

# Het hometeam en de verhouding tussen extra- en intramurale zorg\*

DOOR DR. R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT\*\*

Over het gezinsteam of hometeam bestaan opvallend weinig publikaties. Nadat tien jaar geleden *Huygen* en zes jaren later *Vasbinder* hun ervaringen met een dergelijk eerste echelonsteam beschreven, werd weinig meer over deze vorm van samenwerking vernomen. In het hometeam werken de vier voorposten van de eerstelijnsgezondheidszorg, allen werkzaam binnen het gezin, samen: pastor, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige en huisarts.

Bestudering van deze samenwerkingsvorm lijkt om tweeërlei redenen zinvol: 1 verschillende hometeams functioneren al jarenlang, zodat de hierin opgedane ervaring van nut zou kunnen zijn bij het tot stand brengen van interdisciplinaire samenwerking; 2, evaluatie-onderzoek zou kunnen aangeven welke vorm van samenwerking in een bepaalde situatie het meest geschikt lijkt te zijn. Voor het platteland zou dit bijvoorbeeld het hometeam kunnen zijn; voor verstedelijkte agglomeraties daarentegen het gezondheidscentrum. Het is zonder meer duidelijk dat in de grote steden, met name in de randstad Holland, het vormen van hometeams op onoverkomelijke praktische bezwaren stuit.

Het lijkt overigens mogelijk dat de grotere belangstelling voor het gezondheidscentrum vergeleken met die voor het hometeam, verband houdt met wat men zou kunnen noemen rationalisatie van weerstanden tegen samenwerking in het algemeen. Immers, bij het tot stand komen van gezondheidscentra en dergelijke moeten naast samenwerkingsproblemen ook grote financiële en structurele problemen worden overwonnen. Mislukking kan gemakkelijk aan deze laatste problematiek worden toegeschreven. Bij het al of niet tot stand komen van een hometeam daarentegen ligt het accent duidelijk op de bereidheid tot c.q. de weerstand tegen samenwerken. Dit houdt niet in dat structurele problemen zouden moeten worden onderschat. Met velen onder wie *Leenen* ben ik van mening dat fundamentele structurele veranderingen in de gehele gezondheidszorg noodzakelijk zijn, niet alleen om tot samenwerking te komen, maar ook om de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg beter

*Samenvatting.* Het hometeam heeft in publikaties betreffende samenwerking binnen het eerste echelon nog relatief weinig aandacht gekregen. Aan de hand van praktische ervaringen in een dorp worden de problemen en de werkwijze van een dergelijk gezinsteam, waarin wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, pastor en huisarts samenwerken, beschreven. Bij de ontwikkeling van dit team blijkt een viertal fasen te kunnen worden onderscheiden. Deze samenwerkingsvorm — op basis van gelijkwaardige verhoudingen — blijkt een passend antwoord te kunnen vormen voor de problemen van de huidige gezondheidszorg, met name op het platteland en in kleine steden. Enerzijds om werkelijke continue, integrale zorg te kunnen verlenen binnen het extramurale systeem, anderzijds om deze zorg zo te versterken dat bijvoorbeeld onnodige ziekenhuisopnamen kunnen worden voorkomen en ook tijdens ziekenhuisopname patiënt en zijn gezin complementaire hulp wordt verleend. Een groot voordeel van deze vorm van samenwerking is het feit dat geen financiële barrières behoeven te worden overwonnen.

op elkaar af te stemmen. Dit alles vormt echter voorwaarde tot samenwerking en zeker geen garantie. Samenwerking veronderstelt namelijk erkenning van wederzijdse deskundigheid in gelijkwaardige verhoudingen. Het is een proces, gekenmerkt onder andere door pluriformiteit (*Brandt*).

*Problemen waarmee een hometeam kan worden geconfronteerd.* Volgens *De Vries*, die een belangrijk onderzoek deed naar de probleemdruk van gezinnen en het hulpverleningsproces van de verschillende werkers in het eerste echelon in een dorp bij een stad, had een derde van de gezinnen geen problemen, eenderde had te maken met invalide c.q. chronisch zieke gezinsleden en eenderde met „nervus gestoorde” gezinsleden. Verreweg de meeste gezinnen waren zowel aan de huisarts als aan de wijkverpleegkundige bekend (73%), veel minder aan huisarts en maatschappelijk werker samen (18%) en slechts 15% van de gezinnen bleek aan alle drie de hulpverleners bekend te zijn.

Het hulpverleningsprofiel van genoemde drie werkers bleek bij dit onderzoek zeer verschillend te zijn:

\* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Van Hoytema-cursus Samenwerking verpleegkundige-arts te Enschede.

\*\* Wetenschappelijk hoofdmedewerker Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut; hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

De huisarts kende vrijwel alle gezinnen, leverde hun ook bijna alle hulp, signaleerde de meeste problemen, terwijl zijn probleemveld het breedst was.

De wijkverpleegkundige kende veel gezinnen, leverde velen hulp, signaleerde de minste problemen, haar probleemveld was het smalst.

De maatschappelijk werker kende slechts een klein deel van de gezinnen, verleende slechts een klein aantal gezinnen hulp, signaleerde meer problemen dan de wijkverpleegkundige, terwijl zijn probleemveld breder was dan van de wijkverpleegkundige. Bovendien bleek de hulp van de maatschappelijk werker zich, althans in dit onderzoek, voornamelijk op de materiële problematiek te concentreren; slechts 10 procent van de problemen bleek immaterieel te zijn.

De huisarts bleek bij dit onderzoek niet alleen de meeste problemen te signaleren, hij zag ook verreweg de meeste immateriële problemen. *Van der Velden* vond bij een onderzoek naar de hulpverlening in het eerste echelon in een kleine stad, dat van de gezinnen waar de huisarts contact mee had, de meeste ook met de pastor contact hadden (86%), de helft met de wijkverpleegkundige en 10% met de maatschappelijk werker. De hulp van de maatschappelijk werker concentreerde zich op een klein aantal gezinnen, juist met deze gezinnen had de pastor minder contact.

Uit de gegevens van deze twee onderzoeken zou men kunnen afleiden: 1 dat er aanwijzingen bestaan, dat de huisarts ook bij intensieve samenwerking toch het meest met immateriële problemen wordt geconfronteerd; 2 dat weliswaar het percentage gezinnen waar drie of meer teamleden contact mee hebben slechts gering is, maar dat anderzijds het aantal gezinnen met problemen zo groot is, dat een zekere differentiatie van de te bespreken gezinnen binnen het team noodzakelijk is.

*Ervaringen met het eigen hometeam in Oosterhout.* Aan de hand van een beschrijving van het hometeam in Oosterhout, het dorp waar wordt gepractiseerd, worden de problemen en de gang van zaken van een hometeam beschreven. Het is van belang dat vanuit de eigen ervaring als huisarts wordt geschreven. Te vaak wordt óver de huisarts gesproken en geschreven door mensen die niet zelf de huisartspraktijk uitoefenen. Daardoor kunnen misverstanden ontstaan, met name wat betreft de hulpverlening van de huisarts aan patiënten met psychosociale problemen. Juist deze categorie patiënten zal relatief vaak in een eerste echelonsteam worden besproken. Bij sommigen bestaat onvoldoende inzicht in het feit dat somatische c.q. als zodanig gepresenteerde klachten soms zó nauw met deze psychosociale problematiek verweven zijn, dat hulpverlening door anderen niet zonder meer wordt

geaccepteerd (*Van Lidth de Jeude*). De opvatting dat de huisarts zich tot somatische ziekten zou moeten beperken, geeft dan ook blijk van miskenning van deze realiteit, zoals die zich aan iedere huisarts dagelijks voordoet. Uit eigen ervaring is mij ook gebleken dat gedragswetenschappelijke hulpverleners (agogen, psychologen) die zich daadwerkelijk met de cliëntenzorg bezighouden, eveneens tot dit inzicht komen.

Het team in Oosterhout functioneert sinds enige jaren naast het eerder door Huygen beschreven team in Lent en wel sinds bij onze associatie dit praktijkgedeelte voornamelijk aan mijn zorgen is toevertrouwd.

*Werkwijze en ontwikkeling van ons gezinsteam.* Het team vergadert eenmaal in de zes weken gedurende ongeveer twee uur. Het is samengesteld uit twee maatschappelijke werkers, de predikant, de R.K. pastor, de wijkverpleegster en de huisarts. De werkgebieden van de teamleden vallen voor het grootste deel samen. Ook buiten het teamverband bestaat veelvuldig contact, bijvoorbeeld met de wijkverpleegster op zuigelingen- en kleuterbureaus, met de pastor in een universitaire werkgroep huisarts-pastor enzovoort. Aanvankelijk werd het secretariaat en het voorzitterschap bij toerbeurt vervuld, geleidelijk heeft zich een verandering voltrokken in die zin, dat thans de R.K. pastor deze beide functies op zich heeft genomen.

Bij de ontwikkeling van ons samenwerkingsverband zou men de volgende vier fasen kunnen onderscheiden: aanloopfase, probleem-georiënteerde fase, cliënt-gerichte fase en open fase.

*Aanloopfase.* In deze fase is sprake van kennismaken met en aftasten van elkaars denk- en werkwijze. De door *Huygen* genoemde problemen bij samenwerking: de tijd, het beroepsgeheim, het statusverschil, de persoonlijke problemen en de communicatie leverden voor ons team geen al te grote moeilijkheden op. Al vrij snel bleek de geïnvesteerde tijd veel winst op te leveren, zowel voor de hulpvragers als voor de hulpverleners.

Het beroepsgeheim bleek geen wezenlijk probleem te zijn, daar veel van de besproken problemen toch wel aan de betrokken hulpverleners bekend waren. Wat het statusverschil betreft deden zich eveneens geen grote moeilijkheden voor, ondanks het feit dat de maatschappelijk werker een Renault 4 en de huisarts een Renault 16 tot zijn beschikking heeft. Inkomensverschillen, verschillen in opleidingsniveau en dergelijke vormen bij een goede instelling wellicht wel hindernissen, maar geen wezenlijke belemmering voor samenwerking. Mijns inziens gaat het in deze meer om een attitude, in de zin van het afstand willen doen van het aureool van

de alwetende medicus of heilbrengende pastor. Het feit dat pastor en huisarts ook in ander verband, zoals in multidisciplinair samengestelde werkgroepen veelvuldig met anderen samenwerken, zal zeker een bijdrage hebben geleverd tot het inzicht dat welke status de hulpverlener ook heeft, zijn blikveld nu eenmaal beperkt is. Relationale problemen, die vaak een belangrijke belemmering zijn om als team te functioneren, hebben zich in ons team niet voorgedaan.

De winstpunten: meer informatie over de moeilijkheden en mogelijkheden van het gezin, het stellen van een betere en diepere gezinsdiagnose, het opstellen van een actieplan, het leren van elkaars denk- en werkwijze en de doorbreking van het isolement, was voor ieder van ons een stimulans om door te zetten.

*Probleem-georiënteerde fase.* In de tweede fase brengt vooral de huisarts een groot aantal problemen in het team, waarvoor hij een oplossing zoekt. In zijn signalerende functie ontdekt een huisarts, die door de klachten van zijn patiënten kan heen zien, zoveel problematiek dat een dergelijk team al snel met problemen overspoeld kan raken. Uit het voorafgaande is reeds gebleken, dat in principe zeer veel gezinnen voor onderling overleg in aanmerking komen, gezien de gesignaleerde problematiek door een der hulpverleners. Vooral onder invloed van de denkwijze van de maatschappelijk werkers ontdekten wij, dat hulpverlening niet het oplossen van problemen inhoudt, maar veeleer het geven van inzicht en helderheid in de eigen problematiek, zodat de cliënt zelf zijn problemen kan oplossen c.q. aangaan. Deze ontwikkeling leidde tot de volgende fase:

*Cliënt-gerichte fase.* In deze fase konden onze teambesprekingen beperkt worden tot de volgende twee categorieën gezinnen: 1 gezinnen bij wie drie of meer teamleden bij de hulpverlening betrokken waren (evenals bij het onderzoek van *De Vries* betrof dit slechts een klein aantal gezinnen); 2 gezinnen bij wie bijvoorbeeld vanwege de gecompliceerdheid van de problemen behoefte aan consultatie van het team bestond. Bij gezinsproblemen waarbij slechts twee hulpverleners betrokken waren, kon vaak worden volstaan met onderling overleg buiten de teambespreking. Deze werkwijze is mogelijk omdat het functioneren als team informele onderlinge contacten bevordert.

In de cliënt-gerichte fase wordt tot werkelijke moment meer dan een optelsom van een aantal hulpverleners, meer dan zo maar een overlegorgaan.

*Brandt* stelt als voorwaarden voor samenwerking: 1 Een gemeenschappelijke doelstelling: bij ons team

te formuleren als het verlenen van integrale zorg aan de ons toevertrouwde gezinnen; 2 informatie van de partners: „weten wie de ander is”; 3 goede communicatie, onder andere bepaald door informatie, bereidheid, inspiratie en persoonlijke inzet; 4 het vaststellen van een actie.

Uit het voorgaande blijkt dat wij in principe aan deze voorwaarden voldoen. Dit wil niet zeggen dat zich geen problemen voordeden. Ten eerste bleek na ongeveer een jaar een duidelijke behoefte te bestaan ook meer persoonlijke problemen te bespreken, dat wil zeggen ook de gevoelens van de hulpverleners zelf aan de orde te stellen. Ten tweede bleek soms de functie van de wijkverpleegkundige minder duidelijk te zijn (vergelijk *Van den Hout*). De verpleegkundige was vroeger vooral een „doe mens”. Beperkte de „oude” wijkverpleegster zich wellicht te veel tot het „handwerk”, nu dreigt door een te sterke nadruk op bijvoorbeeld het preventieve werk het eigenlijke verpleegkundige werk in de verdrukking te komen, terwijl juist het „lichamelijk” met een patiënt bezig zijn, de wijkverpleegkundige — evenals de huisarts en de fysiotherapeut — een unieke gelegenheid geeft tot het aangaan van een therapeutische relatie met de patiënt en zijn gezin.

Het maatschappelijk werk heeft daarentegen te maken met twee problemen, enerzijds dat voor vele cliënten dit werk nog geen eigen identiteit bezit en anderzijds dat vaak voordat het eigenlijke hulpverleningsproces kan beginnen eerst nog een relatie moet worden opgebouwd, die pastor, wijkverpleegkundige en huisarts reeds hebben.

*Open fase.* Een derde probleem betreft de openheid van onze samenwerking ten opzichte van de gemeenschap waarin wij werken. In het begin kenmerkte onze samenwerking zich door een zekere mate van geheimzinnigheid. Wij vergaderden bijvoorbeeld nooit in het dorp zelf, omdat de bewoners niet de auto's van de teamleden gezamenlijk geparkeerd „mochten” zien staan. Later kwamen wij tot het besef dat wij slechts als team hulp konden bieden, als wij ook als samenwerkersverband ons gezicht aan de bevolking lieten zien.

Door voorlichting in een door ieder gelezen plaatselijk blad en een contactavond voor de bevolking werden de hulpverleners als team aan hen gepresenteerd. Wij trachtten daarmee een begin te maken met het leggen van een open relatie team-bevolking: de vierde, de open fase. Daarmee was een uitgangspunt voor een wezenlijk andere houding van ons team ten aanzien van de bevolking gevonden. Hierop ontstond bij het team geleidelijk aan meer behoefte tot het ondernemen van bepaalde gezamenlijke acties, zoals met betrekking tot huisvestingsproblemen en dergelijke.

*Het belang van het hometeam in de relatie extra-intramurale zorg.* In het bovenstaande is de functie van het hometeam bij de hulpverlening binnen de extramurale zorg duidelijk naar voren gekomen. Alleen door teamwork is werkelijke continue, integrale zorg mogelijk. In de relatie extra-intramurale zorg is het belang van het hometeam eveneens duidelijk. Immers, door een adequate opvang van patiënten met psychosociale problemen binnen het eerste echelon kunnen veel onnodige ziekenhuisopnamen worden voorkomen (*De Melker*). De huisarts zal door nauwe samenwerking zijn blikveld kunnen verdiepen en verbreden, waardoor hij een beter inzicht krijgt in de psychosociale problematiek, die achter somatisch gepresenteerde klachten verborgen kan liggen. Door dit inzicht zal hij vaak beseffen dat verwijzing naar een klinisch specialist c.q. opname in het ziekenhuis niet nodig of soms zelfs nadelig kan zijn, omdat de patiënt daardoor ten onrechte in het „medisch kanaal” terecht zou komen.

Vervolgens kan continue zorgverlening soms alleen in teamverband worden gerealiseerd. Ook de andere teamleden, met name de wijkverpleegkundige, ervaren nu en dan de grote afstand tussen de beide zorgsystemen. Bij de bepaling van het ontslag-tijdstip uit een ziekenhuis kan bijvoorbeeld de informatie van de wijkverpleegkundige over de gezins-situatie van belang zijn. Na het ontslag is bekendheid met de toestand van de ontslagen ziekenhuispatiënt niet alleen voor de huisarts van belang, maar dikwijls ook voor de andere teamleden. Het is daarom verheugend dat sommige pastores en wijkverpleegkundigen regelmatig hun ziekenhuispatiënten bezoeken. Indien de teamleden hetzij direct, hetzij via de huisarts snel worden geïnformeerd over dié ontslagen patiënten, bij wie ook zij in het hulpverleningsproces betrokken zijn, is bij goed contact binnen het eerste echelon continue zorg beter gewaarborgd. Snelle informatie vanuit het ziekenhuis is daartoe een voorwaarde.

Uit het *Rapport van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (1973) betreffende de nazorg van ziekenhuispatiënten in de groepspraktijk te Rhenen bleek de behoefte aan medische zorg veel groter dan die aan de paramedische en maatschappelijke gezondheidszorg. Zo had 40 procent van de ontslagen patiënten meer dan tweemaal contact met de huisarts, 10 procent had behoefte aan maatschappelijke zorg, ongeveer 10 procent aan gezinszorg en 5 procent aan wijkverpleegkundige zorg. Dit laatste percentage is lager dan bij een onderzoek in Amsterdam, waar dit ruim 10 procent bedroeg. Dit verschil is waarschijnlijk een gevolg van het kleinere aantal bejaarden in de groepspraktijk te Rhenen. Uit deze cijfers kan wor-

den afgeleid dat verpleegkundige nazorgdiensten slechts een gering deel van de noodzakelijke nazorg kunnen realiseren, omdat de problemen van de discontinue geneeskundige, maatschappelijke en pastorale zorg niet worden opgelost. Dit alles onderstreept het nut van een goed functionerend eerste echelonsteam.

Tenslotte zijn aan de begeleiding van ziekenhuispatiënten zoveel aspecten verbonden, dat verwezenlijking van integrale, persoonlijke zorg alleen in teamverband kan plaatsvinden. De inschakeling van dienstverlening vanuit het ziekenhuis, bijvoorbeeld ziekenhuis-maatschappelijk werk, ziekenhuis-pastoraat kan slechts een episodisch karakter dragen. Op zijn minst is intensieve samenwerking tussen de betreffende hulpverleners van het eerste echelonsteam en ziekenhuisfunctionarissen noodzakelijk. Men kan zich bijvoorbeeld voorstellen dat ziekenhuispastor en pastor van het hometeam gezamenlijk de patiënt begeleiden. Na het ontslag zal het hometeam de zorg weer moeten overnemen van de verschillende binnen het ziekenhuis werkzame hulpverleners.

*Summary. The home team and the relationship between extramural and intramural care*

In publications on cooperation in the first echelon, the home team has so far received relatively little attention. The problems and procedures of such a home team, in which visiting nurse, social worker, pastor and family doctor cooperate, are described on the basis of practical experience gained in a village. It proved possible to distinguish four phases in the evolution of this team. This form of cooperation — based on a peer relationship — has proved to provide a suitable answer to current health care problems, particularly in rural areas and small towns. On the one hand, it provides truly continuous, integral care within the extramural system, while on the other hand it can so enhance this care that unnecessary hospitalization can be avoided and that, during unavoidable hospital periods, patients and their families can be given supplementary assistance. A major advantage of this form of cooperation is the fact that no financial barriers have to be surmounted.

- Brandt, A. Chr. (1972), *Metamedica* 51, 234.  
 Hout, W. P. van den. (1971), *huisarts en wetenschap* 14, 385.  
 Huygen, F. J. A. (1962), *huisarts en wetenschap* 5, 119.  
 Lidth de Jeude, A. H. van, *De Huisarts in de maalstroom der emoties*. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1971.  
 Leenen, H. J. J. (1973), *Metamedica* 5, 409.  
 Melker, R. A. de., *Ziekenhuispatiënt - huisarts - huisgezin*. Academisch proefschrift, Dekker & v. d. Vegt, Nijmegen, 1973.  
 Rapport van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Project nazorg ziekenhuispatiënten in de groepspraktijk te Rhenen, 1973.  
 Vasbinder, W. (1968), *huisarts en wetenschap* 11, 439.  
 Velden, H. G. M. van der. (1973), *huisarts en wetenschap* 16, 81.  
 Vries, A. E. N. de., *Gezin en hulpverlening in Dorpbijstad*. Academisch proefschrift, Dekker & v. d. Vegt, Nijmegen, 1973.