

PQ3M – een ervaring met een interdisciplinaire opleidingsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg – Maatschappelijk Werk – „Medicijnen”*

DOOR DRS H. H. M. DURVILLE, SOCIOLOOG, G. J. VAN GENT, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER,
BEIDEN STAFDOCENT HAAGSE SOCIALE ACADEMIE,
S. VAN DER KOIJ, HUISARTS, LEIDS INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDIGE EN
A. POOL, WIJKVERPLEEGKUNDIGE, GROENE KRUIS, STOLWIJK

INLEIDING

Er bestaat behoefte aan samenwerking tussen werkers in gezondheidszorg en welzijnszorg. Waaruit deze behoefte voortkomt en bij wie dit precies leeft geven wij slechts summier aan: Wij denken aan conferenties van het Nederlands Huisartsen Instituut, aan experimentele gezondheidscentra, aan de structuurnota Gezondheidszorg 1974 van staatssecretaris Hendriks, aan invloeden van gedragswetenschappen bij hulpverlening en aan samenwerking van verschillende werksoorten binnen welzijnszorg.

Waar samenwerking groeit blijken er veel moeilijkheden te overwinnen. Deze zijn niet alleen van organisatorische aard, maar liggen zeker ook op relationeel gebied. (*De Boom-Van Duin, Van den Hout, Lamberts, Holten-Vriesema en Vermeul-Van Mullem, Beek en Hak, Ris en Diederiks, Hollander en anderen*). Eigenlijk behoeft dit nauwelijks verbazing te wekken, want geen van de huidige werkers in de gezondheidszorg is tot samenwerking opgeleid: deze noodzaak werd tot voor kort ook nauwelijks onderkend. Een van de mogelijkheden, die worden bepleit om hierin verbetering te brengen, is de toekomstige werkers reeds tijdens de opleiding met elkaar in contact te brengen.

Behalve een oproep (*Baan*) en een verslag (*Smit*) is ons geen verslag van Neder-

landse ervaringen bekend. Een project in Brits Columbia (*Szasz*) kwam ons pas later onder ogen en is niet direct op Nederlandse verhoudingen toepasbaar. De opzet van de Maastrichtse faculteit schijnt te worden gericht op vragen van de hulpzoekende, waarop hulpverleners dan gezamenlijk antwoord geven - maar dit project moest nog starten en kon ons niet tot voorbeeld dienen.

Voorzover ons bekend worden er geleidelijk initiatieven genomen in diverse opleidingsinstituten ter voorbereiding op bovengenoemde ontwikkelingen. Deze initiatieven hebben vooralsnog een fragmentarisch en ad hoc karakter. Daarom leek het ons zinvol onze ervaring bekend te maken en daaraan enkele aanbevelingen te verbinden.

KORTE VOORGESCHIEDENIS

Enkele verspreide initiatieven tot werkbijeenkomsten van één dag met enkele studenten en docenten leidden tot de oprichting van een werkgroep opleidingen 3M. 3M staat voor studies in medicijnen van de Rijksuniversiteit Leiden, Maatschappelijke gezondheidszorg (verpleegkunde) en maatschappelijk werk, deze beide laatste aan de Haagse Sociale Academie. Deze werkgroep bestaat sinds 1973 en heeft als doelstelling geformuleerd: een proces van denken op gang brengen in deze opleidingen over de identiteit van eigen en andere beroepen en deze te toetsen aan het welzijn van mensen in de samenleving, om zo te komen tot beter functioneren van hulpverleners in de eerste lijn. Interdisciplinaire samenwerking lijkt hier van dienst te

kunnen zijn zodat nagegaan zou moeten worden wat in de opleiding systematisch aan voorbereiding tot deze samenwerking zou kunnen/moeten worden gedaan (*3M-nota MGZ1*).

Inmiddels was aan de Rijksuniversiteit Leiden het nieuwe curriculum ingevoerd. Als onderdeel van de opleiding der aanstaande medici bestaat er een werkgroep huisartsgeneeskunde voor vierde jaarsstudenten. Deze werkgroepen worden begeleid door ouderejaarsstudenten in de gedragswetenschappen; aan elke groep is een huisarts toegevoegd als informant. Deze werkwijze werd gekozen om te bereiken dat het leerproces zoveel mogelijk door groep en huisarts samen zou worden bepaald.

In 1974 werd een van deze werkgroepen in het kader van de eerder genoemde ontwikkeling en voor een eerste verkenning interdisciplinair opgezet; deze werkgroep werd aangeduid met de codenaam PQ3M.

Juist omdat er zo weinig bekend is over gezamenlijk onderwijs aan aanstaande wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en artsen, leek het zinvol deze voorlopig, enkele onderwijservaring te beschrijven. Toen wij aan de werkgroep begonnen stond ons nog niet nauwkeurig voor ogen wat wij met deze onderwijsvorm zouden kunnen bereiken. Daarom bevat dit artikel geen exacte gegevens over onderwijsresultaten; het is een beschrijving met een aantal indrukken en beschouwingen.

Tijdens alle zittingen van de werkgroep PQ3M werd aandacht en tijd gegeven aan de evaluatie en de groepszittingen werden uitvoerig door één van de

* In het voorjaar van 1974 hebben enkele studenten en docenten zich verenigd in een werkgroep om in tien bijeenkomsten van drie uur gedurende de opleiding te trainen in interdisciplinair werken. Van deze werkgroep volgt hier een verslag.

leden bij toerbeurt in verslagen vastgelegd. Uit deze verslagen en uit enige gesprekken van de vier docenten – tevens auteurs – is dit artikel samengesteld.

SAMENSTELLING, DOEL EN WERKWIJZE

De werkgroep bestond uit vier studenten in de medicijnen (vierde jaars), vier studenten maatschappelijk werk (tweede jaars) en vier verpleegkundigen - studenten in maatschappelijke gezondheidszorg (eerste jaars). Vier docenten verleenden hun medewerking; drie van hen waren informant voor hun eigen discipline, te weten een huisarts, een maatschappelijk werker en een wijkverpleegkundige, terwijl een vierde docent als „begeleider” optrad. Deze zestien groepeerden zich rond de volgende dubbele doelstelling:

- Verkrijgen van inzicht in huisartsgeneeskunde, maatschappelijk werk en maatschappelijke gezondheidszorg;
- Leren samenwerken.

De doelstelling was in gesprekken tussen stafleden van de beide instituten overeengekomen. Wat betreft de werkwijze was afgesproken dat in de werkgroep zelf het samenwerken van meet af aan zou worden geoefend. Evenals bij de genoemde werkgroepen huisartsgeneeskunde was het principe voor deze werkgroep dat de studenten zoveel mogelijk het eigen leerproces zouden bepalen. Zowel studenten als docenten waren er zich van bewust dat het in deze werkgroep om een eerste verkenning ging van een interdisciplinaire opleidingsgroep. In totaal is deze werkgroep elf avonden gedurende drie uur bijeen geweest.

De functie van de begeleider van de groep zagen wij als die van een „enabler”, die zou pogen alle deelnemende studenten zoveel mogelijk in staat te stellen bij te dragen aan het realiseren van onze doelstellingen. De informanten zouden tot taak hebben al of niet op verzoek van de groep bijdragen vanuit hun beroep te leveren.

Wisselend was een der groepsleden voorzitter, nadat hij of zij de vorige keer notulist was geweest. Daardoor had hij/zij zicht op de onderwerpen die aan

de orde waren, respectievelijk nog ter sprake moesten komen.

Aan het begin van elke avond deed de voorzitter een agendavoorstel, dat door de groep al of niet gewijzigd werd aangevaard. Na elke bijeenkomst werd geëvalueerd. Alle groepsleden leverden een evaluatieformulier in (*bijlage*), waarna ieder groepslid nog eens globaal zijn waardering van de avond weergaf. Een deel van de achtste en negende groepsbijeenkomst werd besteed aan het opstellen van een evaluatieschema. De evaluatie op basis van dit schema werd tot een eindverslag verwerkt.

De eerste bijeenkomst werd gewijd aan kennismaking en inventarisatie van elkaars verwachtingen over deze werkgroep. Hieraan bleek veel tijd te moeten worden besteed, want er bleken zeer uiteenlopende verwachtingen te bestaan, zoals literatuurstudie, bespreken van praktijkgevallen, observatie van functionerende teams, meegaan met een huisarts, opbouwen van een ideaalbeeld over samenwerking. Om een goede keuze te kunnen maken bleek het een belangrijke voorwaarde te zijn dat ieder op de hoogte zou komen van elkaars verwachtingen, maar ook van elkaars opleiding, beroep en werkwijze.

Tijdens de tweede bijeenkomst werd een gezin uit de praktijk van de huisarts besproken, waarbij veel multidisciplinair overleg noodzakelijk bleek. De studenten bespraken wat het hulpaanbod zou kunnen zijn, denkend vanuit de opvattingen over het eigen gekozen beroep en dat van de andere beroepen. De informanten gaven aanvullingen en eventueel correcties.

De derde avond werd gewijd aan bespreking van de verdere werkwijze van de groep, afgewisseld met discussies over de zin en bedoeling van interdisciplinaire samenwerking zoals die thans al in diverse vormen functioneert.

Op de vierde bijeenkomst ging dit gesprek verder; er bleek behoefte te bestaan aan meer kennis over samenwerkingsvormen en -ervaringen; een subgroep zou literatuur bijeen gaan brengen en bestuderen. Verder werd besloten dat de groep, als geheel gezien, zich zou gaan bezighouden met een inventarisatie van de gegevens, die elk van de disciplines

in het algemeen nodig achtte om een bepaalde casus zinvol in een team te kunnen bespreken.

De vijfde avond werd aan het maken van deze inventarisatie besteed. Weer bleek het nodig meer te weten te komen over elkaars opleiding en werkwijze.

In de zesde bijeenkomst werd enige tijd uitgetrokken voor de bespreking van de tot dan toe ingevulde evaluatieformulieren. Mede naar aanleiding van deze bespreking kreeg de groep duidelijk meer aandacht voor het groepsproces; zo werd aan de groepsleden de samenhang van taakgericht en (groeps)procesgericht bezig zijn duidelijk.

In de zevende bijeenkomst werd hierop doorgegaan.

Pas de achtste avond kwamen wij weer aan een praktijkgeval toe, ditmaal ingebracht door de wijkverpleegkundige.

De laatste bijeenkomsten werden besteed aan het verder uitwerken van de informatie-inventarisatie, aan de eindevaluatie en aan het eindverslag van de groep. Zij werden duidelijk gekenmerkt door meer aandacht voor groepsprocessen dan in de eerste zittingen.

EVALUATIE-UITKOMSTEN

De groep was zeer coöperatief, bleek in de evaluatie steeds meer positief tegenover de werkgroep te zijn ingesteld, zij het dat dit laatste in de middenfase van de groepsbijeenkomsten in mindere mate het geval was. De deelneming was steeds zeer hoog, ondanks dat alle bijeenkomsten in de avonduren plaatsvonden.

Het lukte goed om met de groep de tevoren afgesproken werkwijze te blijven volgen. De inbreng van de studenten was vanaf het begin zeer groot en bleef dat in stijgende mate. De begeleider bleef op de achtergrond en trad alleen op de voorgrond wanneer een van de groepsleden niet aan bod kwam of de doelstelling geheel in het slop dreigde te raken. Wel moesten de groepsleden, inclusief de informanten, daaraan wennen. Achteraf realiseren wij ons te meer hoe belangrijk goede begeleiding is om het groepsproces als leerproces te laten verlopen.

Het heeft ons inziens gunstig gewerkt dat wij zoveel tijd aan evaluatie hebben besteed. Daardoor heeft het groepspro-

ces weliswaar meer aandacht gekregen dan aanvankelijk in het voornemen lag, maar juist het zich steeds weer bezinnen op hoe en waarmee wij bezig waren heeft ons het meest geleerd.

Alle groepsleden, inclusief de begeleider en de informanten, waren het er aan het eind van de groepsbijeenkomsten over eens dat deze interdisciplinaire opleidingsgroep een bijzonder nuttige ervaring was.

Eveneens eensluidend was de volgende conclusie: een voorwaarde voor samenwerking is de mensen in hun deskundigheid en in hun persoon te kennen.

Bijeenkomsten zouden overdag, niet 's avonds moeten plaatsvinden.

BESCHOUWINGEN

Een van de belangrijkste leereffecten van de groep was de ontdekking dat samenwerken in een interdisciplinaire groep moeilijker is dan het lijkt. De studenten hebben aan den lijve ondervonden welke moeilijkheden moesten worden overwonnen en hoeveel moeite het kostte om met vogels van zo diverse pluimage iets tot stand te brengen. De meeste deelnemers aan de groep kwamen met de verwachting om behoorlijk praktisch bezig te zijn op het gebied van de eerste lijns gezondheidszorg. Aan die verwachting werd nauwelijks tegemoet gekomen. Terwijl de werkgroepen, alleen uit medische studenten samengesteld, bijvoorbeeld patiënten interviewden, bestonden er in deze groep zo uiteenlopende verwachtingen over de inhoud en de werkwijze dat wij telkens pas op de plaats moesten maken voor wederzijdse verduidelijking en voor het bespreken van groepsprocessen. Achteraf blijken wij heel wat meer tijd te hebben besteed aan groepsdynamische processen dan aan taakgerichte bezigheden! Zoals een van de groepsleden het uitdrukte: „Wij wilden een huis bouwen, maar ontdekten dat wij al die tijd aan het fundament bezig waren”. Toch, al kostte het oefenen in samenwerking meer tijd en moeite dan wij hadden gedacht, deze ervaring bleek een prikkel om er mee door te gaan: de uitdaging en de motivatie om samen te werken waren aan het einde toegenomen.

De studenten zelf formuleerden hun motivatie voor samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg als volgt:

- 1 verschillende invalshoeken kunnen een probleem verhelderen;
- 2 om de juiste man op de juiste plaats te krijgen bij de eerstelijns gezondheidszorg;
- 3 om „feed back” te krijgen over eigen functioneren.

De studenten hebben kennis opgedaan over hun eigen toekomstige en de andere beroepen. Eigenlijk bleek dat de studenten bij de aanvang van de werkgroep nog maar weinig over hun toekomstige werkkring wisten; het sterkst was dat wel het geval bij de medische studenten. De medische student komt in verhouding tot de maatschappelijk werker en de

wijkverpleegkundige in opleiding pas laat toe – in de laatste jaren van zijn studie – aan problemen oplossen en hulp verlenen. Zou dat er toe leiden dat een aanstaande medicus pas in de laatste jaren voldoende voor een dergelijke groep zou zijn voorbereid? Of zou het juist gunstiger zijn eerder aan een dergelijke groep te beginnen, omdat een jongere jaars minder bevooroordeeld zou kunnen zijn? Studenten gaven in elk geval een suggestie in die richting.

Naast kennis van de verschillende beroepen kan men de diverse beroepsbeelden onderscheiden. Wij hadden de indruk dat wij in deze groep niet of nauwelijks zijn toegekomen aan verandering van het beeld dat men van elkaar heeft. Terwijl hier mensen bijeen waren, nog in opleiding voor een bepaald beroep, vertoonden zich al kenmerken van de onderscheiden beroepen. De aanstaande

BIJLAGE

Bijeenkomsten PQ3M		Evaluatieformulier	naam
			zitting
gaarne kruisjes zetten op (niet tussen) de verticale streepjes.			
1.	Ik verwachtte van deze zitting		
	erg weinig		erg veel
2.	Mijn algemene oordeel over deze bijeenkomst is		
	erg negatief		erg positief
3.	Ik vond deze bijeenkomst		
	erg nuttig		geheel overbodig
3a.	Ik vond deelneming aan deze bijeenkomst		
	bijzonder prettig		erg onplezierig
4.	Ik vond de aanpak door de begeleider		
	erg onbevredigend		erg bevredigend
5.	Ik vond de aanpak door de informanten		
	erg onbevredigend		erg bevredigend
6.	Ik voelde mij geheel vrij om deel te nemen aan werk en discussie in de groep		
	ja, geheel vrij		neen, helemaal niet vrij
7.	Ik verwacht van deze werkgroep		
	erg weinig		erg veel
8.	Ik verwacht dat in deze groep teveel nadruk zal liggen op		
	huisartsgeneeskunde		leren samenwerken
9.	Ik verwacht dat de invloed van de studenten op de gang van zaken in de werkgroep		
	gering zal zijn		erg groot zal zijn
10.	Mijn bijdrage aan deze bijeenkomst was		
	gering		groot

artsen brachten veel gevarieerde plannen en wilden alles meteen in actie omzetten, de maatschappelijke werkers hadden vooral inbreng op het gebied van samenwerken (elkaar uit de tent lokken, anderen erbij betrekken) de wijkverpleegkundigen brachten meer praktische ervaring in. Wij vroegen ons af of deze rolverdeling niet moet worden gezien als een bevestiging van het traditionele beroepsbeeld.

Een verschil met in de werkelijkheid functionerende teams was wel, dat men zich niet of nauwelijks door de andere disciplines bedreigd voelde. Dat bleek bij casusbesprekingen, waarbij de deelnemers elkaar veel ruimte boden. Professionele rivaliteit en het gevoel van verschil in status ontbraken in de groep.

De grote tijdsinvestering van de docenten maakte deze onderwijsgroep tot een kostbare aangelegenheid. Daarom en omdat de vierde jaars-werkgroepen huisartsgeneeskunde een andere opzet krijgen wordt de PQ3M-werkgroep in deze vorm niet herhaald.

ENKELE AANBEVELINGEN

Voor dergelijke interdisciplinaire op-

leidingsgroepen zouden enkele aanbevelingen kunnen worden gegeven:

- Voordat studenten (van alle drie disciplines) aan een dergelijke werkgroep deelnemen zouden zij eigenlijk méér, desnoods theoretische kennis moeten hebben over hun eigen toekomstige beroep en dat van de anderen.
- Voor alle deelnemers was dit de eerste maal dat zij aan een dergelijke weinig gestructureerde leergroep deelnamen. Deze groep zou misschien vruchtbaarder hebben kunnen werken, wanneer de studenten al meer ervaring zouden hebben gehad met werken in een groep (van één soort) studenten.
- Bijeenkomsten zouden overdag, niet 's avonds, moeten plaatsvinden om het belang daarvan als onderdeel van de opleiding te accentueren.
- Goede begeleiding is voor het slagen van de groep zeer belangrijk.
- Het is nodig en zinvol om, juist in een leergroep, veel tijd aan evaluatie te besteden.
- Misschien is het ter besparing van tijd voor de docenten mogelijk dat informanten slechts af en toe in de groep aanwezig zijn.

Wij hopen dat anderen deze fakkel brandend verder kunnen dragen.

- Baan, P. A. H. (1974) *T. Soc. Geneesk.* 52, 832.
- Beek, P. en T. Hak. Meer lijn in de eerste lijn. *Litteratuur-overzicht* Erasmus-universiteit. Publicatie 12, april 1973.
- Boom-van Duin, F. T. de, M. E. Egberts en J. P. J. Bastiaenen. *Nota gezondheidscentra; tevens interimverslag gezondheidscentra.* Intagon, oktober, 1973.
- 3M-nota MGZ 1 (1973) *Medisch Contact* 28, 702.
- Hollander, H., J. F. van Ravenzwaay en W. A. C. Whitlau (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 365-374.
- Holten-Vriesema, J. S. E. en A. W. Vermeul-van Mullem. Samenwerkingsproject huisarts - maatschappelijk werker - wijkverpleegster. Intagon, februari, 1974.
- Hout, W. P. van den (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 187-193.
- Lamberts, H. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 15-23.
- Ris, B. G. M. en J. P. M. Diederiks. Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. *Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden, 1974.*
- Smit, M. H. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 90-92.
- Szasz, G. (1970) *Milb. Mem. Fund Quarterly* 47, 449/75.

De geneesmiddelenkaart*

De huidige farmacotherapie vereist een weloverwogen geneesmiddelenkeuze en een zorgvuldig gebruik van de geadviseerde geneesmiddelen. Aan deze eisen wordt niet altijd voldaan, met name bij chronisch veelsoortig geneesmiddelengebruik.

Door de volgende factoren wordt dit in de hand gewerkt:

1. Grote verscheidenheid van deels sterk werkende medicamenten. Interacties van geneesmiddelen kunnen ongewenste potentiëring of inhibitie geven. Verschillende merkpreparaten kunnen gelijk werkzame stoffen bevatten.

* Een rapport van de Commissie Praktijkvoering.

2. Een patiënt heeft vaak verscheidene behandelende artsen, die niet altijd volledig op de hoogte kunnen zijn van elkaars geneesmiddelenadviezen. Tevens kunnen zij niet altijd op de hoogte zijn van voor de medicatie belangrijke diagnoses.

3. De patiënt kan vaak de snel wisselende medicatie-adviezen niet meer onthouden en ook de gewijzigde dosering niet altijd van het etiket aflezen.

Een continue registratie van de medicatie op een aparte kaart kan er toe bijdragen de invloed van deze factoren uit te schakelen en stimuleren tot een doelmatige geneesmiddelenkeuze en gebruik.

Op kleine schaal worden reeds op vele plaatsen in het land tenminste 25 verschillende therapiekaarten gebruikt; wel een bewijs dat behoefte aan een dergelijke kaart bestaat. Evenwel blijkt er een grote diversiteit te bestaan wat betreft uitvoering en inhoud. Tevens bevatten vele kaarten informatie voor andere doeleinden dan geneesmiddelengebruik: medisch paspoort, vaccinatie-status enzovoort.

Om hierin uniformiteit te brengen, heeft het N.H.G. gemeend ook een dergelijke kaart te moeten uitgeven. De reeds bekende kaarten werden bestudeerd en de grootste gemene deler hiervan werd de concept-therapiekaart, welke aan de bezoekers van het N.H.G.-congres 1974 ter beproefing en com-