Het analyseren van de pre-medische periode begint zodra een arts zich afvraagt, waarom deze patiënt op dit moment met deze klachten komt. In die zin is het exploreren van de pre-medische periode in feite een onderdeel van het anamnestisch onderzoek. Echter ook uit een oogpunt van gezondheidszorg is de pre-medische periode de aandacht ten volle waard. Als op elke patiënt die met een bepaalde klacht bij de arts komt er vele anderen zijn, die ondanks dezelfde klachten de arts niet bezoeken, dan is het erg belangrijk te weten, welke verschillen er tussen de „wel-komers" en de „niet-komers" zijn qua persoon, milieu-situatie, enzovoort.

Summary. From complaint to complaining; an analysis of the pre-medical period. Data on the pre-medical period, i.e. the period from the beginning of symptom perception to seeking medical advice, were recorded by three general practitioners on a hundred patients each. These data were analysed to establish which complaints the patients primarily expressed to the family doctor, the extent to which additional motives prompted them to seek medical advice, and the degree of correlation between the type of initial complaint(s), the duration of the pre-medical period and the additional motives. The analysis also considered the involvement of repetitive complaints, self-treatment and consultation of others before the family doctor was consulted.

Among other things it was found that 88 per cent of patients aged 15 and over mentioned one or several additional motives for seeking medical advice, besides the complaints and/or symptoms; the most important was a symptom course experienced as unusual, and fear or uncertainty and anxiety. It was also found that more than 50 per cent had waited two weeks before seeing the family doctor.

With regard to the manner in which the complaints or symptoms were experienced during the pre-medical period, some characteristic patterns are described: the experience of acute distress, gradual aggravation, failure of spontaneous recovery, and accumulation of complaints or symptoms.

Insight into the pre-medical period can greatly contribute to optimal medical care. But a study of the pre-medical period is also of importance in the general context of health care problems in that it can provide a guideline for efforts to ensure that patients respond to complaints by adequate illness behaviour and complaint behaviour.

Cartwright, A. Patients and their doctors. Rovtledge and Kegan Paul, London, 1967.
Commission on chronic illness. Chronic illness in a large city, Cambridge, Harvard University Press, 1957.
Giel, R. en C. P. J. le Nobel (1972) T. soc. Geneesk. *50*, 365.
Kosa, J. en anderen. (1967) Paediatrics *5*, 000.
Parsons, T. The Social System, Routledge and Kegan Paul, London 1964 .
Pinsent, R. J. F. H. Morbidity statistics from general practice, studies of medical population, no. 14, London, 1962.
Roghmann, K. J. & J. Haggerty. (1972) Medical Care *10*, no. 2.
Rosenblatt, D. en E. A. Suchman. Blue collar world. Shostak and Gromberg, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1965.
Theodore, Th. C. The demand for health services, Center for Health Administration Studies, Research Series no. 25, 1968.
Wadsworth, W. J. H. en anderen. Health and Sickness: the choice of treatment. Tavistock Publication, 1971.
Weyel, J. Medische Psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1961.
Zbrowski, M. Cultural components in responses to pain. The Free Press, Glencoe, 1958.
Zola, I. K. (1965) Amer. social Rev. *5*, 418.

Samenwerken in een team - een routebeschrijving door een ruig landschap

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD

Het woord samenwerking wordt veel gebruikt. Kennelijk betekent samenwerking voor velen iets begeerlijks. Of bij deze begeerte de nadruk op „samen" of op „werken" valt is daarentegen vaak niet duidelijk. Vaak is evenmin duidelijk wat men nu precies van samenwerking verwacht, wat men er zelf voor wil doen en vooral wat men er zelf voor wil laten.

Het is aanvaard dat samenwerken moeilijk is. Minder aanvaard is dat samenwerking niet vanzelf tot stand komt wanneer mensen samen in een gebouw werken of tegen elkaar verklaren tot samenwerking bereid zijn.

Hollander, Van Ravenzwaay en *Whitlau* hebben in dit tijdschrift bijgedragen tot inzicht in de problemen, die zich bij groepspraktijken en groepsprocessen kunnen voordoen. *Blom* en *Van Es* hebben getuigenis afgelegd van het samenwerkingsdrama „Overvecht". In dit artikel wordt een geschematiseerd verslag gedaan over de bochtige weg welke in Ommoord is gevolgd om tot samenwerking en teamvorming te komen. Het gaat hier dus om één bepaalde werksituatie: die in Ommoord. Dat houdt enerzijds natuurlijk beperkingen in wanneer men meer algemeen over samenwerkingsproblemen wil worden geïnformeerd, anderzijds is er de afgelopen vijf jaar in Ommoord een ontwikkeling te zien, die toch meer algemene kanten heeft.

STEREOTYPE ROLOPVATTINGEN, GEEN SAMENWERKING

Aan de wens om tot samenwerking te komen gaat een situatie vooraf, welke in *figuur I* als schema en ook een beetje als karikatuur is weergegeven. De vier werksoorten die de ruggegraat van de eerstelijnsgezondheidszorg vormen — de huisarts, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker — zijn door gekleurde schijven weer-

gegeven. (De verloskundige hoort er eigenlijk ook bij, maar voor haar bestaat in Ommoord een andere samenwerkingssituatie dan voor de vier andere werkers geldt.)

De schijven zijn ongelijk van grootte, zij raken elkaar niet. Er is geen sprake van samenwerking. Integendeel, er bestaan stereotype rolopvattingen over en weer en er is een vertekend beeld van de professionele mogelijkheden van de ander. De huisarts heeft duidelijk de grootste schijf. Hij heeft het ondraaglijk druk, heeft nergens tijd voor, is onbenaderbaar voor de andere werkers, hij is een somaticus op huis-, tuin- en keukenniveau. De maatschappelijk werker heeft maar een heel klein schijfje en is bijna onzichtbaar, hij doet iets vaags met arme mensen en werkt bejaarden weg. De schijf van de wijkverpleegkundige is gekoppeld aan de voorstelling van een oude vrijster, die, gehuld in een leren motorjas, billenwassend door de wijk gaat. De fysiotherapeut tenslotte is een masseur, een echte hulpkracht, die zich staande houdt met het zolang herhalen van een behandeling totdat het ziekenfonds het niet meer wil betalen.

Aan dit voorstadium om tot samenwerking te komen moet eerst een einde worden gemaakt.

PROPORTIONEREN VAN DE ROLOPVATTINGEN

Voorwaarde, wanneer men wil samenwerken, is in de eerste plaats de opvattingen over elkaars werk reële proporties te geven. De schijven moeten praktisch even groot worden gemaakt, vooroordelen moeten worden bepraat en er is vooral veel informatie nodig over het dagelijks werk van de vier werksoorten en over de opvattingen en verlangens die binnen elke werksoort leven. Het is nodig ieders professionele vaardigheden en beperkingen te kennen en te erkennen. Er ontstaat toenadering, de schijven raken elkaar hier en daar even aan *(figuur II)*, maar overlappen elkaar nog niet. Er is nog geen samenwerking.

Dit proportioneer-stadium is in Ommoord aanvankelijk in de knel gekomen door het heilige vuur om snel tot samenwerking te komen. Teveel is als vanzelfsprekend aangenomen, teveel stereotype en vertekende opvattingen hielden stand. Dit proportioneer-stadium is belangrijk en tevens dat, waarin in de nu bestaande Nederlandse verhoudingen voorlopig wel eens de praktisch meest bereikbare verbetering in de verhoudingen tussen de eerstelijnswerkers op wat grotere schaal kan worden geëffectueerd. Na dit proportioneer-stadium wordt het moeilijker en moet in kleine fasen verdere samenwerking worden bereikt.

EINDELIJK SAMENWERKEN

Figuur III laat het stadium zien dat in Ommoord de kern van de samenwerking inhield en voor een deel nog inhoudt. De huisarts neemt de centrale positie in, hij laat de ander op kleine stukjes van zijn terrein toe, de andere schijven gaan segmenten met de schijf van de huisarts delen. Dat gebeurt vooral doordat de huisarts verwijst, hij bekleedt een leveranciersfunctie. De ander gaat iets doen na verwijzing door de huisarts, in overleg met hem en door hem op de vingers gekeken (casuïstiek besprekingen!). De communicatie tussen de vier werkers is eenzijdig en verloopt bijna exclusief via de huisarts. Daardoor ontstaat een hiërarchische verhouding ook al beijveren zich alle vier dat te ontkennen. Dit stadium kan in wezen een lange tijd voortbestaan — in Ommoord bijna vier jaar lang — maar vroeg of laat knapt de cirkel, die in *schema 1* is te zien. Deze cirkel toont hoe duidelijk de teamopstelling rond de groepspraktijk was gevormd. De huisartsen zaten als een spin in het web en monopoliseerden in feite de communicatie-lijnen.

Een aantal teamleden — vooral de maatschappelijk werkers en enkele wijkverpleegkundigen — nam dat op een goed moment niet langer. Trouwens de huisartsen gingen de overige teamleden verwijten dat zij zo passief waren, niet zelf initiatieven namen tot samenwerking met andere teamleden en zij beklaagden zich over hun gevoel van twijfel of de „anderen" de doelstelling nog wel onderschreven. De overige teamleden op hun beurt zagen de groepspraktijk steeds openlijker als een blokkade voor hun streven naar meer eigen verantwoordelijkheid en een meer eigen gezicht, zowel binnen het team als naar buiten tegenover de patiënt of cliënt, die zij niet langer eventjes van de huisarts te leen wilden hebben.

Deze gevoelens waren aan beide kanten, zoals dat zo netjes heet, nogal ambivalent. De huisartsen willen wel graag dat zij niet langer zo hoeven te sjouwen en een zo grote verantwoordelijkheid moeten torsen. Aan de andere kant vervult de vrijheidsstrijd van de overige teamleden hen met onzekerheid. Samenwerken is mooi, maar alles kan te ver gaan, niet waar? Ook de overige partners in het spel hebben tegenstrijdige gevoelens; het is fijn om meer zelfstan-

Samenvatting. De ontwikkeling in de samenwerking in het team voor wijkgezondheidszorg in Rotterdam-Ommoord gedurende de afgelopen vijf jaar wordt nader beschouwd. Een viertal ontwikkelingsstadia in de teamvorming wordt nader omschreven.
Het blijkt erg moeilijk om het laatste en als ideaal beschouwde samenwerkingsstadium te bereiken of gedurende lange tijd in stand te houden. Er lijkt een spiraalbeweging in de samenwerkingssituatie binnen het team te bestaan. Hoe meer de doelstelling is verwijderd van de gangbare wijze van beroepsuitoefening door de verschillende teamgenoten, hoe meer de samenwerking kan worden bemoeilijkt. Een reeks factoren die de groep tot een groep maakt en een reeks problemen welke de groep en ook de individuele groepsleden tegenkomen, worden aangegeven. Vooral relationele problemen kunnen de vorming van een hecht team in de weg staan.
Een aantal mogelijke rolconflicten komt aan de orde. De aandacht wordt toegespitst op de vier soorten werkzaamheden die samen de ruggegraat van de eerstelijnsgezondheidszorg uitmaken: de huisartsgeneeskunde, de fysiotherapie, het maatschappelijk werk en de wijkverpleging.

FIGUUR I

Stereotiepe, vertekende rolopvattingen over en weer

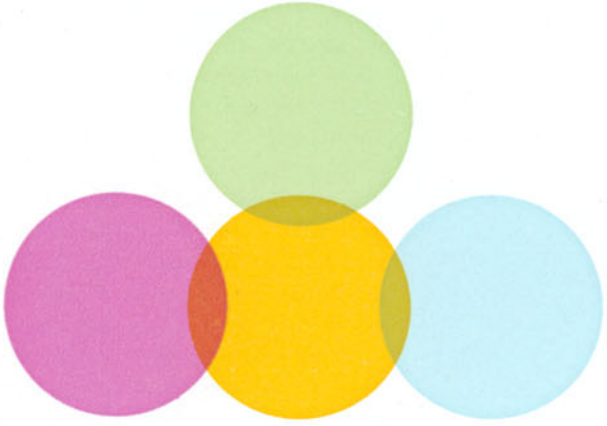
FIGUUR II

Beter proportioneren van de opvattingen maar nog geen samenwerking

— definiëren van de aanrakingsvlakken over en weer
— erkennen van ieders professionele vaardigheden

FIGUUR III

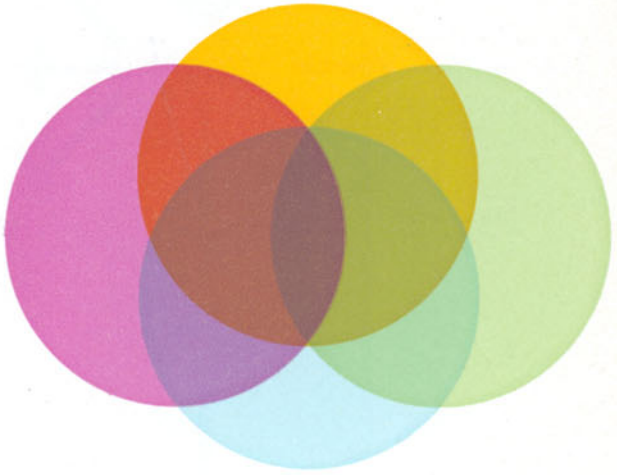
Samenwerken, zoeken naar gemeenschappelijke doelstellingen



— huisarts vooral in „leveranciers"-functie
— in beginsel hierdoor hiërarchische verhouding

FIGUUR IV

Kiezen ideële, gemeenschappelijke doelstelling → hulp bij leefprobleem



— „het doel"
— potentiële usurpatie
— dreigende onduidelijkheid
— typisch „eigen" professioneel terrein

huisarts *fysiotherapeut* *wijkverpleegster* *maatschappelijk werkster*

digheid te kunnen ontplooien en een groter aandeel te krijgen in de „collectieve" besluitvorming, maar aan de andere kant is het leven, zoals het nu is, veiliger en rustiger; tal van vervelende problemen worden op het bord van de huisartsen geschoven en je kunt het ze ook nog kwalijk nemen dat ze dat accepteren! Er moet iets gebeuren; het team — dat eigenlijk geen team blijkt te zijn — gaat terug naar *figuur II:* de schijven drijven uiteen òf er wordt geprobeerd te komen tot een verbetering van de relaties en er wordt gestreefd naar een nieuwe situatie. Een fors relatieprobleem is duidelijk en niet langer verdraagbaar geworden.

HET GEMEENSCHAPPELIJK DOEL

In het ideale stadium *(figuur IV),* dat in Ommoord af en toe voor een klein stukje bereikt lijkt te zijn, overlappen de vier schijven elkaar zodanig, dat er aan elke schijf vijf segmenten zijn te onderscheiden. Drie segmenten hebben te maken met de samenwerking met de drie andere werksoorten. Het is duidelijk dat deze segmenten flink in grootte kunnen verschillen èn tussen de werksoorten onderling èn binnen één werksoort. Deze segmenten vormen voortdurend een bron van spanningen. Steeds is er sprake van potentiële usurpatie. Er is een stukje werkgebied dat wordt gedeeld. Daardoor is er steeds de dreiging van de onduidelijkheid: wat is nu precies mijn taak, wat kan de ander beter dan ik, zal de patiënt/cliënt mij nog wel aanvaarden en waarderen wanneer ik uit mijn klassieke rol val? De twee overige segmenten bieden in beginsel èn compensatie van deze onduidelijkheid èn nieuwe problemen.

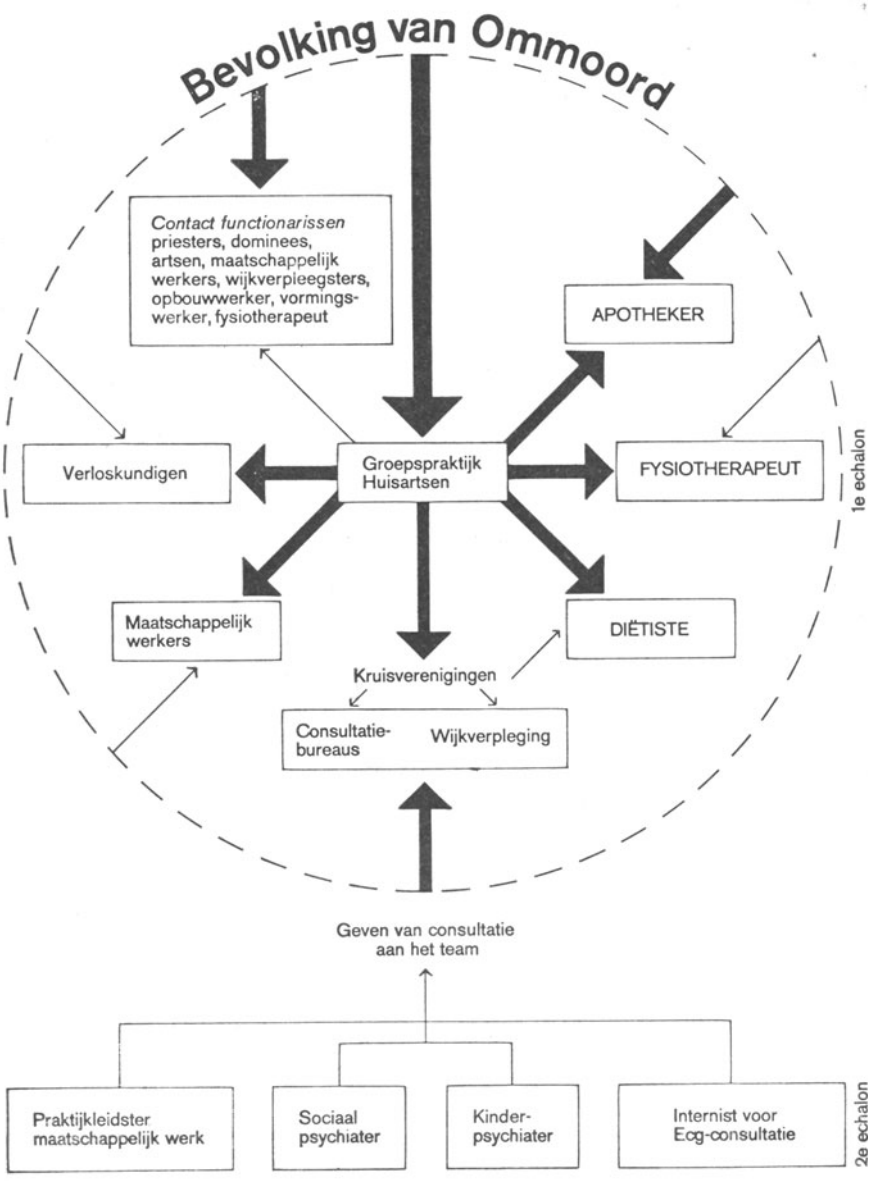
Het centraal gelegen segment wordt door alle werkers gedeeld en omvat het doel, het ideaal, de officiële motivatie om samen te werken. *Tabel 1* laat zien wat ongeveer op dit moment de officiële doelstelling is voor Ommoord. Zo'n formulering biedt wel een stukje zekerheid en vormt een van de motieven om de moeilijke en riskante aspecten van samenwerken maar op de koop toe te nemen. Maar zo'n formulering — en dat is in Ommoord ook duidelijk geworden — kan ook blijken niet alleen niet door alle leden van het team te worden onderschreven, maar ook een bedreiging te vormen voor de positie van mensen in het team en voor de onderlinge relaties. Immers, het gevaar bestaat dat de doelstelling te hoog is gegrepen en dat sommigen zich voortdurend „overvraagd" voelen.

Het laatst overgebleven segment is dat deel van de schijf, dat met niemand wordt gedeeld; het stuk dat helemaal de eigen kleur heeft gehouden, het stuk dat over is gebleven

Tabel 1. Wijkgezondheidszorg is:

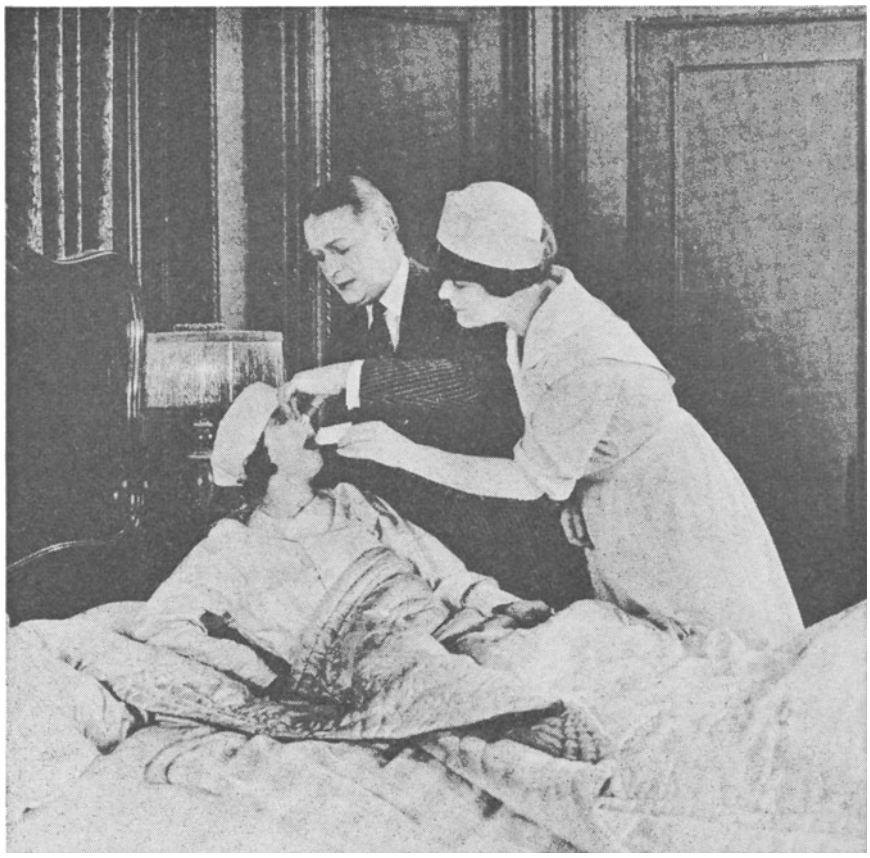
a. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van de integrale gezondheidszorg voor het gezin;
b. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van sociale actie, gericht op de gehele wijk en op de leefomstandigheden van alle inwoners, inclusief de sociale systemen waartoe zij behoren.

Schema 1. Teamopstelling rond de groepspraktijk.



van het „oude" vertrouwde en veilige professionele achterland. Het plaatje met de „echte" huisarts, de „echte" zuster en de „echte" patiënt laat voelen wat een zekerheid er uitgaat van een situatie, waarin ieders rol duidelijk is.

Ieder der teamleden is in beginsel aan een drietal soorten rolconflicten blootgesteld *(tabel 2)*. De oude opstelling *(schema 1)* in Ommoord droeg daaraan flink bij. Mede daarom is besloten de aantallen werksoorten in het team te beperken tot die, welke dagelijks werkelijk actief zijn binnen het centrum, de relaties met de overigen op een andere leest te schoeien *(schema 2)* en de verhoudingen meer horizontaal te maken. Het is niet voor niets dat — gezien vanuit de gezondheidszorg en niet vanuit de welzijnszorg — wordt gesproken over een „kernteam" en de „rest" en dat met de twee G.G. & G.D.-teams een geïnstitutionaliseerde maar in wezen afstandelijke samenwerking wordt onderhouden. Het kernteam is een club principieel gelijkberechtigden geworden, van welke club alle leden — met uitzondering van de priester en de vormingswerker — in het gezondheidscentrum werken.

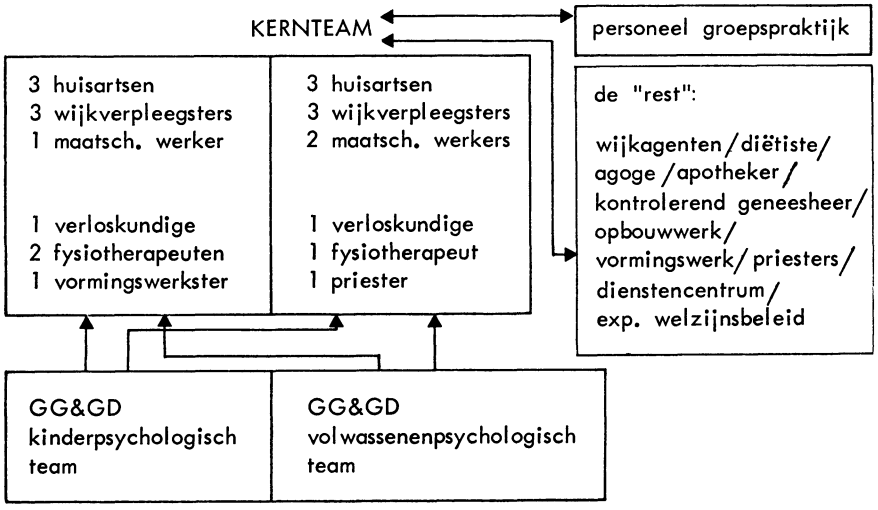


Tabel 2. Soorten rolconflicten.

— binnen de eigen beroepsgroep
— binnen het team
— met de consument

Tijdens de dagelijkse ochtendkoffie (10.45-11.15) is in beginsel iedereen aanwezig. Omdat het totaal aantal mensen in het kernteam groot is (22 mannen en vrouwen) is het in twee groepen gedeeld, die elk om de twee weken een casuïstiek-bespreking hebben en die elk ook goeddeels apart een relatietraining hebben gevolgd.

Schema 2.



Er is dus al aardig wat veranderd. Het lijkt erop alsof er al een deel van de „ideale" situatie in *figuur IV* is bereikt. Maar dat is maar schijn. Er zijn twee redenen waarom dit niet zo is. Er moet nog veel worden gedaan aan de relationele problemen in het team en daarnaast blijkt geen enkele situatie stabiel. Alles verandert. Die verandering gaat snel maar er is wel een patroon in te herkennen.

VERANDERINGEN LANGS EEN SPIRAAL

De afgelopen vijf jaren hebben wij in Ommoord een aantal belangrijke veranderingen meegemaakt. In alle subgroepen — huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten — hebben zich ingrijpende veranderingen voorgedaan. Veel van de mensen, met wie in 1968 werd gestart, zijn van het toneel verdwenen. Daarnaast zijn alle subgroepen in omvang verdubbeld. Terwijl de „ouderen" ouder en meer

doorkneed werden, nieuwe vaardigheden verwierven, met persoonlijke problemen te kampen hadden, evaluatieonderzoek deden, behoefte kregen aan nieuwe doelstellingen en aan veranderingen in de relatiestructuur in het team, kwamen er met grote regelmaat nieuwe mensen bij.

De nieuwe mensen hadden hun eigen verwachtingen over wat het betekent in een team als dat in Ommoord te werken. Zij hebben op voorhand vaak het gevoel dat er erg veel van hen gaat worden gevraagd en dat je wel erg „goed" en progressief en energiek moet zijn wanneer je mee wilt komen met de „meute" in Ommoord. In feite blijkt dan dat de verhoudingen erg verwarrend zijn, dat er wel veel wordt gevraagd maar dat de vraag onduidelijk is. Kortom, alles komt op losse schroeven te staan en eigenlijk is een nieuwe groep ontstaan, die weer opnieuw gaat zoeken naar doelstellingen, naar mogelijkheden om individueel prettig en goed te werken, om „erbij" te horen en om samen te werken. Steeds hebben belangrijke zaken zoals de komst van drie nieuwe „moderne stijl" wijkverpleegkundigen, van twee nieuwe betrekkelijk onervaren maatschappelijk werkers, van twee vrouwelijke huisartsen, het betrekken van het gezondheidscentrum, de „open dag" als presentatie van het team naar de wijk toe, het onwerkbaar worden van het contact van functionarissen en de financiële en relationele problemen van de huisartsen in feite geleid tot een nieuwe situatie.

De stadia, die dan schematisch worden doorlopen, zijn te zien in *figuur V*. Het stadium van geven en nemen en kennis maken komt voor een deel overeen met de situatie in *figuur II* — de schijven zijn geproportioneerd en drijven naar elkaar toe. Het ontstaan van een nieuw groepsgevoel en een samenwerkingsmodel komt aardig overeen met de positie van de elkaar overlappende schijven in *figuur III*. Tenslotte wordt een tijdelijk en meestal slechts gedeeltelijk evenwicht gevonden, waarin doelgericht wordt samengewerkt. De club is weer op weg naar de situatie in *figuur IV*.

Voordat dit helemaal kan lukken, voordat het „ideaal" wordt bereikt, begint de spiraal alweer aan een nieuwe draai. Dat klinkt alles erg vermoeiend en ingewikkeld. Dat is het ook. Dat is het vooral wanneer relationele problemen binnen het team de souplesse om de spiraal slag na slag te draaien ernstig in de weg staan. En dat is in Ommoord in sterke mate het geval geweest.

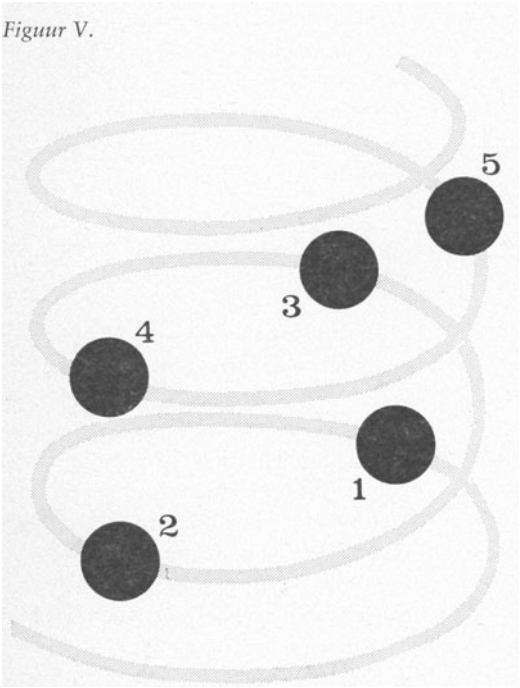
NOG MEER COMPLICATIES - DE PERSOONLIJKE PROBLEMEN

Het schematische proces dat tot nu toe is getekend is al gecompliceerd. Dat komt omdat er zoveel tegelijk gebeurt en omdat de processen voor verschillende subgroepen en voor verschillende individuele werkers daarbinnen niet in hetzelfde tempo verlopen en vaak ook niet in hetzelfde stadium verkeren. Dat dit zo is heeft de ervaring ons in Ommoord wel geleerd. De reeks spanningen en problemen binnen de groepspraktijk met zes huisartsen, de problemen binnen de groep wijkverpleegsters, de strubbelingen bij de fysiotherapeuten, de zielestrijd en wisselingen bij de maatschappelijk werkers, de positie van de verloskundigen, de vorming van een team met de vier doktersassistenten en een praktijkmanager hebben zonder uitzondering belangrijke en moeilijk oplosbare of nog niet opgeloste problemen meegebracht.

Trouwens de vier figuren met de gekleurde schijven kunnen ook weer worden gebruikt om aan te geven hoe in de relatievorming tussen de mensen, bijvoorbeeld de huisartsen, die een subgroep vormen stadia optreden, die doorgemaakt worden. Iedere huisarts heeft dan weer een gekleurde schijf, gedeeltelijk samenvallende met „het doel" - de groepspraktijk. Daarnaast heeft iedere huisarts een relatiegebied met ieder der andere huisartsen waarop zich relationele problemen voordoen. Tenslotte is er dan ook nog een stuk van iedere huisarts — of wijkverpleegkundige of fysiotherapeut of maatschappelijk werker — dat van hem privé is.

Hoe groot al die stukjes zijn of mogen zijn is voor een deel afhankelijk van de groepsnormen. Dat is voor de groepspraktijk een heel probleem gebleken. Welke normen wor-

Figuur V.



1 geven en nemen
2 groepscohesie
3 doelgericht handelen
4 heroriëntatie doelstellingen
5 een nieuwe groep opnieuw geven en nemen

den er nu eigenlijk gehanteerd? Wie bepaalt die normen en worden zij door allen onderschreven? En als er dan eigenlijk onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming is over de normen van de groep, hoe komt dat dan en wie doet er wat aan? Trouwens de relationele problemen binnen onze groepspraktijk waren in 1971 zo groot geworden dat hulp van buitenaf nodig werd gevonden om daarin verbetering te brengen.

Eind 1971 is de groepspraktijk begonnen aan een intensieve functionele relatietraining met Prof. Dr. A. Hazewinkel. Tijdens een dertigtal besprekingen is iedereen duidelijk geworden hoe moeilijk onze samenwerking was en hoe moeizaam en versluierd groepsbeslissingen tot stand kwamen, vooral omdat er sterk persoonlijk gekleurde problemen tussen de huisartsen onderling bestonden en omdat de relatieproblemen niet werden opgelost. Eveneens werd duidelijk, dat genomen beslissingen eigenlijk geen beslissingen waren maar meer de verhulling van relationele problemen binnen de groep. Beslissingen over de grootte van de groepspraktijk, de praktijkomvang, de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst met de vrouwelijke huisartsen, de inhoud van het maatschapscontract, de inrichting van het gezondheidscentrum, financiële problemen, de uniformering van de werkwijze, de accuratesse van verschillende groepsleden, het naar buiten treden van de groepspraktijk, de vrijheid een partieel dienstverband aan te gaan, de wijze van elkaar informeren, de manier van omgaan met het personeel en met de overige teamleden — het waren stuk voor stuk problemen. De groepspraktijk ging struikelen over deze relationele problematiek. Anderhalf jaar later struikelen wij nog steeds maar het gebeurt minder, het gebeurt soepeler en dientengevolge met minder schrammen. Het is mogelijk om de grootste struikelpunten — tijdelijk in elk geval — zo te bewegwijzeren dat er mee kan worden gewerkt. Ook is het mogelijk bewust te proberen zo oplettend met de onderlinge relaties om te springen, dat kan worden samengewerkt en er werkelijk beslissingen kunnen worden genomen.

De relatietrainingen, welke de twee helften van het kernteam hebben gevolgd, zijn minder intensief geweest; naar mogelijkheden wordt gezocht er mee door te gaan, vooral omdat ook in die groepen, relationele problemen bestonden die slechts met grote moeite als problemen tevoorschijn konden worden gebracht en die nog ver af zijn van een oplossing. *Thelen* heeft meer systematisch aandacht geschonken aan problemen die groepen tegenkomen en aan de voorwaarden om een groep ook een groep te kunnen noemen. Uit zijn boek „Dynamics of groups at work" zijn de *tabellen 3* en *4* samengesteld.

WAT IS EEN GROEP?

In *tabel 3* wordt een aantal kenmerken van een groep opgesomd. Al deze punten lijken voor zich te spreken. Het kost echter veel inspanning voordat over die punten een redelijke duidelijkheid en overeenstemming tussen de groepsleden bestaat. Vooral het omschreven lidmaatschap, de gedeelde doelstelling, het gevoel van acceptatie, het bestaan van leiderschapsrollen en van een statussysteem zijn voor het kernteam moeilijke punten gebleken. In de groepspraktijk is eerst het bestaan van leiderschapsrollen uitvoerig aan de orde geweest. Later is meer sprake geweest van het statussysteem, van de gevoelens van acceptatie door de groep en het gevoel verplicht te zijn op het gedrag van anderen te reageren, gekoppeld aan de al dan niet reële verwachtingen hoe de groep zou moeten reageren in bepaalde situaties (het probleem van de groepsnormen). Een voorbeeld daarvan is de moeite die de groep heeft gehad met het opnemen van twee vrouwelijke huisartsen, die beiden een kleinere praktijk hebben en beiden moeder zijn. Tot op het eind van de relatietraining huldigden de mannen bepaalde opvattingen over het moeder zijn van een geëmancipeerde vrouw en hoe zij daarmee in haar werk rekening kan houden, die botsten met de inzichten die de dames zelf daarover hadden.

Tabel 3. Kenmerken van een groep.

1. omschreven lidmaatschap
2. de leden zien elkaar als de leden van dezelfde groep
3. gedeelde doelstellingen
4. gemakkelijker communicatie met groepsleden dan met niet-groepsleden
5. gevoel van acceptatie door de groep, aanvaarden van feed-back
6. gevoel verplicht te zijn op het gedrag van anderen in de groep te reageren
7. verwachtingen hoe de groep in bepaalde situaties zal reageren
8. het bestaan van leiderschapsrollen
9. het ontstaan van een status-systeem.

Tabel 4. Meervoudig lidmaatschap.

1. de actuele groep waarin men is
   — het „team"
2. de groep die men vertegenwoordigt
   — de professionele achterban
3. de abstracte groep, bijvoorbeeld
   — de gemeenschap, de maatschappij
   — een waarde-systeem
4. de „hangover" groep, vgl. het ouderlijk gezin, leiderschapsproblemen rivaliteit met „broertjes en zusjes" („hangover"-problemen, door onbevredigende relaties)
5. het gefantaseerde team, tegemoetkomend aan de eigen emotionele behoefte.

TEAMLEDEN BEHOREN TOT VERSCHILLENDE GROEPEN

Een probleem dat zich ook nog voordoet in een met zoveel veelomvattend werk belast team als het onze is, dat de deelnemers aan het team ten opzichte van zichzelf en ook ten opzichte van de anderen zich onvoldoende bewust zijn dat zij tegelijkertijd tot verschillende groepen behoren en dat er spanningen kunnen ontstaan tussen de lidmaatschappen van verschillende groepen *(tabel 4)*. Deze van buiten af op het team inwerkende invloeden spelen in min of meer verhulde vorm steeds opnieuw mee.

In Ommoord is in de eerste jaren

voor de teamleden individueel duidelijk sprake geweest van spanningen met hun professionele achterban. Om in dit opzicht slechts te verwijzen naar de huisartsen: de emotionele weerstanden binnen de groep huisartsen tegen groepspraktijken en gezondheidscentra worden nu minder scherp verklankt dan enkele jaren geleden. Maar dat neemt niet weg dat de in groepspraktijken werkzame huisartsen na hun aanvankelijke neiging agressief op de weerstanden te reageren, steeds de last en ook de steun mee te dragen krijgen van het „huisarts" zijn. Trouwens in het team en ook door de patiënten worden zij voortdurend geconfronteerd met „de" positie van „de" Nederlandse huisarts en alle daarop uitgeoefende kritiek.

Het lidmaatschap van de „hangover"-groep heeft te maken met ingeslepen stereotype gedragswijzen, ontstaan in de sfeer van het ouderlijk gezin. Rivaliteit, de neiging om zich steeds weer passief op te stellen en autoriteitsconflicten zijn er de bewijzen van.

Het laatste lidmaatschap, dat in *tabel 4* wordt genoemd, is het lid zijn van het gefantaseerde team, dat tegemoet komt aan de eigen emotionele behoeften. Dit is het gedroomde team waarom het allemaal is begonnen, het team dat de oplossing zou moeten geven voor allerlei verborgen wensen, angsten en spanningen. Als het verschil tussen het gefantaseerde en het werkelijke team, tussen wens en realiteit, erg groot wordt, kan dat het leven voor iemand heel moeilijk maken.

Tabel 5. Problemen, welke groepen steeds weer tegenkomen.

1. het officiële probleem waarvoor de groep zich gesteld ziet
2. het verborgen probleem hoe de gemeenschappelijke angsten en onzekerheden te hanteren
3. individuele pogingen om de eigen verborgen problemen te hanteren
4. individuele pogingen om de officiële doelstelling te bereiken.

Maar niet alleen voor het individuele teamlid, voor de gehele groep liggen de moeilijkheden altijd op de loer. *Thelen* heeft die voor het gemak ingedeeld in vier soorten *(tabel 5)*.

VIER SOORTEN PROBLEMEN

Thelen onderscheidt een viertal probleemsoorten waarmee groepen, die samenwerken steeds worden geconfronteerd *(tabel 5)*. Het officiële groepsprobleem is een „legitiem" probleem en dat kan op zichzelf van de groep al een geweldige inspanning eisen. De tweede probleemsoort — hoe de gemeenschappelijke angsten en onzekerheden te hanteren — heeft sterk relationeel gekleurde aspecten. Vooral wanneer de communicatie in de groep weinig open en het erg moeilijk is om over persoonlijke facetten van de samenwerking te praten, valt het zwaar om dit verborgen probleem duidelijk naar voren te halen. In Ommoord bestond er vrij algemeen onzekerheid over de acceptatie van onze samenwerking door de bevolking. Op kritiek en/of lauwe reactie op onze inspanningen werd agressief gereageerd: „Ze hadden het maar mooi te vinden en anders zochten ze maar een solohuisarts, een vrij gevestigde fysiotherapeut of een maatschappelijk werker van bijvoorbeeld een L.M.-bureau op". Deze onzekerheden hebben veel te maken met de groepsmentaliteit.

De laatste twee probleemsoorten hebben betrekking op de individuele teamleden. Vooral de individuele pogingen om de eigen verborgen problemen te hanteren kunnen bij voortduring en op de meest ongelegen momenten de relaties binnen de groep verstoren. Een voorbeeld ervan is te vinden in de groepspraktijk toen het niet lukte overeenstemming te bereiken over de keuze tussen het gelijktrekken van de praktijkomvang vóór het aangaan van de maatschap of het verrekenen van de verschillen in inkomen in de vorm van goodwillbetaling met een aantal fiscale aantrekkelijkheden. Zakelijk gezien was de laatste oplossing in elk geval de voordeligste. Die partners, die goodwill-betalingen zouden moeten doen, zagen wel in dat deze oplossing rationeel was maar emotioneel waren de weerstanden groot. Eindeloos en steeds weer opnieuw is er gepraat met zakelijke argumenten over een emotioneel en relationeel probleem. Verborgen bleef echter het werkelijke conflict: het ging niet om het financieel voordeel maar om de vraag of sommige partners meer „waard" waren dan anderen, om een gevoel de mindere te moeten zijn en daarbij tegelijkertijd toch ook om de angst dat de ideële doelstelling door deze manoeuvre om zeep zou worden geholpen en daarmee de gevoelens van veiligheid en tot de groep te behoren op de tocht zouden komen staan.

Het is duidelijk dat een goed geargumenteerde, zakelijke beslissing zijn doel in zo'n geval volkomen voorbij schiet. Eerst moet worden geprobeerd iedere partner de kans te geven zijn gevoelens van boosheid, gekwetst zijn, in de steek te worden gelaten, te uiten. Wanneer daarover geen onduidelijkheid meer bestaat, is de tijd rijp een beslissing te nemen. Vóór die tijd keert een beslissing zich tegen de groep en maakt het nemen van nieuwe beslissingen aan de ene kant steeds meer nodig, aan de andere kant voortdurend moeilijker.

Op dit punt aangekomen is de gedachte weinig opwekkend dat in dit artikel tot nu toe het woord probleem 43 keer, moeilijk 16 keer en onduidelijk 17 keer is gebruikt. Woorden als fijn, makkelijk, gezellig, bevredigend, tevreden zijn bijna niet gebruikt. Toch heeft werken in Ommoord veel meer prettige dan onprettige, veel meer bevredigende dan onbevredigende, veel meer enthousiasmerende dan wanhopige kanten.

Samenwerken in een team is echter net zoiets als een bepaald soort huwelijk: „Marriage is the result of the longing for the deep, deep peace of the double bed after all the hurly-burly on the chaise-longue" (Mrs. Patric Campbell). Het wordt nooit helemaal bereikt. Het grote bed

wordt steeds weer opnieuw opgemaakt, de chaise-longue blijft voor de drang tot samenwerking een belangrijke uitingsmogelijkheid.

Summary. Collaboration in a team; itinerary through a rugged landscape. Developments in collaboration within a team for district health care in Rotterdam-Ommoord through the past five years are analysed. Four developmental stages in team formation are further defined.
It has proved to be very difficult to attain the final stage of collaboration, regarded as ideal, or maintain it for a considerable time. There seemed to be a spiral movement in the collaborative situation within the team. The further the objective is removed from the conventional professional practice of the various team members, the more collaboration can be impeded. An outline is given of the various factors which make the group a group, and of the various problems which the group and its individual members encounter. Relational problems in particular can obstruct the formation of a well-knit team. Several possible role conflicts are discussed. Attention is focused on the four types of activity which jointly from the backbone of first-line health care: general practice medicine, physiotherapy, social work and district nursing.

Blom, J. en J. C. van Es (1972) huisarts en wetenschap *15*, 325-341.

Hollander, H., J. F. van Ravenzwaay en W. A. C. Whitlau (1973) huisarts en wetenschap *16*, 1-10 en 365-372.

Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap *15*, 369-383.

Thelen, H. A. Dynamics of groups at work. Univ. of Chicago, 1968.

Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (I)

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN*, HUISARTS, DR. P. H. J. M. HEYDENDAEL**, PSYCHOLOOG EN DRS. J. M. G. PERSOON**, SOCIOLOOG

Samenvatting. Dit is het eerste van een reeks artikelen over een aantal onderzoekingen rond een samenwerkingsvorm van zes huisartsen in een grote stad, die pseudo-groepspraktijk wordt genoemd. De huisartsen werken ieder vanuit hun eigen (praktijk)huis. Bij toerbeurt neemt ieder van hen elke weekdag van 14.00 tot 23.00 uur waar, terwijl ook in de weekends en vakanties, bij ziekte en voor nascholingsdoeleinden voor elkaar wordt waargenomen. Er wordt een inleiding gegeven op de publikatie van de resultaten van multidisciplinaire onderzoekingen omtrent de effecten van deze samenwerkingsvorm op de patiënten, de huisartsen en hun echtgenoten. De beide laatstgenoemden bleken hierover zeer tevreden te zijn.

INLEIDING

In Nijmegen functioneert sinds 1 oktober 1968 een groep, gevormd door zes huisartsen***. Aan deze vorm van samenwerking heeft de groep reeds spoedig de naam „pseudo-groepspraktijk" (P.G.P.), gegeven, omdat het hier geen echte groepspraktijk betreft. Een essentieel kenmerk van een groepspraktijk, een gemeenschappelijk praktijkgebouw, ontbreekt. De zes deelnemende huisartsen oefenen ieder vanuit hun eigen woning hun praktijk uit; een van hen heeft een gescheiden woon- en praktijkhuis. De samenwerking bestaat uit de volgende punten:

a. elke werkdag neemt een van hen waar voor naboodschappen (spoedverrichtingen) vanaf 14.00 uur tot 23.00 uur;

b. in de weekends neemt een van hen waar van zaterdagmorgen 7 uur tot maandagmorgen 7.30 uur; dit geldt ook voor feest- en gedenkdagen;

c. tijdens vakanties wordt door de andere deelnemers waargenomen; iedere deelnemer heeft recht op vijf weken vakantie, in twee of meer gedeelten op te nemen, maximum drie weken aaneen;

d. iedere deelnemer heeft het recht een week vrij te nemen voor nascholingsdoeleinden; in deze tijd nemen de anderen voor hem waar;

e. tijdens ziekte, ongeval of afwezigheid wegens andere dringende redenen, wordt eveneens door de andere deelnemers waargenomen, zolang deze afwezigheid niet langer dan een maand duurt. Gaat deze periode langer dan een maand duren, dan hebben de andere deelnemers het recht een waarnemer aan te trekken, voor wie de kosten ten laste komen van de zieke of afwezige deelnemer. Indien het niet mogelijk is een waarnemer aan te stellen dan blijven de andere deelnemers de praktijk waarnemen, doch krijgen daarvoor een vergoeding in overeenstemming met de Maatschappijnormen.

De deelnemers hebben onderling een contract gesloten, waarbij een en ander nader is geregeld. Hierin is ook de verplichting opgenomen dat ieder voor maximale bedragen verzekerd moet zijn tegen gevolgen van ziekte en invaliditeit.

De deelnemers hebben ieder een telefoon-antwoordapparaat dat zij inschakelen na 14.00 uur. Ieder heeft een tweede lijn met een geheim nummer, via hetwelk de waarnemer hen zonodig kan trachten te bereiken. Gezamenlijk maken zij gebruik van een semafoon, die ter beschikking staat van degene die dienst heeft. Iedere deelnemer heeft zich verplicht de dienstdoende huisarts op diens verzoek te assisteren in gevallen van overstelpende drukte en dergelijke. Bevallingen vallen buiten de waarnemingsregelingen, maar men kan onderling hierover een regeling treffen. De deelnemers komen op een vaste dag eenmaal per week geduren-

* Hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut
** Verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen
*** De deelnemende artsen zijn Th. M. Asberg, J. P. van Dam, W. F. de Jong, S. L. A. M. van der Kolk, H. A. Nolet en H. Wernik.