

of the Scottish National Health Service and the Scottish philosophy about the task of the general practitioner in primary health care. A description is made of three different types of health centres which were visited. On comparing some aspects of Scottish and Dutch health care the impression arises that the Scotchmen talk less about the necessity of teamwork in primary health care but give the general practitioner a more central place in primary health care. Scotland has in fact achieved a considerable success in building and planning health centres with interesting possibilities for interdisciplinary and transmural coöperation. Some possible reasons for this success are revealed.

#### *Geraadpleegde literatuur*

Brotherston, J. (1972) *Wld Hospitals* 8, 228.

Duncan, A. H. (1970) *Hlth Bull.* 28, 1.

Doctors in an Integrated Health Service (1971) Edinburgh H.M.S.O.

Fact Sheets on Britain Scottish Administration (1971) Central Office Inf. London.

Gaskell, P. G. (1969) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 17, 117.

Gruer, K. T. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 100.

Illingworth, D. G. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 227.

Loudon, I. S. L. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 220.

The National Health Service in Scotland (1969) Scottish Home and Health Department.

National Health Statistics in Scotland (1972) Scottish Home and Health Department.

Player, D. A., (1969) *Hlth Bull.* 27, 1.

## *Lijf en leven; samenwerking huisarts en maatschappelijk werker\**

DOOR PROF. DR. H. J. VAN AALDEREN\*\* EN DRS. A. P. NOYON\*\*\*

Het samenwerken is de laatste jaren zo ter sprake, dat vrijwel niemand zich meer kan permitteren daar tegen te zijn. Het woord heeft een ethische lading gekregen. Men behoort samen te werken en men behoort het ook te kunnen.

Door deze „must” blijft bij vele vormen van samenwerken een zakelijke analyse van de mogelijkheden en de moeilijkheden daarvan achterwege. Dit belemmert in veel gevallen het zicht op de wijze, waarop samenwerken kan worden geleerd en waarop deze deskundig kan worden begeleid.

Samenwerking tussen gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening is aan de orde van de dag. In wat hier volgt hopen de schrijvers een beperkte bijdrage te leveren omtrent de samenwerking huisarts-maatschappelijk werker. Daarbij zal de vraag worden behandeld waarom of deze samenwerking zo moeilijk is en zal worden nagegaan, op welke wijze deze moeilijkheden uit de weg kunnen worden geruimd. Daarbij wordt voorbij gegaan aan de vraag van de noodzaak van deze samenwerking, omdat de schrijvers menen dat deze door anderen in tal van artikelen reeds voldoende is toegelicht.

*Het begrip samenwerking.* Wanneer huisarts of

\* Dit artikel werd eveneens aan de redactie van het Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnszorg aangeboden, waarin het inmiddels is opgenomen. De redactiecommissie meende dat het van belang was — gezien het onderwerp, samenwerking huisarts maatschappelijk werker — dit artikel eveneens in huisarts en wetenschap af te drukken.

\*\* Hoogleraar huisartsgeneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam.

\*\*\* Directeur van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk te Amsterdam.

maatschappelijk werker over samenwerken spreekt, bedoelen zij dan hetzelfde? De kans is groot dat, door een verschillende werkopvatting en werkstructuur, beiden een geheel andere inhoud aan dit woord geven. Dit geeft gemakkelijk aanleiding tot misverstanden.

Zo is de maatschappelijk werker al tijdens zijn opleiding gewend geraakt aan supervisie en praktijkleiding; een situatie, die veelal na de opleiding wordt gecontinueerd tijdens het werken in een instelling. Voorts komt hij in de instelling meestal in contact met consultants, die van een bepaalde deskundigheid uit licht kunnen werpen op de problematiek van de door de maatschappelijk werker behandelde cliënten. Maatschappelijk werkers zijn hierdoor vertrouwd met overleggen over cliënten en wijze van hulpverlening. Voor de maatschappelijk werker behoort samenwerken bij zijn beroep; in een gemeenschappelijk overleg wordt hij beter toegerust voor de hulp aan de cliënt.

Voor de huisarts verloopt samenwerken in de medische situatie geheel anders. Was het begrip consultatie voor de tweede wereldoorlog nog wel in zwang — de huisarts verzocht dan de specialist met hem samen de patiënt thuis te bezoeken — deze samenwerkingsvorm is de laatste decennia steeds sporadischer geworden. Wanneer thans de huisarts redenen heeft om anderen bij diagnostiek of behandeling te betrekken, verwijst hij de patiënt. Naderhand krijgt hij de patiënt weer terug met een verslag van wat er is gebeurd.

De arts verwijst het probleem naar anderen; de maatschappelijk werker haalt anderen naar zich toe om met hen het probleem te overleggen. Voor de arts is samenwerking bevredigend, wanneer het

doelmatig en met goede wederzijdse berichtgeving gebeurt; voor de maatschappelijk werker is het criterium meer gelegen in de overlegsituatie en in de mate, waarin hij door overleg beter zal kunnen handelen.

*Verschillende posities in de eerste lijn.* Huisarts en maatschappelijk werker — in het algemeen maatschappelijk werk — zijn eerstelijns werkers in de hulpverlening. Zijn zij daarin gelijkwaardig? Beiden streven naar een zo groot mogelijke bereikbaarheid en naar een zo laag mogelijke drempel voor het publiek. De mate, waarin zij daar in slagen, verschilt echter aanmerkelijk. Zolang in deze maatschappij het uiten van lichamelijke klachten zo veel minder kans ontmoet voor blijken van depreciatie dan het uiten van psychische en sociale klachten, is de drempel voor de huisarts laag en voor de psychotherapeut en de maatschappelijk werker hoog. De huisarts wordt veelal in een vroeg stadium bezocht met een grote variatie van klachten. Voor de maatschappelijk werker geldt meestal het tegenovergestelde.

Ook is er tussen huisarts en maatschappelijk werker een groot verschil in opvatting omtrent de eerstelijns hulp. Voor de huisarts betekent zijn positie in de eerste lijn een continue verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een groep mensen, die een abonnement hebben op zijn hulp. Dit heeft onder meer twee consequenties. In de eerste plaats selecteert de huisarts zijn patiënten niet en wie eenmaal zijn patiënt is blijft zijn patiënt, ook al verwijst hij deze, tijdelijk, naar een specialist of bereikt hij niets met de patiënt. In de tweede plaats vindt iedereen die een beroep op hem doet gehoor. De werkagenda van de huisarts wordt door de patiënten bepaald. Zij bewerkstelligen of hij het vandaag druk heeft of niet; of hij weinig of veel tijd per patiënt kan besteden.

Heel anders ligt dit bij de maatschappelijk werker. Hij voelt zich verantwoordelijk voor de cliënten, die hij als zodanig heeft aanvaard. Deze aanvaarding geschiedt op grond van enigerlei vorm van selectie. Gemotiveerdheid van de cliënt, behandelbaarheid, veranderbaarheid en dergelijke spelen bij deze selectie een rol. De maatschappelijk werker gaat zowel bij de selectie als bij de behandeling van een bepaald programma uit; hiertoe is de tijd, die aan elk contact wordt besteed, een belangrijk element. Hij zal daarom zijn agenda zoveel mogelijk bewaken om deze werkwijze waar te kunnen maken. Voor de huisarts behoort deze werkopvatting meer thuis in de tweedelijns- dan in de eerstelijns zorg.

Bovengenoemde verschillen worden duidelijk wanneer huisarts en maatschappelijk werker gaan samenwerken. De huisarts voelt zich verantwoorde-

lijk voor de groep, die bij hem een abonnement voor hulp heeft. De maatschappelijk werker selecteert volgens zijn criteria uit deze groep de cliënten, die voor behandeling in aanmerking komen. Hij deelt niet met de arts de verantwoordelijkheid voor de gehele groep en weert de zijns inziens onwerkzame gevallen af. De huisarts blijft met deze gevallen zitten en verwijt de maatschappelijk werker een attitude, die niet bij de eerstelijns hulp past.

Ook de praktijk, waarbij — grof gezegd — de huisarts zijn werkwijze aanpast aan de stroom patiënten en de maatschappelijk werker de stroom patiënten aanpast aan zijn werkwijze, kan aanleiding geven tot botsingen. Voor de huisarts is elk beroep, dat de patiënt op hem doet, in beginsel spoedeisend, terwijl de maatschappelijk werker weinig elasticiteit toont met betrekking tot spoedeisende gevallen. Er bestaan duidelijk tempoverschillen, waarin zij ingaan op de behoefte van de patiënt/cliënt.

Bij samenwerking is het voor de huisarts of er een stuk tweedelijns hulp is ingebouwd in de eerste lijn. Hij mist de gemeenschappelijke attitude en werkwijze, die voor hem juist zo kenmerkend zijn voor de eerste lijn. De maatschappelijk werker op zijn beurt wapent zich tegen een situatie, die hem kan overspoelen en waarbij het eigene van zijn werk en zijn beroepsidentiteit naar zijn gevoel verloren gaan.

*De huisarts beschikbaar waartoe?* Slechts een klein gedeelte van de werkzaamheden van de huisarts bestaat uit werkelijk spoedeisende gevallen. Toch richt hij zijn werk in op een wijze alsof vrijwel alle eerste arts-patiënt contacten spoedeisend zijn. Dit heeft een aantal oorzaken. In de eerste plaats heeft de toeneming van kennis en dientengevolge een steeds verder voortgeschreden professionalisering en specialisatie met zich gebracht, dat slechts een arts een lichamelijke klacht kan diagnostiseren. In de tweede plaats vergt de sociale verzekering, dat de arts oordeelt over verzuim van het werk wegens ziekte en suggereert daarbij dat een dergelijk verzuim zonder behandeling niet is toegestaan. In de derde plaats heeft lichamelijke ziek zijn haast altijd een reductie van het functioneren tot gevolg. Koorts kan reeds veroorzaken dat het functioneren en de leefruimte tijdelijk worden beperkt tot het bed. Zo kan een kleine oorzaak leiden tot gevolgen, die als diep ingrijpend worden beleefd.

Tenslotte kan een lichamelijke klacht een signaal zijn van de naderende dood. Een cultuur, die alles over heeft voor het terugdringen van de dood, eist van de arts dat alles in het werk wordt gesteld door directe bereikbaarheid, snel optreden en het signaal van een mogelijke dood te onderkennen. De lichamelijke klacht heeft daarom de signaal-waarde

van de dood gekregen. Hoewel maar weinig gevallen onder het beslag van de dood blijken te staan, worden in principe alle klachten op de mogelijkheden daarvan onderzocht.

*De maatschappelijk werker beschikbaar waartoe?*  
De maatschappelijk werker wordt betrokken bij klachten van psycho-sociale aard. Deze problemen vertegenwoordigen een andere waarde en zijn minder bedreigend voor het bestaan. De behandeling ervan is minder spoedeisend, althans, deze problemen worden als minder spoedeisend beleefd en dienovereenkomstig wordt er ook gehandeld.

Toch kunnen deze problemen worden opgevat als een mogelijke ernstige aantasting van de kwaliteit van het leven. De wijze van beschikbaar zijn van de maatschappelijk werker weerspiegelt echter de opvatting in onze cultuur, dat deze kwaliteit een belangrijk mindere urgentie heeft dan het leven zonder meer. Zolang het bestendigen van leven een grotere waarde vertegenwoordigt dan het bestrijden van wat de kwaliteit van het leven aantast, zolang zit de arts gevangen in de maatschappelijke verwachting dat hij elke klacht beschouwt als een mogelijke bedreiging van het leven en dat hij zijn denken en zijn handelen daarop afstemt. Zolang zal de maatschappelijk werker zich moeten realiseren, dat zijn werk maatschappelijk als minder belangrijk wordt gewaardeerd, omdat het te maken heeft met minder urgente — immers het leven niet bedreigende — factoren.

Het is duidelijk dat deze verschillen doorwerken in de status en de werkwijze van beide beroepen. Samenwerken kan leiden tot een herwaardering. Signalen van aantasting van de kwaliteit van het leven kunnen even ernstig en spoedeisend worden gezien als die, welke betrekking hebben op de bedreiging van het leven.

Dit vereist van de maatschappelijk werker een andere organisatie van de werktijd en andere werkwijzen. Dit geldt echter evenzeer voor de huisarts. Hij zal meer oog krijgen voor signalen, die op de kwaliteit van het leven slaan. Behandeling van deze problemen in samenwerking met een maatschappelijk werker zal hij meer dan tot nu toe tot zijn opdracht rekenen. De vraag is of hierbij de maatschappelijk werker en de huisarts elementen van elkaars werkwijzen dienen over te nemen. Zal de maatschappelijk werker — naast zijn volgens zijn eigen model geprogrammeerde hulpverlening — niet een gedeelte van zijn tijd beschikbaar moeten stellen

voor ongestructureerde en spoedeisende gevallen? Zal hij zich niet meer dan tot nu toe moeten bezighouden met het loodsen van cliënten door de meest acute fasen van crisissituaties, desnoods in vijf minuten contacten en zonder duidelijk geprogrammeerd behandelingsplan? Dan kan hij ook meer de verantwoordelijkheid op zich nemen voor een bepaalde populatie en niet slechts voor een aantal geselecteerde mensen.

En zal de huisarts zich eens niet moeten beraden of hij zijn vrije aanbod van hulpverlening toch niet eens zal limiteren? Is het werkelijk nodig, dat elke vraag om hulp dezelfde dag wordt gehonoreerd? Zal hij dan geen tijd beschikbaar krijgen om een gedeelte van zijn dagtaak zelf in te richten met een tijdschema en een behandelingsplan? Kan dit niet een eerste aanzet worden om onder de ban van „huisartsen hebben geen tijd” uit te komen? Dan kan hij ook verder komen dan het leggen van „noodverbanden” op het psycho-sociale vlak. Dit vraagt van beide disciplines een grote mate van soepelheid en vermogen tot veranderen. Een gestructureerde samenwerking is hiertoe een vereiste. Die zal de beste kans van slagen hebben, wanneer de structuur daarvan inhoudt:

Onder één dak, waardoor een frequente formele en informele communicatie mogelijk is en waardoor een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een bepaalde populatie kan worden waargemaakt.

Onder één supervisie. Maatschappelijke en medische hulpverlening zijn beide vormen van hulpverlening met specifieke kenmerken. Hulpverleningen door diverse disciplines hebben ook een groot aantal gemeenschappelijke kenmerken. Het zal „het gezamenlijke” van de hulpverlening ten goede komen wanneer deze onder gezamenlijke supervisie plaatsvindt. In het disciplinaire isolement heeft men zich lang genoeg bezig gehouden met de verschillen; het zal goed zijn zich samen intensief bezig te houden met de overeenkomsten.

Onder één doelstelling. Hulpverlening is niet waardenvrij. De laatste jaren zijn er tal van vormen van hulpverlening en hulpverleningsmodellen ontwikkeld, die nog eens te meer hebben duidelijk gemaakt dat elke vorm van hulpverlening zedelijke implicaties heeft. Teneinde hierover duidelijkheid te krijgen zal elke samenwerkingsgroep er verstandig aan doen haar woorden in doelstellingen te expliceren.