

# De groepspraktijk en de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

*Inleiding.* De „huisarts nieuwe stijl” en zijn rol in de gezondheidszorg staan in vele opzichten in de belangstelling. Veel wordt beweerd, gehoopt of betwijfeld, weinig tastbaars is voorhanden. Vooral de rol welke het „eerste echelon” bij de geestelijke gezondheidszorg kan spelen, geeft aanleiding tot talrijke, niet altijd doorzichtige discussies. Het is mijns inziens niet zo dat er een gebrek is aan theoretische uitgangspunten wanneer men zoekt naar een model voor de geestelijke gezondheidszorg waarbinnen de huisarts een belangrijke rol speelt. Ditzelfde geldt trouwens wanneer men naar een model zoekt waarin de huisarts praktisch geen rol speelt. (*Rapport Stichting*).

Over de praktische waarde van de uitgangspunten, over de uitvoerbaarheid van het model en over de bereidheid en het vermogen van de verschillende participanten om tot ingrijpende structuurveranderingen — met name in de huisartsgeneeskunde — te komen, is weinig bekend. Een aantal onduidelijkheden en twijfels kunnen misschien verdwijnen door de ervaringen in de praktijk. Het is de bedoeling om in dit artikel in een vroegtijdig stadium mededeling te doen over de totstandbrenging en het functioneren van een model geestelijke gezondheidszorg — of liever van een wezenlijk deel van de huisartsgeneeskunde — in Ommoord in de periode van 1 oktober 1968 tot 1 april '70 (*Lamberts, 1969*).

In deze mededelingen wordt niet in de eerste plaats de aandacht gericht op verschillende theoretische uitgangspunten en op de vraag of die uitgangspunten in Ommoord voldoende op hun waarde worden getoetst. Dit betekent echter geenszins dat er sprake is van een „empirisch escapisme”. *Panzetta* schrijft: „Although it is commonly held bij science that action should follow the development of causal models (i.e. treatment based on an understanding of nature), in practice this is only partially possible and often the reverse is the case”.

*De bevolkingsopbouw in Ommoord.* Een beschrijving van de situatie in Ommoord is van belang wanneer men wil begrijpen voor welke problemen het eerste echelon (*Dr. Wiardi Beckman Stichting*) in een nieuwbouwwijk van een grote stad wordt geplaatst. De hier volgende gegevens zijn grotendeels afkomstig uit een rapport van de sociaal-wetenschappelijke afdeling van de gemeentelijke sociale dienst van Rotterdam.

In 1966 was Ommoord nog een uitgesproken landelijk gebied, geïsoleerd van de rest van Rot-

*Samenvatting.* De groepspraktijk en de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord. Het model geestelijke gezondheidszorg in Ommoord wordt beschreven. In dit model werken een groepspraktijk met vier huisartsen, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegsters samen. Een kinderpsychiater en een sociaal psychiater dienen het team maandelijks van advies in de vorm van „mental health consultation”; het „contact” tussen zielzorgers, wijkverpleegsters, artsen, maatschappelijk werker en opbouwwerker vormt een uitgangspunt voor nader overleg en sociale actie. De totstandkoming van de groepspraktijk en de verhoudingen daarbinnen worden beschreven. De omvang en de aard van de samenwerking met anderen wordt aangegeven, waarbij de professionele inbreng van elk der discipline's bij de hulpverlening nader wordt omschreven.

terdam. In '67 werden de eerste koeien door de flats verdreven. Op 1 januari '69 woonden er ongeveer 4 500 mensen. Een jaar later waren dat er ongeveer tweemaal zoveel. De wijk zal snel worden voltooid; zij zal dan woonruimte bieden aan 35 000 mensen. De totstandkoming van deze uitermate uniforme, rechthoekige en compacte wijk (83 procent woont in hoogbouw) is dus zeer snel. De meeste inwoners (80 procent) wonen korter dan een jaar in Ommoord, zij zijn afkomstig uit nabijgelegen wijken. De bevolking is zeer jong: de helft van de gezinshoofden is jonger dan 35 jaar, 40 procent van de gezinnen is nog kinderloos. In het algemeen is op de gezinnen het predikaat „geïndividualiseerd gezin” (*Kooij*) duidelijk van toepassing.

De typische Ommoordse huisvader werkt in de Rotterdamse „city” in een middelbare functie. Vaak is hij een duidelijke klimmer op de sociale ladder. Van deze groep mag worden verwacht dat in de komende jaren sprake zal zijn van een duidelijke positieverbetering, van gezinsuitbreiding en van de wens om Ommoord weer te verlaten en te vertrekken naar een aantrekkelijker woonomgeving. Of deze laatste wens dan op afzienbare termijn kan worden vervuld is echter twijfelachtig. In wat meer emotioneel beladen woorden kan worden gezegd: hier komt het prototype tot stand van een hoog verstedelijkte woonwijk, koud, ruimtelijk tochtend, gedurende een korte tijd de best bereikbare oplossing voor jonge, goed ontwikkelde mensen op weg „omhoog”, voor de blijvers een slaapstad waarin

slechts met veel moeite hechtingspunten worden gevonden.

*De huisartsen.* Inmiddels zijn vier van de voor onze groep gewenste vijf huisartsen in Ommoord werkzaam. Deze groep is niet alleen wat betreft leeftijd — rond 30 jaar —, maar ook wat betreft opvattingen en belangstelling vrij homogeen. Bij de totstandkoming is niet bewust rekening gehouden met het al dan niet bestaan van een „huisartsverleden” van de partners. Wij vinden het nu — gezien de situatie in de wijk, de noodzaak om de zeer snelle praktijkgroei op te vangen en om zich snel aan de zeer verschillende en wisselende samenwerkingssituaties aan te passen — eerder een voordeel dat geen onzer een erfenis heeft meegenomen uit een tijd „toen hij nog alles zus of zo deed”. In contacten met langer praktizerende huisartsen valt ons nogal eens enige ambivalentie op wanneer het een situatie als de onze betreft: „Het is allemaal erg leuk wat jullie daar doen, maar . . . . ., doe ik het dan niet goed, kijk eens hoe prachtig ik het allemaal heb geregeld.”

Ons uitgangspunt bij de hulpverlening is duidelijk geformuleerd door *Sergent*: „A coordinated multidisciplinary approach to comprehensive care of the family unit.” Juist bij de geestelijke gezondheidszorg treedt het gecoördineerde en het multidisciplinaire in Ommoord het meest op de voorgrond. Het is nuttig hierbij een en ander te vermelden over het functioneren van groepen en teams. *Crombie* heeft daarover onlangs een voortreffelijk artikel geschreven. Volgens zijn terminologie is bij ons sprake van een „non-sexual dynamic group” met sterke „peer bonds”. „In summary then, the stability of all systems based on non-sexual dynamic groups is directly related to; the strength of any peer bonds which may have developed, in turn dependent on the length of time which each occupant spends in any one rôle, the rigidity and clarity of definition of rôle structures and the rules as cues and responses which bind the rôles together; the absence of overlapping between rôle activities, and the presence of a suitable status hierarchy implied in the rôle structures and rules. There is also the need to share a clearly defined symbolic territory in attitude, idea and value systems.”

Voor de huisartsen in Ommoord speelt een essentiële rol het feit dat ieder zijn eigen patiënten heeft met alle vrijheid van dien, naast het feit dat de doelstelling, het formuleren van de primair wetenschappelijke belangstelling (*Lamberts, 1970*), de leeftijd, het nauwe professionele en ook sociale contact de stabiliteit van de groep versterken. Gaandeweg werd door mij ook de betekenis van een „in group — out group” attitude (*Verslagen Volksgezondheid*) voor deze stabiliteit ervaren. Achteraf zijn wij dankbaar voor de blijken van skepsis, geringschatting en soms pure agressie welke wij vooral in de beginfase hebben ontmoet.

Wat de relatie met de niet-huisartsen uit het

team betreft, valt de nadruk enerzijds op de zo exact mogelijke definiëring van de professionele inbreng van een ieder, naast anderzijds de bereidheid — ook weer zoveel mogelijk in de gevoelstoon van een „peer relationship” — om elkander in het overlappingsgebied zoveel mogelijk vrij te laten, waardoor in vele gevallen de overlapping een schijnbare blijkt te zijn, die vanzelf — binnen onze specifieke en nogal persoonlijke verhoudingen — tot iemands vakgebied wordt gerekend. Dergelijke ervaringen hebben wij het meest uitgesproken opgedaan in de samenwerking met de maatschappelijk werker.

Een element dat in *Crombie's* beschouwing weinig aandacht krijgt, maar dat bij het opzetten en „operationaliseren” van een samenwerkingsexperiment mijns inziens belangrijk is, is het „ethos” van de vernieuwingsdrang, en de onvrede met de situatie in het professionele nest waaruit men stamt. Dit geldt bepaald niet alleen voor de huisarts, maar in ons team zeker ook voor de maatschappelijk werker, de apotheker, de zielzorgers, de fysiotherapeut en de verloskundige.

Zoals reeds opgemerkt, komt het multidisciplinaire karakter van het team vooral tot uiting bij de benadering van psycho-sociale problematiek. Het aanbod van psycho-sociale klachten is — zoals in elke huisartspraktijk — overstelpend groot. Een deel ervan wordt binnen ons team aan de orde gesteld, een deel ervan komt voor rekening van de huisarts alleen. Overigens is deze indeling in de praktijk een zeer kunstmatige omdat in principe in elk geval wordt beoordeeld wat op dat moment de beste benadering is. Uit frequente en intensieve contacten met anderen, uit het leereffect daarvan en uit het voortdurend zoeken naar en aanpassen van ieders „indicatiegebied”, komt een zich steeds veranderende benaderingswijze voort.

Ofschoon in deze situatie het geven van aantallen gemakkelijk aanleiding tot misverstanden kan vormen, kan men uit de volgende gegevens — zij het onder het uitdrukkelijke voorbehoud van de subjectieve beoordeling die eraan ten grondslag ligt — toch een indruk krijgen over de aanpak van psycho-sociale problemen binnen mijn eigen praktijkpopulatie. De praktijk groeide in een jaar — vanaf oktober 1968 — van nul tot volwaardige grootte (ongeveer 850 gezinnen). In de periode van 1 oktober '68 tot 1 april '70 (achttien maanden) werd mij door gezinsleden van 304 gezinnen manifeste, actuele, psycho-sociale problematiek aangeboden.

Of dit veel of weinig is kan moeilijk worden vastgesteld, omdat de praktijk in dezelfde periode werd opgebouwd en dus mag worden verwacht, dat een aantal gezinnen nog geen gelegenheid heeft gehad om — na verkenning van het nieuwe terrein — problematiek aan te bieden (*Cooper*). Er wordt in dit artikel steeds gesproken over gezinnen en niet over individuele patiënten. Het is uiteraard mogelijk, dat twee leden van één gezin geïsoleerde en van elkander losstaande problemen aanbieden,

even goed als één gezinslid met een probleem kan worstelen waar de overige leden van het gezin volkomen buitenstaan. Dit is echter slechts zelden het geval en het is vaak bijzonder moeilijk om inderdaad vast te stellen dat problematiek als het ware gesekwestreerd binnen het gezin optreedt.

Uitgaande van 304 gezinnen waarbinnen zich actuele en manifeste psycho-sociale problematiek voordeed, is de volgende verdeling tot stand gekomen: op de problematiek van gezinsleden uit 143 gezinnen (43 procent) werd of door de maatschappelijk werker (46 gezinnen) of door de huisarts (97 gezinnen) dieper ingegaan. Daarmede wordt bedoeld, dat het zowel voor de patiënt/cliënt als voor de arts/maatschappelijk werker expliciet duidelijk was, dat de aangeboden problematiek op systematische wijze aan de orde kwam en in beginsel binnen de therapeutische relatie voor een min of meer lange periode aan de orde bleef.

Over „de” beste benadering van psycho-sociale problematiek door „de” huisarts zal wel nooit het laatste woord worden gesproken. Voor mij persoonlijk wordt een en ander het beste benaderd in een aantal basale uitspraken van *Rümke* en *Groen*. Ter ondersteuning daarvan wordt door mij nogal eens gebruik gemaakt van de autogene training volgens *Schultz* in een wat simpeler vorm. *Yorkston* en *Sergeant* beschrijven in een „Simple method of relaxation”, een wijze van handelen die ook goed bruikbaar is.

Bij de meer intensieve behandeling van de gezinsleden uit de genoemde 143 gezinnen werd voor gezinsleden uit 28 gezinnen hulp van de kinderpsychiater in „mental health consultation” gevraagd. Op dezelfde wijze werd voor gezinsleden uit 46 gezinnen de sociaal-psychiater geconsulteerd. De problemen van dertig gezinnen die door de huisarts alleen werden behandeld, kwamen ter sprake tijdens de besprekingen van de groep met de maatschappelijk werker en diens praktijkleidster. Tenslotte zijn van de gehele groep (304 gezinnen) 15 gevallen naar de „klassieke” psychiater verwezen, twee naar een L.M.-bureau en één naar een medisch opvoedkundig bureau.

Op het ogenblik zijn wij bezig de groep gezinnen behandeld door de maatschappelijk werker, te vergelijken met de groep behandeld door de huisarts. Deze evaluatie zal ons aanvankelijk alleen een momentopname kunnen bieden. Pas na enkele jaren kan heel voorzichtig misschien iets worden gezegd over het „nut” van al onze inspanning. Hierbij houden wij ons een van de conclusies van *Cooper en medewerkers* voor ogen: „The proportion of active cases was just as high after four or five as after three years and no evidence was found of an over-all trend towards recovery.” In het verslag van deze evaluatie zal hierop nader worden ingegaan.

*Maatschappelijk werker*. Sinds oktober '68 dus van het begin af — kan onze groepspraktijk een be-

roep doen op de hulp van een maatschappelijk werker, die namens de verschillende instellingen voor maatschappelijk werk in Ommoord het zogenaamde algemeen maatschappelijk werk behartigt. Van het begin af had hij daarbij als opdracht speciaal het contact met de huisartsen te onderhouden. Sinds augustus '69 heeft hij een eigen kamer in een van de twee praktijkhuizen van de groepspraktijk, hij kondigt zijn aanwezigheid aan met een eigen bord aan de pui („free acces”!). Deze situatie leidt ertoe dat de maatschappelijk werker zijn Ommoordse cliënten langs twee wegen krijgt toegevoerd: via verwijzing door de huisartsen of op eigen initiatief van de inwoners.

Zowel in Nederland als in Engeland is de afgelopen jaren vrij veel gepubliceerd over de samenwerking huisarts-maatschappelijk werk(er) (*Cooper en medewerkers, Collins, Van Es, Forman en Fairbairn, Vlamings, verslag Experiment Amsterdam/Rijswijk*). Het ligt voor de hand onze samenwerking te schilderen tegen de achtergrond van de bestaande ervaringen. Het meest overzichtelijk is daarbij het recente overzicht: Rapport samenwerking huisarts-maatschappelijk werk(er). Wij hebben de volgende ervaringen:

1 Aangezien de maatschappelijk werker aan alle teambesprekingen deelneemt, terwijl verder frequent contact over de patiënten bestaat, omdat hij vanaf het begin meedoet, vanuit het praktijkhuis werkt, in Ommoord woont, een leeftijdgenoot is en ook in de persoonlijke sfeer goed op de verhoudingen in de groep aansluit, hebben zich praktisch geen „belemmerende factoren” voorgedaan in de relatievorming huisarts-maatschappelijk werker. Op deze wijze is de zeer belangrijke fase van het elkaander leren kennen en waarderen en het loslaten van een min of meer sterotiepe perceptie van elkanders professionele rol snel doorlopen.

Het valt niet te ontkennen, dat zich in de huidige, duidelijk toch medisch gekleurde „setting” statusverschillen voordoen in de ogen van onze patiënten. Deze spelen zeker ook een rol bij de introductie van de maatschappelijk werker. In de praktijk valt deze handicap in de meeste gevallen weg wanneer de overdracht eenmaal heeft plaatsgevonden. Terzijde zij opgemerkt dat het een moeilijker probleem zal zijn om aan de toch wel extreme verschillen in beloning van respectievelijk maatschappelijk werker en huisarts tegemoet te komen.

2 Vanaf het begin werd de aandacht gericht op de behandeling. Verwijzing, voornamelijk op diagnostiek gericht, vond niet plaats. Wij zien als kernfunctie van het maatschappelijk werk de hulpverlening bij relationele problematiek. Dit heeft natuurlijk belangrijke gevolgen voor het omschrijven van het indicatiegebied en de professionele opstelling van het maatschappelijk werk. Ofschoon de nadere evaluatie van onze samenwerking op het ogenblik plaatsvindt, kan wel reeds worden gezegd dat een zeer belangrijk deel van zijn werk inderdaad was gericht op de benadering van relatiepro-

blematiek, in het bijzonder die tussen echtgenoten en die tussen ouders en kinderen. *Satir* beschrijft de „Conjoint family therapy”, waarop onze maatschappelijk werker zich eveneens richt. Gezien de ervaringen daarmee, betreft hij langzamerhand ook wat grotere en heterogener samengestelde groepen in de therapie.

3 Op het ogenblik voelen wij weinig affiniteit voor de conclusie (*Rapport Nationale Raad*) dat de samenwerking met de maatschappelijk werker vooral zinvol is wanneer sprake is van somatische klachten met psycho-sociale problematiek. Uitgaande van de opvatting dat de huisarts bijna nooit werkelijk een echte gezinstherapeut kan zijn — en dat iemand anders dat wel moet zijn — menen wij dat juist daar de specifieke professionele vaardigheid van de goed geschoolde maatschappelijk werker ligt.

4 Zeer grote betekenis wordt door ons toegerekend aan het feit dat een voortreffelijke praktijkleidster onze maatschappelijk werker begeleidde en alle teambesprekingen met hem — eens per maand, gemiddeld zes gevallen per keer — bijwoonde. Op die manier bleef ook het contact met het maatschappelijk werk in meer algemene termen behouden en verminderde het gevaar van „isolatie” van de maatschappelijk werker in een medische „setting”.

5 Een belangrijk probleem vormt de introductie van het maatschappelijk werk en het motiveren voor deze vorm van hulpverlening. Uit de inleiding is reeds gebleken dat de bevolking in Ommoord een vrij hoge sociale status heeft. Wanneer men daaraan de onbekendheid met het maatschappelijk werk in het algemeen en met onze uitgangspunten in het bijzonder toevoegt, kan men zich indenken dat een verwijzing vaak in fasen moet geschieden en dat deze met veel tact en uitleg moet gepaard gaan. Vooral het feit dat in de eerste plaats sprake is van communicatieve therapie, maakt een „periode de méditation” vaak nodig. Daarna is men echter in de meerderheid der gevallen goed gemotiveerd de relatie met de maatschappelijk werker niet alleen aan te gaan, maar ook vol te houden. Meer exacte gegevens hierover zullen in beginsel uit de reeds genoemde evaluatie worden afgeleid.

*De Kock van Leeuwen* heeft gesteld, dat door een experiment de structurele conflicten tussen twee organisaties onzichtbaar worden gemaakt en dat een dergelijk conflict weer naar boven komt wanneer men van het experiment naar de algemeenheid wil overstappen. Deze opmerking is op zich niet onjuist, maar eigenlijk overbodig wanneer men eenmaal het woord „experiment” heeft laten vallen. In onze situatie wordt van beide kanten de samenwerking dermate onmiskenbaar als vruchtbaar en ook tot een grotere werkvoldoening leidend beleefd, dat in ieder geval het ideëel-structurele conflict „mijn patiënt-mijn cliënt” wel moest veranderen in „ons”.

*De wijkverpleegsters.* Vanaf het begin hebben de

drie Kruisverenigingen zodanig samengewerkt dat in beginsel iedere arts zijn eigen zuigelingen en zijn eigen kleuters „ontzuid” op het consultatiebureau ziet. Daarnaast is ernaar gestreefd dat ook iedere wijkverpleegster — gekleurd — zoveel mogelijk haar eigen kinderen heeft. Voor dit artikel is relevant de relatie van de verpleegsters met de huisartsen en met de andere teamgenoten en de betekenis van de consultatiebureaus voor de geestelijke gezondheidszorg.

In „Samen zorgen”, het verslag van de samenwerking huisarts-wijkverpleegster in Assen (*Verslagen en mededelingen Volksgezondheid*), wordt van de noodzaak uitgegaan goede contactmogelijkheden voor beide participanten te scheppen. In Ommoord hebben wij het geluk dat deze goede contactmogelijkheden zonder meer zijn gegeven, zodat vanaf het begin de aandacht meer op de inhoud van de samenwerking kon worden gericht. Zoals reeds eerder is opgemerkt, is de nadruk daarbij gevallen op de kinderhygiëne.

Nadat in het begin een stroomlijning van het voedingspatroon op de consultatiebureaus was ingevoerd, werd de aandacht duidelijk ook gericht op de relatie met het kind en op de opvoedingsproblematiek. Het spreekt vanzelf dat door huisarts en wijkverpleegster wordt gelet op de bekende en steeds weer terugkerende problemen (eten, slapen, zindelijk worden, driftig, angstig, enzovoort. (*Frijling-Schreuder*) en dat deze problemen met de moeder worden besproken. Wanneer het erop lijkt dat achter de klacht meer schuilt, komen de extra mogelijkheden van onze samenwerking naar voren. Vaak weet de huisarts iets of zelfs vrij veel af van de situatie in het gezin. Met de wijkverpleegster wordt dan aan de hand van deze informatie besproken of het nuttig is dat zij eens wat uitvoeriger met de moeder praat tijdens een huisbezoek. Wanneer zich dan een patroon aftekent dat nogal gecompliceerd is, waarover arts en wijkverpleegster graag nader deskundig advies zouden willen hebben, staat de weg naar de kinderpriester open. In beginsel draagt de wijkverpleegster de casus aan de kinderpriester voor, de betreffende huisarts vult het verhaal aan, waarna in „mental health consultation” wordt gezocht naar een benaderingswijze waarbij vooral de wijkverpleegster een rol kan spelen.

Vooral in het begin, maar later toch ook nog wel, viel bij de wijkverpleegsters soms een lichte aarzeling te bespeuren om bepaalde gevallen op deze — ongewone — manier aan te pakken.

Eenzelfde aarzeling heeft zich voorgedaan wanneer het een streven betrof om wezenlijke, structurele veranderingen in het functioneren van de consultatiebureaus aan te brengen. Achteraf ben ik mij pas goed gaan realiseren dat bij de wijkverpleegsters zelf de verlangens naar vernieuwing en herziening van hun werk nog minder waren uitgesproken en geformuleerd dan dat dit bij de maatschappelijk werker, de priesters, de apotheker en de huisartsen het geval was. Omdat het experiment

„Ommoord” met een vliegende start begon en in een hoog tempo is blijven doorlopen, hebben de wijkverpleegsters in het begin te weinig gelegenheid gehad tot het formuleren en uiten van hun professionele verwachtingspatroon. Wij hopen dat aan het verlangen naar een duidelijker „eigen” inzicht van de wijkverpleegsters wordt tegemoetgekomen door een duidelijke formulering en verdeling van de verschillende taken van de consultatiebureaus (*Crombie*). Deze formulering is door één van de partners op papier gezet en uitvoerig met de wijkverpleegsters besproken. In de praktijk betekent dit dat een omschreven deel van vooral de zuigelingenverzorging door de wijkverpleegsters zelfstandig moet kunnen worden verricht.

In Driebergen (*Beekman-Eggink*) is erop gewezen dat de (wijk)verpleegster traditioneel in een ondergeschikte rol ten opzichte van de arts is geplaatst. De arts heet dan ook „leider” van het consultatiebureau. Dit behoeft op zich het werken in teamverband niet in de weg te staan, maar het kan wel het gevaar met zich brengen dat een meer volwaardige samenwerking, met het expliciet erkennen van elkanders specifieke vaardigheden en verantwoordelijkheden, met vertraging tot stand komt. Er is hier mijns inziens inderdaad sprake van een structureel probleem, dat zeker in aanmerking komt voor nadere bespiegelingen in de beide groeperingen, zowel die van de artsen als die van de (wijk)verpleegsters.

Een en ander neemt niet weg dat het in Ommoord mogelijk is gebleken in een voortreffelijke verstandhouding met de wijkverpleegsters en met de Kruisverenigingen het grote aantal organisatorische problemen dat zich voordeed, steeds weer snel op te lossen en de kinderhygiëne tot een substantieel en zinvol onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg te maken.

*Kinderpsychiater.* In de verslagperiode bezocht de kinderpsychiater van de G.G. en G.D. ons maandelijks om patiënten uit onze praktijk met de artsen, wijkverpleegsters en de maatschappelijk werker te bespreken (gemiddeld 4,5 casus per bespreking). In principe is tijdens deze bijeenkomsten sprake van „mental health consultation”, die vooral „client-centered” en soms „administrative centered” is. *Van Meurs* schrijft daarover: „Het doel van deze consultatie is hulp te bieden op een wijze die verder reikt dan het geval op zichzelf, hetzij door het verschaffen van informatie, door vergroting van kennis en door verruiming van de blik van de hulpvrager, hetzij door verscherping van zijn objectieve kijk op een gegeven problematiek.” (zie ook N.I.K.-berichten).

De casuïstiek die wordt besproken kan in twee groepen worden verdeeld. Een deel heeft betrekking op — vaak wat oudere — kinderen, over wie problemen op het spreekuur van de huisarts worden aangeboden. Hierbij gaat het vaak om gedragsstoornissen, slechte schoolprestaties, slechte

aanpassing, gezinsproblemen, belangrijke somatische afwijkingen. De andere groep wordt vooral aangeboden of gesignaleerd op de consultatiebureaus. In beginsel werd dan pas tot consultatie overgegaan wanneer de wijkverpleegster in een nader contact met de moeder het geval wat meer had uitgediept. De wijkverpleegster draagt dan ook vaak de casus voor, aangevuld met hetgeen de huisarts over het gezin weet.

De „consultant” houdt bij de bespreking zoveel mogelijk rekening ermee, dat aan de wijkverpleegster een belangrijke rol bij de benadering van de problematiek wordt toegekend. Tevens worden een aantal van de aangeboden problemen — zoals moeilijkheden met eten, slapen, zindelijk worden, gedrag — in een wat algemener kader gebracht, zodat de structuur en de totstandkoming ervan voortaan gemakkelijk kunnen worden begrepen en herkend. Voor de meesten van ons team blijkt het toch vaak weer een verrassing, dat aan de besproken casuïstiek — die op het eerste oog nogal eens los van de rest van het gezinsgebeuren lijkt te staan — in feite heel nauw is verweven met het functioneren van het gehele gezin, met name van de relatie der ouders. Op deze basis werd soms aan de ouders een verwijzing naar de maatschappelijk werker voorgesteld.

Tenslotte werd een aantal malen via de kinderpsychiater een beroep gedaan op het apparaat van de G.G. en G.D., bijvoorbeeld voor psychologisch onderzoek, zoeken naar meer aangepast onderwijs en wat dies meer zij.

*Sociale psychiatrie.* Met een van de sociaal psychiaters en een van de psychiatrische verpleegsters van de G.G. en G.D. heeft de groepspraktijk met de maatschappelijk werker in de verslagperiode twaalf besprekingen gehad, waarbij per bespreking gemiddeld zeven casus aan de orde kwamen. Ook hier viel de nadruk op „mental health consultation”, terwijl daarnaast vrij vaak een beroep werd gedaan op de meer directe hulpverlening door de afdeling sociale psychiatrie, zoals bij opneming, plaatsing in een bejaardeninrichting, nazorg, adviseren over farmacotherapie en onderzoek van sommige patiënten.

*Caplan* onderscheidt vier vormen van „mental health consultation”, namelijk

1 „client centered case consultation, — the immediate goal is to help the consultee find the most effective treatment for his client —”;

2 „program centered administrative consultation”, — hier valt de nadruk op meer generaliseerbare en methodische aspecten —;

3 „consultee centered case consultation — the primary focus of the consultant is upon the consultee, rather than upon the particular client with whom the consultee is currently having problems —”. Hier komen begrippen als „theme interference” of zoals *Van Meurs* het noemt selectieve perceptie aan de orde;

4 „Consultee centered administrative consulta-

tion." Het gaat hier globaal om een combinatie van 2 en 3.

In Ommoord heeft de „client centered case consultation” vooropgestaan. Met name zijn wij opzettelijk niet gegaan in de richting van de „consultee centered case consultation”, omdat ons inziens niet was te overzien welke gevolgen deze vorm van werken zou hebben voor de groep als zodanig. Het is immers niet denkbeeldig, dat de persoonlijkheid en het gedragspatroon van een of meer partners op een dusdanig intensieve manier aan de orde komen, dat zij zich binnen de groep niet meer thuis voelen.

Ook bij deze vorm van samenwerking is sprake van een belangrijk leereffect. Misschien daardoor en door het feit dat de problematiek, tijdens deze besprekingen aan de orde gesteld, vaak duidelijk praktisch van aard was, is hier ook het eerst aan de orde geweest of deze vorm van werken niet bezig was een „verzadigingspunt” te bereiken. Daarnaast is gesteld of en op welke wijze de keuze van de aangeboden casuïstiek en de manier van bespreken moeten worden veranderd.

*Het contact.* Een andere vorm van samenwerking gericht op de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord, vormt het „contact”, waarin zielzorgers, wijkverpleegsters, artsen, maatschappelijk werker en opbouwwerker elkander maandelijks ontmoeten (tot 1 april '70 vonden zestien bijeenkomsten plaats).

Tijdens deze bijeenkomsten werden zeer verschillende onderwerpen aan de orde gesteld. Aanvankelijk viel de nadruk op het bespreken van casuïstiek — door een zielzorger of een huisarts voorgedragen — waarin min of meer expliciet kon worden gedemonstreerd hoe de verschillende arbeidsterreinen elkander overlappen of waarbij in een soort consultatie de een de ander van advies kon dienen. Steeds kwam daarbij weer naar voren welk een belangrijke rol vooral de relatieproblematiek, zowel binnen het gezin als naar buiten toe, speelt. Het lag toen nogal voor de hand dat het contact zich ging richten op meer algemene aspecten van de in beginsel individuele problematiek waarmede wij worden geconfronteerd. Naar aanleiding van bijvoorbeeld een geslaagde suïcide werd het presuïcidale syndroom besproken. Aan de hand van de ervaringen met de consultatiebureaus kwam in meer algemene termen de opvoedingsproblematiek en de behoefte aan speelplaatsjes en crèches aan de orde. De emancipatie van de vrouw, gebrekkige contactmogelijkheden voor de huisvrouw en wat dies meer zij, werden eveneens besproken; dergelijke zaken vroegen als het ware om sociale actie.

Verschillende keren sprak het contact zich als zodanig uit over de wenselijkheid bepaalde voorzieningen te treffen. De pressie welke de professionele hulpverleners op deze manier uitoefenden, bleek eigenlijk nooit geheel en al zonder resultaat te zijn. Bij herhaling wordt om vertegenwoordiging

van het contact in diverse commissies en vormen van overleg gevraagd. De belangrijkste daarvan is wel de begeleidingscommissie, die zich bezighoudt met een experiment op het gebied van het welzijnsbeleid in Ommoord, waarvoor een grote subsidie (zes miljoen gulden) beschikbaar is. Deze zeer tastbare mogelijkheid geeft extra perspectief aan het verlangen om aan een gemeenschap met hoeveel ingebouwde gebreken dan ook — een „push” te geven en te zoeken naar nieuwe, meer aan de actuele behoeften en aan het verlangen naar maatschappijhervorming aangepaste samenlevingsvormen.

Het spreekt vanzelf dat een en ander voor de gezondheidszorg in Ommoord van groot belang is. Omgekeerd houdt het ook in dat de betekenis van ons samenwerkingsverband voor de wijk toeneemt, omdat het de kans heeft een duidelijk en geïntegreerd onderdeel van de gehele welzijnszorg te worden. Daarom ben ik het ook niet met *Klooster* eens, die in feite de huisarts in een zuiver medisch hometeam wil plaatsen (mijns inziens betekent dat isoleren), terwijl hij hem alleen maar zijdelings aan de welzijnszorg wil laten meedoen. Ofschoon het maatschappelijke engagement niet voor iedere huisarts even sterk zal zijn, is het naar mijn mening strijdig met de inhoud van zijn werk om zich slechts in te laten met de gezondheidszorg in de meest enge zin.

*Discussie.* Bij herlezing van het voorafgaande kan ik mij voorstellen dat er lezers zijn die twijfelen aan de mogelijkheid elders ook tot uitgebreide en intensieve samenwerkingsprojecten te komen. Het valt niet te ontkennen dat de belasting van het werken in teamverband voor de participanten in Ommoord groot is. Naast alle andere contacten — apotheker, diëtiste, fysiotherapeut, vroedvrouw, elektrocardiogram-consultatie, bouwbesprekingen, subsidie-overleg, opstellen maatschaps- en stichtingscontract enzovoort — is er gemiddeld minstens eenmaal per week een werkbijeenkomst gewijd aan de geestelijke gezondheidszorg.

Evenmin kan worden ontkend, dat de praktijk ons leert dat het goed mogelijk is deze intensieve werkwijze vol te houden, zonder dat er sprake is van een relatief kleine praktijkomvang. Een kleine praktijk is natuurlijk wel wenselijk, deze zou een „ontspannen” dagindeling mogelijk maken en ook de kwaliteit van het werk ten goede kunnen komen. Daarnaast is mijns inziens van doorslaggevende betekenis het feit, dat praktisch vanaf de dag van vestiging van de eerste partner van de groep, de verschillende samenwerkingsvormen op gang kwamen of in het vooruitzicht waren. Het is veel moeilijker om in een sinds jaren bestaande situatie — en wiens dag is naar zijn eigen gevoelens niet geheel gevuld — een zodanige herindeling te maken, dat een uitgebreid samenwerkingsexperiment mogelijk is.

Men kan ons natuurlijk tegenwerpen dat eerst maar eens moet worden afgewacht hoe lang een

zo intensief communicatiepatroon als het onze in deze vorm in stand blijft. Daartegen is wel het een en ander in te brengen. In de eerste plaats is het niemands bedoeling om iets te laten voortbestaan dat niet meer aan de behoeften in de praktijk tegemoetkomt. Het is voor ons niet alleen duidelijk, maar ook een noodzaak dat wij in de komende jaren onze manier van werken aan de steeds wisselende omstandigheden — en daarbij behoort ook een afnemen van de energie — aanpassen. Hierbij komt dat er talrijke bedreigende factoren zijn: mogelijk vertrek van participanten, financiële problemen, vertraging in de bouw van het wijkgezondheidscentrum, de overstelpende vraag naar gezondheidszorg in welke vorm dan ook, geleidelijke divergentie van de belangstelling der partners, moeilijkheden bij het vinden van een geschikte vijfde partner voor de groepspraktijk enzovoort.

Er zijn echter ook belangrijke factoren die het voortbestaan mogelijk en ook waarschijnlijk maken. In de eerste plaats is er de geweldige voldoening die uit onze werksituatie voortkomt. Daarnaast is het voor ons duidelijk, dat op de een of andere manier in teamverband aan de zeer grote vraag naar geneeskundige zorg in de eerste lijn moet worden tegemoetgekomen. De huisarts „oude stijl” — al dan niet in een groepspraktijk als zodanig — is mijns inziens daartoe onvoldoende in staat.

Een ander aspect van de professionalisering door het werken in teamverband, is de tijdwinst die uit een rationele taakverdeling voortkomt. Ik zou het — mede daarom — een ramp vinden wanneer bijvoorbeeld niet langer een beroep op de maatschappelijk werker zou kunnen worden gedaan, omdat dit zou betekenen dat een belangrijk deel van de hulpverlening vervalt zonder dat daarvoor door de huisarts veel in de plaats kan worden gesteld.

Tenslotte moet men goed begrijpen dat datgene wat hier is beschreven, voor een belangrijk deel wordt bepaald door diverse min of meer bijzondere omstandigheden. Hierdoor wordt dit experiment — en dat geldt evenzeer voor de overige gesubsidieerde experimentele groepspraktijken — iets dat niet zonder meer generaliseerbaar is. Iets dergelijks kan trouwens ook nooit de bedoeling van een experiment zijn. Wel maken deze nogal sterk van elkander verschillende experimenten het mogelijk velerlei ervaringen op te doen. Ieder zal aan de hand daarvan voor zichzelf moeten uitmaken hoe zwaar hij de ervaringen van anderen laat wegen bij zijn oordeelsvorming en bij het verbinden van praktische consequenties daaraan.

Het staat naar mijn mening als een paal boven water, dat in de komende jaren een belangrijk deel van de huisartsengroep actief zal moeten zoeken naar een professionalisering van de huisartsgeneeskunde. Wij menen in Ommoord iets daaraan te

kunnen bijdragen en wij hebben voor onszelf het gevoel daarbij op de goede weg te zijn.

*Summary. Group practice and mental hygiene at Ommoord.* A description is given of the mental hygiene model at Ommoord. In this model, a group practice with four general practitioners, the social worker and the district nurses collaborate. A child psychiatrist and a social psychiatrist supply monthly advice to the team in the form of „mental health consultation”. Apart from this, the „contact” between pastoral workers, district nurses, physicians, social worker and rehabilitation worker constitutes a starting-point for further consultation and social action. The manner in which the group practice was established, and the relationships within this setting, are described. An outline is given of the nature and extent of collaboration with others, and the professional contribution of each of the disciplines involved in extending care, is described in detail.

- Beekman-Eggink, J. (1969) huisarts en wetenschap 12, 144-148.
- Caplan, G. (1963) Am. J. Orthopsychiat. 33, 470-481.
- Caplan, G. (1964) Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books Inc., New York.
- Collins, J. (1965) Social Casework in general practice, London.
- Cooper, B., J. Fry en G. Kalton (1969), Brit. J. prev. soc. Med. 23, 210-217.
- Crombie, D. L. (1970) J. roy. Coll. gen. Practit. 19, 66-78.
- Es, J. van. Probleempatiënten, van Gorcum, Assen, 1967.
- Forman, J. A. S. en E. M. Fairbairn, Social casework in general practice. Oxford Press, London, 1968.
- Frijling-Schreuder, E. C. M. Preventie van neurotische gezinsrelaties. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1955.
- Groen, J. (1965) huisarts en wetenschap 8, 435-441.
- Klooster, C. F. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 343-347.
- Kooy, G. A. (1967) huisarts en wetenschap 10, 43-54.
- Lamberts, H. Ziekenfondsvragen. Mei 1969.
- Lamberts, H. (1970) huisarts en wetenschap 13, 10-14.
- Meurs, A. F. W. van (1968) huisarts en wetenschap 11, 348-352.
- N.I.K.-berichten 6, Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1969.
- Panzetta, A. F. (1967) Arch. gen. Psychiat. 16, 290-296.
- Rümke, H. C. (1965) huisarts en wetenschap 8, 127-131.
- Rapport Stichting algemeen bureau voor de geestelijke volksgezondheid. Geestelijke gezondheidszorg en eerste opvang. Utrecht, 1968.
- Rapport Nationale Raad voor maatschappelijk welzijn en het Nederlands Huisartsen Genootschap. Samenwerking huisarts-maatschappelijk werk(er), 1969.
- Satir, V. Conjoint family therapy, Science and Behavior Books Inc. California, 1967.
- Schultz, J. H. Das autogene Training, Thieme, Stuttgart, 1966.
- Sergent, J. A. (1967) J. Amer. med. Ass. 200, 1158.
- Vlamings, H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1967.
- Verslag van een experiment in Amsterdam/Rijswijk. Samenwerking van huisartsen en maatschappelijk werk.
- Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid, no. 27. Samen Zorgen. Den Haag, 1969.
- Dr. Wiardi Beckman Stichting. Grondslagen van een programma voor gezondheidszorg. N.V. Arbeidspers, Amsterdam, 1967.
- Yorkston N. J. en H. G. S. Sergeant (1969) Lancet II, 1319-1323.
- Ministerie C.R.M., Rijswijk, 1968.