. Medisch Contact 29-1469.
- Tromp, S.
- Hoofdakker, R.H.: Het bolwerk van de betweters. Wijsgerig perspectief, mei 1969.
- Hosman, C.M.H.: Aan het front van het psychisch gezondheidswerk. Swarte, J.H. deel II Wat doen eerstelijns werkers wanneer zij in contact komen met psychische problematiek. Nijmegen, december 1973.
- Hout, W.P.v.d.: Een psycholoog in een eerste échelonteam? Een bittere noodzaak!
- Hout, W.P.v.d.: Huisarts en Wetenschap 1975/3-115.
- Hout, W.P.v.d.: Huisarts en Wetenschap 1971 14-129
ibidem Huisarts en Wetenschap 16-187.

- Intagon: Nota Gezondheidscentra van het Intagon (de Boom-van Duin-Egberts-Bastiaenen). Amsterdam, 1974.
- Jaaroverzicht: G.M.D.Breda en Tilburg. Artikel in Vrij Nederland, april 1974.
- Jackson, D.D.: Zie Watzlawick P.-Beavin J.H.-Jackson D.D.
- Jacobson, E.: Progressive Relaxation. University of Chicago Press. Chicago, 1938.
- Knelpuntennota: Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1974.
- Koch: Voordracht als vertegenwoordiger van het L.H.V. bestuur op de 2e landelijke kontaktdag van huisarts en psychologen in 1974 te Woudschoten. Medisch Contact 29-1632.
- Kok, A.: Voordracht op de 2e landelijke kontaktdag van huisarts en psychologen in 1974 te Woudschoten. Medisch Contact 29-1632.
- Kuiper, J.P.: Alternatieve modellen voor de gezondheidskunde. Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 1972.
- Kuiper, J.P.: Geneeskunde en gezondheidskunde. Medisch Contact 1972-783.
- Kuiper, J.P.: Waar begint het kiezen in de gezondheidszorg. Medisch Contact 28-403.
- Kuiper, J.P.: Horizontale en verticale modellen in de gezondheidszorg. Medisch Contact 29-367.
- Lamberts, H.: Samenwerking in een team. Medisch Contact 29-1453.
- Lamberts, H.: De groepspraktijk en de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord. Huisarts en Wetenschap, oktober 1970.
- Langsley: The Treatment of Families in Crisis. New York, Grune en Stratton, 1968.
- Leavitt, H.J.: J. abnorm.soc.Psychol., 1951-46, 38-50.
- Leenen, H.J.J.: Systeemdenken in de gezondheidszorg. Inaugurale rede, 1071.
- Leenen, H.J.J.: Doelen stellen in de gezondheidszorg. Medisch Contact 27e jrg. nr.50.
- Leenen, H.J.J.: Systematisch sturen van de gezondheidszorg. Medisch Contact 29-397.
- Leuftink, A.E.: Problemen waarmee de K.N.M.G. vandaag bezig is en morgen te doen zal krijgen. Medisch Contact 29-1321.
- Lewin, K.: Revolving Social Conflicts. Harpen and Row. New York, 1948.
- Lewin, K.: Group decision and social change. In: Readings in social psychology. New York, Holt, 1952.
- Lindeman, E.: Over de symptomatologie en het verwerken van hevig verdriet. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 25 juni 1970 p. 271.
- Lippit, R.: Leader Behavior and Member Reaction in Group Dynamics, Research and Theory, second edition. Dorwin Cartwright and Alvin Zander, Harper and Row. New York, 1960.

- Melker, R.A.d.: Ziekenhuispatient-huisarts-huisgezin. Dekker en van de Vegt. Nijmegen 1973.
- Mertens, A.Th.L.M.: De scheiding van behandeling en controle. Het Medisch Jaar 1975, bldz. 28. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Minuchin, S.: Gezinstherapie. Utrecht, 1973. Aula 511.
- Muntendam, P.: Wereldbevolkingsjaar 1974. Medisch Contact 29-495.
- Mulder, M.: Communication structure, decisionstructure and groupperformance. Sociometry, 1960, 23, p. 1-14.
- Nevejan, E.M.: Gezins- en echt)parenbehandeling in Nederland. Van Loghum Slaterus. Deventer, 1973.
- N.H.I.rapport: Huisarts en (sociaal) wetenschappelijk onderzoek. 1973.
- N.H.I.-I.C.I.P.rapport: Psycho-sociale hulpverlening in de eerste-lijns gezondheidszorg. Zwannikken en Zeeuwen. juni 1974.
- Nieuwenhuizen, C.L.C.v.: "De arts onttrooning of abdicatie". Inaugurale rede te Utrecht, 1974.
- Nota: Psycho-sociale Hulpverlening in- en om de huis- artsenpraktijk. A.W.M. Elbers, Breda, 1974.
- Nota: Ambulante Dienstverlening. Uitgave van de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn en het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volks- gezondheid 1975.
- N.V.P.: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Ohra: Jaarverslag 1973.
- Oostrom, A.v.: Bedrijfsarts, psycho-sociale problematiek en gezondheidszorg. Medisch Contact 29-603.
- Overveld, P.v.: Citaat uit het overleg tussen het I.M.W. en deze werkgroep in oktober 1974.
- Pas, A.v.d.: Gezinsfenomenen. Samson, Alphen a/d Rijn, 1973.
- e.a.
- Purola, T.: A systems approach to health and health policy. Medical Care 1972 m.s.
- Raay, v.: Zie Jaaroverzicht G.M.D.
- Ramsae: Lektor in de gedragstherapie te Amsterdam.
- Rang, J.F.: Patientenrecht. Inaugurale oratie, Leiden, 1973.
- Ravenzwaay, J.F.: Voordracht konferentie groepspraktijken. Van het N.H.I. en N.H.I.relaties.
- Rogers, C.R.: On Becoming a Person. Boston, 1961.
- Rogers, C.R.: Psychotherapie en menselijke verhoudingen. Spectrum, 1959.
- Kinget, G.M.
- Schachter, S.: The psychology of affiliation: experimental studies of the sources of gregariousness. Stanford, 1959.
- Startnota jeugd welzijnsbeleid. Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1974.
- Stimuleringsnota (voorlopige) wijkgezondheidscentra. 3 juli 1974.
- Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1974.
- Ten Have, T.T.: Klein Bestek van de Agologie. Wolters-Noordhoff.
- Thiadens, A.J.H.: Huisarts van de toekomst, van behandel-uur naar Smulders-Aghina, M.G. spreek-uur, op afspraak naar inspraak. Katemen 2000/1970/3.
- Veen, C.J.F.: Gezinsbehandeling. Samson, Alphen a/d Rijn, 1970.
- Meulen, J.C.v.d.

- Velden, H.C.M.v.d.: Huisarts en Wetenschap, jaargang 17.
- V.O.: Voortgezette Opleiding Maatschappelijk Werk.
- Waard, J.d.: De multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg met het ziekenfonds als katalysator. Skriptie 1974.
- Watzlawick, P.: Change: Principles of Problem Formation and Weakland, J. Problem Resolution, New York, W.W. Fisch, R. Norton 1974.
- Watzlawick, P.: Pragmatics of human communication. Beavin, J.H. Jackson, D.D. New York, 1967.
- Weakland, J.H.: Brief Therapy: Focused Problem Resolution. c.s. In: Family Process, june 1974.
- Weyel: Zie Jaarverslag G.M.D. Vrij Nederland.
- Widt, R.A.: De eerste lijn, een (viciëuze) cirkel? Medisch Contact 30-128.
- Willems: Zie Jaarverslag G.M.D. Vrij Nederland.
- Woudschotenrapport: Uitgebracht door de Kommissie Wetenschappelijk onderzoek van het N.H.G. 1959.
- Woudschotenkonferentie: De tweede landelijke Kontakt dag van huisarts en 1974 en psychologen.
- Zwanniken, W.: Psychologen in de eerste lijns gezondheidszorg. Zeeuwen, A.M. Metamedica 52e jaargang, 1973/3.
- Zwanniken, W.: Zie N.H.I.-I.C.I.P. rapport 1974. Zeeuwen, A.M.

KONSEPT-STATUTEN

Stichting Psycho Sociale Hulpverlening

Naam en zetel

Artikel 1

De Stichting draagt de naam: Stichting "Psycho Sociale Hulpverlening" en is gevestigd te Breda.
Zij beoogt niet het maken van winst.

Doel

Artikel 2

De Stichting heeft ten doel de bevordering van de psycho-sociale hulpverlening in het kader van de algemene eerste lijns gezondheidszorg.

Middelen

Artikel 3

De Stichting tracht dit doel te bereiken door onder meer het opzetten van een eksperimenteel projekt gedurende een periode van 3 jaren, bij welk projekt wordt nagestreefd:

1. het bevorderen en uitbreiden van de psycho-sociale hulpverlening in het kader van de eerste lijns gezondheidszorg door middel van een konstant samenwerkingsverband tussen een aantal huisartsen en psycho-sociale hulpverleners;
2. het meewerken aan het scheppen van kondities om de hulpvragers in staat te stellen zich met behulp van de door de Stichting beoogde hulpverlening zolang mogelijk in eigen milieu te handhaven;
3. het meewerken aan het scheppen van kondities welke de hulpverleners uit de eerste lijn in staat stellen hun hulpverleningstaken uit te oefenen in een konstant en konkreet samenwerkingsverband;
4. het bevorderen van de deskundigheid van de hulpverleners, speciaal van hen die betrokken zijn bij het eksperimenteel projekt, door vaardigheidstrainingen, door konsultatief kontakt met hulpverleners uit de overige échelons en door evalueren van de hulpverlenings-ervaringen;
5. het bevorderen van konkrete samenwerking met hulpverleners in de eerste lijn en hulpverleners c.q. hulpverleningsinstanties uit de tweede en derde lijn;

6. het bevorderen van een zo groot mogelijke toegankelijkheid van de hulpvragers tot alle hulpverleningsmogelijkheden in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening;
7. het aantrekken van een medewerker van een Universiteit of Hogeschool die zich zal belasten tijdens de eksperiments-fase met de begeleiding, het onderzoek, de evaluatie en de rapportage van het projekt.

Geldmiddelen

Artikel 4

De geldmiddelen van de Stichting bestaan uit:

- a. subsidies;
- b. verder door het bestuur te beramen middelen, waaronder begrepen geldleningen;
- c. alle andere baten.

Bestuur

Artikel 5

1. Het bestuur bestaat uit minimaal 3, maximaal 5 (of 7) personen, waaronder de voorzitter.
Bij de oprichting maken deel uit van het bestuur:
 1. Th.A.M. Jansen, register-accountant, wonende te Oosterhout; voorzitter;
 2. M.E.J. Houtman-van Wijmen, advocaat en procureur, wonende te Breda; secretaris;
 3. J.M. Titulaer, psychiater, wonende te Breda; penningmeester;
 4. E. van Nes-Brands, ingenieur; docente te Breda.
2. Het bestuur vult zichzelf aan. Het bestuur is gehouden advies in te winnen bij de projektmedewerkers over nieuw te benoemen bestuursleden. Het bestuur dient zich aan dit advies te houden. Een benoeming van een bestuurslid is slechts geldig indien op de desbetreffende vergadering tenminste twee/derde van het aantal bestuursleden aanwezig is en drie/vierde van het aantal geldig uitgebrachte stemmen het benoemingsvoorstel aanvaardt.
3. Jaarlijks in de maand januari, voor het eerste in het jaar 1977, treedt een bestuurslid af volgens een door het bestuur op te maken rooster.
4. Aftredende bestuursleden zijn eenmalig herbenoembaar.
5. Tussentijdse benoemde bestuursleden nemen de plaats in van degene in wiens plaats zij zijn benoemd.

Artikel 6

1. De leden van het bestuur verdelen hun werkzaamheden onderling en verkiezen uit hun midden een voorzitter, een sekretaris en een penningmeester.
2. De functies van sekretaris en penningmeester kunnen zonodig in één persoon verenigd zijn.

Vertegenwoordiging

Artikel 7

1. De voorzitter en sekretaris vertegenwoordigen tesamen de Stichting in en buiten rechte.
2. Bij ontstentenis van de voorzitter of van de sekretaris wijst het bestuur een vervanger aan.

Vergadering en besluitvorming

Artikel 8

1. Het bestuur vergadert tenminste 4 maal per jaar en voorts zo dikwijls de voorzitter zulks nodig acht of tenminste twee leden van het bestuur daartoe de wens te kennen geven.
2. Alle besluiten worden genomen bij volstreekte meerderheid (de helft + 1) van geldig uitgebrachte stemmen.
3. Bij staking der stemmen, geeft de stem van de voorzitter de doorslag.

Adviseurs

Artikel 9

De projektbegeleider-onderzoeker-rapporteur heeft het recht als toehoorder de bestuursvergaderingen bij te wonen. Eveneens hebben het recht als toehoorders de bestuursvergaderingen bij te wonen alle medewerkers die functioneel bij het projekt betrokken zijn.

Het bestuur zal de totstandkoming van een Adviesraad bevorderen, die zal bestaan uit een aantal vertegenwoordigers van diverse hulpverleners en hulpverlenende instanties uit de eerste, tweede en derde lijn. De leden van deze Adviesraad kunnen door het bestuur uitgenodigd worden de bestuursvergaderingen bij te wonen.

Jaarverslag en financieel verslag

Artikel 10

1. Jaarlijks stelt het bestuur een begroting vast voor 1 november van het jaar voorafgaande aan het jaar waarvoor de begroting geldt.
2. Jaarlijks stelt het bestuur een jaarrekening vast benevens een verslag van werkzaamheden van de Stichting.
De financiële jaarrekening zal ter controle aan een accountant worden voorgelegd.
3. Het boekjaar van de Stichting valt samen met het kalenderjaar.

Statutenwijziging en ontbinding

Artikel 11

1. Een besluit tot wijziging van de statuten of tot ontbinding van de Stichting kan slechts worden genomen in een speciaal voor dat doel bijeengeroepen vergadering waarin tenminste twee/derde van het aantal bestuursleden aanwezig is.
2. Het besluit tot wijziging van de statuten of tot ontbinding van de Stichting vereist tenminste twee/derde van de geldig uitgebrachte stemmen.
3. Indien ter vergadering bedoeld in lid 1 het vereist aantal leden niet vertegenwoordigd is, kan in een speciaal voor dat doel bijeengeroepen vergadering, te houden minstens twee weken en hoogstens vier weken daarna het besluit tot wijziging van de statuten of ontbinding van de Stichting worden genomen met tenminste twee/derde der geldig uitgebrachte stemmen, ongeacht het aantal leden dat dan vertegenwoordigd is.

Likwidatie

Artikel 12

Ingeval van ontbinding van de Stichting geschiedt de likwidatie door voorzitter, sekretaris en penningmeester.
Een eventueel batig saldo zal worden aangewend voor een doel, dat zoveel mogelijk overeenstemt met het doel van de Stichting.

Reglement

Artikel 13

Het bestuur zal ter verdere regeling van de werkwijze die het door de Stichting beoogde doel moet bevorderen een zogenaamd projekt-reglement opstellen.

Slotbepaling

Artikel 14

In alle gevallen waarin deze statuten of het projekt-reglement niet voorzien, beslist de voorzitter.

PROJEKTREGLEMENT

Konform de statuten (art.13) dient de konkretisering van doel (art.2) en middelen (art.4) van het eksperimenteel projekt te worden vastgelegd.

Artikel 1

Projektprincipes

Het projekt wordt beheerst door de volgende principes:

- Het verzorgen van een direkte psycho-sociale hulpverlening aan de klient middels een konstant samenwerkingsverband van huisartsen en psycho-sociale hulpverleners.
- Bij het eksperiment worden betrokken:
 - . een zestal huisartsen, die telkens twee uit drie waarnemingsgroepen te Breda, het huisartsenteam vormen.
 - . een psycholoog - psycho-therapeut, tenminste adspirantlid van de N.V.P., en drie maatschappelijk werkers met V.O. en beschikkend over psycho-therapeutische deskundigheid en ervaring, die tesamen het psycho-sociale hulpverleningsteam vormen
- Huisartsenteam en psycho-sociale hulpverleningsteam vormen samen de projektgroep.
- Twee leden, ieder uit bovengenoemde teams afkomstig, belasten zich met de koördinatie van de dagelijkse activiteiten.

Artikel 2

Verbintenis

- Psycholoog - psycho-therapeut en de maatschappelijk werkers treden in dienst van de Stichting en verbinden zich voor de tijd van het eksperiment.
- De huisartsen verbinden zich middels een door de Stichting opgestelde schriftelijke overeenkomst voor de tijd van het eksperiment.

Artikel 3

Werkafspraken

- De projektgroep zal ten behoeve van konkrete werkafspraken en ten behoeve van het aan dit eksperiment ten grondslag liggend onderzoek al die gegevens vastleggen, zoals overeengekomen is en in het rapport vastgelegd.
- De medewerkers van de projektgroep zijn gehouden de vastgelegde gegevens in zijn totaliteit voor het onderzoek beschikbaar te stellen.
- De medewerkers zijn gehouden slechts die gegevens onderling uit te wisselen, die in het belang van de hulpverlening en de klient zijn.

- De medewerkers worden geacht hun aan hun beroep ontleende beroepsgeheim en de daaraan gerelateerde gedragskode onverkort te hanteren.

Artikel 4

Onderzoek, rapportage, begeleiding

- Deze eksperimentele vorm van een integrale hulpverlening zal getoetst worden door een methodische en systematische begeleiding, evaluatie en rapportage.
- Zo ook zullen getoetst worden die factoren, die een geïntegreerde gezondheidszorg in de 1e lijn, (zo mogelijke gerelateerd aan de 2e en 3e lijn), volgens de projectgroep belemmeren.
- Voor bovengenoemde taken is in overleg met het Instituut voor ortho-paedagogiek van de Universiteit te Nijmegen een wetenschappelijk medewerker ter beschikking gesteld als projectleider.
- Gedurende de periode van het experiment stelt de Stichting aan de projectleider een student-assistent ter beschikking.
- De projectbegeleider-onderzoeker-rapporteur wordt op zijn initiatief of op verzoek van de projectgroep en bestuur in staat gesteld informatie te krijgen c.q. te geven. Hij zal in staat gesteld worden deze informatie op alle mogelijke manieren te kunnen vergaren c.q. te laten vergaren, voor zover deze informatieverstrekking strookt met de doelstelling van de Stichting.
- De voor het onderzoek benodigde gegevens staan slechts ter beschikking van de onderzoeker, of aan diegenen die door de onderzoeker daartoe worden aangewezen.
- De voor het onderzoek benodigde gegevens worden door de onderzoeker beheerd en na afloop van het experiment vernietigd.

Artikel 5

Personeel

- Behalve het benodigde personeel als hierboven omschreven kan de Stichting overgaan tot aanstelling van die personeelsleden c.q. stagiaires, die nodig zijn om de doelstellingen van de Stichting te kunnen realiseren.
- Op het personeel in dienst van de Stichting zal van toepassing zijn de rechtspositieregeling, welke is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg te Utrecht.

Artikel 6

Adviesraad

- Voor een zo optimaal mogelijk kunnen realiseren van de door de Stichting beoogde doelstellingen wordt een Adviesraad ingesteld.

- Deze Adviesraad zal bestaan uit vertegenwoordigers van de 1e, 2e en 3e lijns hulpverleningsinstanties, alsmede personen die door hun werkzaamheden vaak met klanten uit de 1e lijn in aanraking komen.
- De Adviesraad krijgt de beschikking over het te rapporteren materiaal, dat gedurende de experiments-fase en als afsluiting daarvan door de projektbegeleider op schrift gesteld is.
- De Stichting stelt zich met deze Adviesraad ten doel dat zij:
 - a. funktioneert als feed-back orgaan voor de projektgroep
 - b. dient als kommunikatiebevorderaar tussen de projektgroep en overige hulpverleningssystemen
 - c. op verzoek van de Stichting advies uitbrengt t.a.v. voortgang, wijze van kontinuering en/of beëindiging van het experiment.
- De Adviesraad is op geen enkele wijze verantwoordelijk voor het experiment.
- De Adviesraad kan hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de projektgroep bijeenkomen.

Artikel 7

Beëindiging experiment

- Na beëindiging van het experiment, of zoveel eerder als evaluatieresultaten zulks aangeven, zal de Stichting naargelang de resultaten ofwel het projekt beëindigen, ofwel er zorg voor dragen dat deze werkwijze wordt gekontinueerd.
- Het besluit tot beëindiging van het experiment, van de kontinuering daarvan en de wijze, waarop dit gerealiseerd dient te worden, vindt in de hieronder genoemde volgorde plaats
 - a. een adviesaanvraag door de Stichting aan de leden der Adviesraad
 - b. een bijeenkomst van bestuur, projektgroep en projektbegeleider
 - c. een besluit van het bestuur, konform artikel 11 van de statuten.

Artikel 8

Bijsturing

- Zodra evaluatieresultaten zulks aangeven zal het projektreglement in overleg met de projektgroep en de projektleider door het bestuur van de Stichting gewijzigd en/of aangevuld worden.

BIJLAGE III

- KONSEPT - JAARBEGROTING

Prijsbasis 1 januari 1975

Uitgaven

Personeelslasten:

Salarissen psycholoog - psycho-therapeut	(158)	f	56.500,-
3 maatschappelijk werkers (V.O.)	(89.6)	"	100.000,-
2 adm. krachten		"	43.000,-
			<hr/>

Sociale lasten + 33%		f	199.500,-
Overige, student-assistent		"	65.835,-

3 stagiaires	f	5.000,-
	"	15.000,-
		<hr/>

" 20.000,-

f 285.335,-

Huisvesting:

huur		f	6.000,-
verwarming, verlichting e.d.		"	4.000,-
telefoon		"	4.500,-
afschrijving inventaris (1/3 van f 15.000,-)		"	5.000,-
schoonhouden		"	5.000,-
			<hr/>

f 24.500,-

Overige kosten:

Reiskosten projektbegeleider		f	3.500,-
Cursuskosten participanten		"	6.000,-
Autokosten teamleden		"	10.000,-

Kosten van het onderzoek:

Evaluatie-materiaal	f	5.000,-
Statistische verwerking	"	5.000,-
Rapportagekosten	"	5.000,-
Computerkosten	"	10.000,-
		<hr/>

" 25.000,-

f 44.500,-

Recapitulatie uitgaven:

Personeelskosten	f	285.335,-
Huisvestingskosten	"	24.500,-
Overige kosten	"	44.500,-
		<hr/>

f 354.335,-

Inkomsten

P.M.

BIJLAGE IV

De Adviesraad bestaande uit:

- R.N. Zeven: zenuwarts verbonden aan de Psycho-Sociale Dienst voor Jongeren en aan het M.O.B. beiden te Breda.
- J.v.Baar: zenuwarts verbonden aan de S.P.D. te Breda en aan het Hooghuis te Etten-Leur, een psychiatrisch instituut.
- N. Wijffels: psycholoog aan het Ignatius ziekenhuis te Breda.
- A. v. Steensel: methodiek-koördinator van het M.C.B.v.A. en D. te Breda.
- J. Bavinck: huisarts te Breda.
- P.M.W. Starmans: huisarts te Breda.
- A.M. v. d. Bom: maatschappelijk werkster bij het M.O.B. , Wilhelminapark 36 te Breda.
- M. Jansen: psychiatrisch sociaal werkster bij het M.O.B., Sophiastreet 24 te Breda.
- G. Crooymans: paedagoge Sociaal Geneeskundig Adviesburo voor het gehandikapte kind.
- C.M.J.H. Schreuder: jurist, direktEUR van de R.K. Voogdijvereniging te Breda.
- R.H.M. Smit: pastor, staflid Diocesaan Instituut voor Jeugd en Jongeren te Breda en lid koördinatie-kommissie van het J.A.C. te Breda.
- Y. de Jong-Hielkema: verzekeringsgeneeskundige bij het G.A.K. te Breda.
- P.A.H. Jenniskens: bedrijfsgeneeskundige bij de Stichting Bedrijfsgezondheidszorg te Breda.
- M.A.J. v. Bakel: adjunctdirekteur van de G.G.D. te Breda.
- G.L. v. Raay: direktEUR G.M.D. te Breda.
- B.A.Q. Enneking: huisarts te Breda.
- J.H. Haast: medewerker Kardinaal de Jongstichting te Breda.
- A.J. v. d. Ven: psycholoog verbonden aan de Stichting Katholiek Buro voor Levens- en Gezinsvragen en Psychotherapeutisch Centrum voor Kinderen en het gezin "De Mark" te Breda.
- W.A. Wassenaar: psycholoog verbonden aan de School Adviesdienst te Breda.

Benaderd voor de Adviesraad, maar behoeft nog overleg:

- J.J.M. Franssen: staffunktionaris Gemeentelijke Sociale Dienst te Breda.
- T. Borst: staffunktionaris I.M.W. te Breda.
- N.M.E. Derijckere: projektleider Z.O.I.M.W. te Breda.
- L. Kappelhof: medisch adviseur O.Z. te Breda.
- F. Römken: medewerker Stichting Bejaardenwerk te Breda.
- W.J. Oomen: medewerk(st)er van de Kruisverenigingen te Breda.
- J.P. Kuiper: staffunktionaris Gezinszorg te Breda.
- hoogleraar sociale geneeskunde aan de V.U. te Amsterdam.