

Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen*

I. LAURIJSSSENS, K. BLANKEN, J. FRERIKS, H. HOLTMAAT, M. PON EN J. SORGDRAGER**

In ons rapport „Hoe helpt de dokter?“*** hebben wij de noodzaak tot interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn naar voren gebracht. De mogelijkheden hiertoe zijn echter beperkt door tal van belemmeringen, zoals die onder meer in de structuur van de gezondheidszorg en de maatschappelijke hulpverlening zijn gelegen.

In de onderhavige bijdrage formuleren wij in de eerste plaats onze uitgangspunten ten aanzien van een adequate hulpverlening; vervolgens geven wij een nadere uiteenzetting van het begrip samenwerking, zoals dat in „Hoe helpt de dokter?“ al schetsmatig is aangegeven; en tenslotte onderzoeken wij de structurele belemmeringen voor samenwerking en gaan wij in op de rol die het N.H.G. kan spelen bij de ontwikkeling van een geïntegreerde eerste lijn.

Onder de eerste lijn verstaan wij werkers en voorzieningen, die algemene hulp bieden aan mensen in hun eigen milieu, gevestigd zijn in een duidelijk begrensde gebied (wijk, dorp of stad) en rechtstreeks – zonder verwijzing – toegankelijk zijn. Wij denken hierbij aan huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, vroedvrouwen en leid(st)ers gezinsverzorging. Verder rekenen wij tot de eerste lijn hulpverleners en voorzieningen die niet rechtstreeks door de bevolking benaderd (kunnen) worden, maar wel werkzaam zijn binnen lokale grenzen en in het eigen milieu van de bevolking.

Voorbeelden zijn fysiotherapeuten, diëtisten en kraamverzorgsters.

Binnen dit geheel beschouwen wij de „driepoot“ huisarts-wijkverpleegkundige-maatschappelijk werker als een bijzondere categorie. Het criterium van algemene hulp vindt hier namelijk zijn

breedste toepassing. Bovendien zijn de functies binnen de driepoot niet scherp afgebakend, waardoor de betreffende disciplines in het bijzonder zijn aangevoerd op onderlinge samenwerking. Behalve over samenwerking (in dubbel opzicht: tussen hulpverleners en hulpvragers en tussen hulpverleners onderling) handelt dit rapport ook over de structurele belemmeringen voor samenwerking; dat zijn belemmeringen die voortkomen uit de posities die mensen innemen. In het geval van samenwerking tussen hulpverleners onderling gaat het daarbij vooral om de belemmeringen die de geschieden ontwikkeling van de afzonderlijke disciplines in de eerste lijn met zich brengt.

Ons onderwerp kan op uiteenlopende wijzen benaderd worden. Wij geven de voorkeur aan een benadering vanuit de idealen die wij zelf nastreven.

Deze voorkeur is niet willekeurig. Wij vinden dat samenwerking in de eerste lijn niet in de eerste plaats een technische aangelegenheid is, gericht op het bereiken van een grotere efficiency. Samenwerking is volgens ons allereerst een principiële kwestie, het uitvloeisel van de keuze anders te willen werken omdat men hoopt, gelooft en soms zelfs weet, dat dit beter tegemoet komt aan

de belangen van degenen die om hulp vragen. Dit sluit andere keuzen niet uit. Evenmin wil ermee gezegd zijn dat hulpverleners die anders werken geen goede resultaten leveren.

Uitgangspunten

Mensen zijn gelijkwaardig

Mensen zijn niet gelijk, maar wel gelijkwaardig. Erkenning van dit principe is een levenshouding die men ook in zijn beroepsuitoefening tot uitdrukking zal trachten te brengen. Wat ons betreft houdt dit in:

- de hulpvrager is zelf verantwoordelijk voor zijn eigen leven en derhalve medeverantwoordelijk voor de hulpverlening; wij trachten onze beroepsmatige deskundigheid zo te hanteren, dat wij de verantwoordelijkheid van de hulpvrager voor zichzelf stimuleren en aanvullen; met andere woorden wij zoeken samenwerking met de hulpvrager;

- deze samenwerking van hulpvrager en hulpverlener ligt ten grondslag aan de samenwerking tussen de hulpverleners onderling; dat betekent dat wij niet over de hoofden van de hulpvragers heen het professionele hulpverleningsapparaat willen uitbouwen, want dit zou strijdig kunnen zijn met het streven de eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager te accentueren;

in de samenwerking tussen hulpverleners onderling streven wij naar nevenschikking van de werkzaamheden van de verschillende disciplines; zodoende kan een gezamenlijke verantwoordelijkheid groeien voor het totale hulpverleningspakket van de samenwerkers, terwijl ieders beroepsspecifieke benadering gerespecteerd wordt.

Effectuering van het principe van gelijkwaardigheid brengt problemen met zich. In de eerste plaats is er het vaste gegeven dat niet iedereen steeds en in dezelfde mate zelf verantwoordelijk kan zijn. In de tweede plaats komt voor dat mensen afhankelijk willen zijn, verantwoordelijkheid van zich af schuiven en daarom een ongelijkwaardige opstelling kiezen.

Een en ander maakt dat het niet mogelijk is algemene regels te formuleren voor het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening. Dat betekent dat in iedere concrete situatie duidelijk gemaakt moet worden wie verantwoordelijk is voor wat. Op zichzelf genomen is dit een sterk argument voor samenwerking tussen hulpverleners onderling. Dan

* Rapport, uitgebracht in opdracht van het N.H.G.
** Mevrouw I. Laurijssens, hoofdwijkverpleegkundige; K. Blanken, socioloog en medewerker van het N.H.G.; J. P. Freriks, huisarts; H. Holtmaat, socioloog en medewerker van de Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden Eerste Lijn (SOSEL); M. Pon, huisarts; J. Sorgdrager, directeur van een instelling voor maatschappelijke dienstverlening.

*** Rapport Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht, 1975.

kan men immers de eigen benadering plaatsen tegen de achtergrond van andere benaderingen. Het scala van mogelijkheden wordt groter en een keuze hieruit kan steviger gefundeerd worden.

De eerste lijn

De vragen om hulp die in de eerste lijn aan de hulpverleners gesteld worden, hebben een aantal kenmerken die als volgt aangeduid kunnen worden:

- ze zijn algemeen;
- ze komen veel voor;
- ze lopen onderling sterk uiteen;
- ze zijn verschillend en veranderlijk;
- ze zijn gecompliceerd.

Gegeven deze kenmerken vinden wij een geïntegreerde eerste lijn noodzakelijk om adequaat hulp te kunnen verlenen. Alvorens dit uitgangspunt nader toe te lichten, gaan wij eerst wat dieper in op de genoemde kenmerken.

Algemeen. Iedereen heeft zo nu en dan behoefte aan hulp en richt zich dan tot een hulpverlener. Inzicht in eigen, persoonlijk functioneren van de hulpverlener en sociale vaardigheid zijn de voorwaarden om met mensen van alerhande slag om te kunnen gaan en ze te begrijpen.

Veel voorkomend. Vragen om hulp komen niet alleen tijdens kantooruren voor en hulpvragers weten niet altijd waar zij met hun klachten terecht kunnen. Dit kenmerk maakt het nodig dat eerstelijns hulpverleners permanent bereikbaar en duidelijk herkenbaar zijn.

Uiteenlopend. Dit is misschien het meest opvallende kenmerk van de vragen om hulp die in de eerste lijn gesteld worden. Dat betekent dat hulpverleners zich op uiteenlopende terreinen moeten kunnen begeven, maar vooral dat zij over de mogelijkheden dienen te beschikken op het juiste moment bepaalde deskundigheid in te schakelen.

Verscheidend en veranderlijk. De vragen om hulp vertonen duidelijke verschillen. Factoren die hierop invloed hebben, zijn omgeving (stad, platteland), geslacht, leeftijdsopbouw, beroep, opleiding, huisvesting, woonomgeving enzovoort. Verder kan men veranderingen in de tijd waarnemen, onder andere als gevolg van wijzigingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking, maar ook door het ontstaan van nieuwe (welzijns)behoeften.

Niet alleen zijn vragen om hulp in hun algemeenheid verschillend en veranderlijk, ook bij het individuele gedrag doet zich zo'n patroon voor: duidelijke tegenover onduidelijk geformuleerde

klachten, verandering van klacht bij een gelijk blijvende behoefte aan hulp en ook verandering van de behoefte zelf. Dit kenmerk vereist flexibiliteit van de persoonlijkheid van de hulpverleners, een goed overleg om tijdig op veranderingen te kunnen reageren en een systeem van permanente nascholing.

Inhoudsopgave

Uitgangspunten
Mensen zijn gelijkwaardig
De eerste lijn

Modellen voor samenwerking in de eerste lijn
Het overlegmodel
Het teammodel
Het gemeenschapsmodel

Structurele belemmeringen voor samenwerking
Machtsongelijkheid tegenover gelijkwaardigheid
Enkele andere belemmeringen
Plannen van de beleidsmakers
Geen lijn in de eerste lijn

Perspectief

Samenvatting

Gecompliceerd. Vaak is er niet slechts één vraag, maar zijn er verschillende vragen tegelijkertijd. Als hulpverlener moet men dan samen met de hulpvrager zien te komen tot een prioriteitenbepaling in de hulpverlening.

Voordat men adequaat kan helpen in de eerste lijn, moet voldaan worden aan bovengenoemde voorwaarden die zowel op de persoon van de werker als op de organisatie van de hulpverlening betrekking hebben. Van de werkers persoonlijk wordt grote flexibiliteit gevraagd, benevens sociale vaardigheden, een brede ontwikkeling en betrouwbare kennis van eigen, maar vooral ook van andermans mogelijkheden in de hulpverlening. De organisatie van de hulpverlening dient voorzieningen te omvatten voor een permanente bereikbaarheid en duidelijke herkenbaarheid van de hulpverleners. Verder is een voorziening nodig voor continue nascholing. Die zou niet alleen gericht moeten zijn op kennisvermeerdering, maar vooral ook op verbetering van de manier van werken en op veranderingen in houding (methodisch werken). Tenslotte vergt hulpverlening in de eerste lijn overleg om tijdig op veranderingen te kunnen reageren.

Conclusie. Om aan dit alles te voldoen zal men moeten uitgaan van de mogelijkheden waarover alle hulpverleners, die met de patiënt/cliënt in de eerste lijn te maken hebben, samen beschikken. Concreet gezegd, betekent dit dat wij bij samenwerking in de eerste lijn niet uitgaan van de taken van de huisarts als een zelfstandig pakket, maar van het functioneren van de huisarts als onderdeel van de eerste lijn.

Hier doet zich een dilemma voor. Maakt de huisarts primair deel uit van de gezondheidszorg in engere zin en is hij daarvoor de exclusieve (dat wil zeggen eerstelijns) ingang? Zo ja, dan betekent dit dat vragen om hulp die buiten het bestek van de gezondheidszorg vallen, naar een ander hulpverleningssysteem verwezen moeten worden. Hetzelfde geldt, maar dan omgekeerd, ook voor de maatschappelijk werker. Naar onze opvatting kunnen beide disciplines beter refereren aan hetzelfde hulpverleningssysteem: de eerste lijn als een gemengd systeem van gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening, dat als geheel bepalend is voor de plaats die iedere discipline afzonderlijk daarin inneemt.

Kiest men voor een en hetzelfde hulpverleningssysteem als referentiekader, dan kan niet volstaan worden met een zelfstandige ontwikkeling van de afzonderlijke disciplines. Integendeel, er is een ontwikkeling nodig naar integratie zodat de eerste lijn niet alleen als denkbeeld, maar ook als uitvoerend systeem een geheel wordt.

Integratie bereikt men niet door incidenteel samen te werken met andere disciplines, bijvoorbeeld ten behoeve van verwijzingen of consultaties. Integratie houdt immers in, een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening in de eerste lijn. Die verantwoordelijkheid kan alleen ontstaan en gedragen worden door continu en geformaliseerd overleg. De daadwerkelijke opbouw van de eerste lijn vereist derhalve op uitvoerend niveau de vorming van duurzame samenwerkingsgroepen, ofwel teams.

Onze uitgangspunten samenvattend stellen wij:

- samenwerking is gebaseerd op gelijkwaardigheid;
- samenwerking van hulpvrager en hulpverlener ligt ten grondslag aan samenwerking van hulpverleners onderling;
- om adequaat te helpen gaan wij uit van de gezamenlijke mogelijkheden binnen de eerste lijn;

– de geïntegreerde eerste lijn krijgt gestalte in de opbouw van teams.

Modellen voor samenwerking in de eerste lijn

Mensen die om hulp vragen, zijn vaak volwassenen die op alle mogelijke manieren in de samenleving en in de hulpverlening verantwoordelijkheid uit handen genomen wordt. Wil men erachter komen wat er met iemand aan de hand is, dan kan men de actieve medewerking van de betrokken hulpvrager niet missen. Als hulpverlener moeten wij de hulpvrager de gelegenheid bieden om voor zichzelf op te komen. Wij willen openstaan voor alle vragen om hulp en deze samen met de patiënt of cliënt trachten te verhelderen. Als eenmaal duidelijk is wat de vraag om hulp inhoudt, wordt een handelingsplan opgesteld. Ook bij de uitvoering hiervan is samenwerking met de hulpvrager geboden.

Deze leeft immers verder met zijn of haar probleem.

Samenwerking in de eerste lijn begint dus bij de (individuele) relatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Hoe deze samenwerking methodisch vorm krijgt en hoe de relatie met de hulpvrager gehanteerd wordt als een instrument ten behoeve van de hulpverlening, is uitvoerig beschreven in het rapport „Methodisch werken”, (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335. Wij volstaan hier met een verwijzing naar dit rapport en beperken ons verder tot de samenwerking van hulpverleners onderling en van deze met de hulpvragers als groep.

Het overlegmodel

Als hulpvrager en hulpverlener tot de conclusie komen dat inschakeling van een andere hulpverlener nodig is, zal in het algemeen verwezen worden. Het gebeurt nogal eens dat verwijzingen in de eerste lijn mislopen. Vaak ontstaat hieruit de behoefte om inzicht te krijgen in de verschillen en overeenkomsten met de werkwijze van andere hulpverleners. Daarnaast is er vaak de behoefte elkaar beter te leren kennen, te voorkomen dat men langs elkaar heen werkt en te profiteren van elkaars kennis en ervaring.

In de praktijk wordt vaak in eerste instantie aan deze behoefte tegemoet gekomen door min of meer regelmatig bijeenkomsten te houden; hiervoor gebruikt men uiteenlopende benamingen, zoals sociaal café, workshop, praat-huis, zusterstee enzovoort. Soms

noemen de betrokkenen zelf deze bijeenkomsten hometeams. Wij stellen voor deze term eerst te gebruiken indien aan bepaalde maatstaven wordt beantwoord.

Welke onderwerpen besproken worden in deze bijeenkomsten is sterk afhankelijk van de omstandigheden en de persoonlijke inbreng van de deelnemers. We hebben hier te maken met een groep in wording, waarvan de gezamenlijke verantwoordelijkheid alleen blijkt uit ongeschreven regels: lief zijn voor elkaar en de goede sfeer niet verpesten.

Bijeenkomsten zoals hier bedoeld, komen veelvuldig en over het gehele land verspreid voor. Deelname loopt zowel naar aantal als naar discipline beschouwd, sterk uiteen. De groepen vallen uiteen, vernieuwen zich, blijven jarenlang in wording of ontwikkelen zich op een gegeven moment verder. Een keerpunt in de ontwikkeling doet zich voor wanneer regelingen tot stand komen met betrekking tot het functioneren als groep en ten aanzien van steeds terugkerende problemen bij bijvoorbeeld verwijzing, onderlinge consultatie en plannen voor gezamenlijke activiteiten. Een voorbeeld van de inhoud van zulke regelingen geven wij nu aan de hand van de verwijzing:

- op welk tijdstip verwijst men?
- verwijst men naar personen of naar een instelling?
- heeft men verwachtingen ten aanzien van het resultaat van de verwijzing en uit men deze?
- verstrekt men informatie over de motieven voor verwijzing aan de hulpvrager en aan degene naar wie verwezen wordt? Houdt men daarbij rekening met de verwachtingen van zowel de hulpvrager als van degene naar wie verwezen wordt?
- is er sprake van overdracht van verantwoordelijkheid? Kent en erkent men hierbij de deskundigheid van degene naar wie verwezen wordt? Laat men dit blijken?
- maakt men afspraken over rapportage?

Hoe belangrijk deze regelingen ook mogen zijn, de samenwerking staat nu pas aan het begin. De verdere ontwikkeling binnen dit model van samenwerking wordt gemarkeerd door veruiming van de doeleinden: van het vinden van een oplossing voor procedurele problemen bij bestaande vormen van hulpverlening naar pogingen anders, meer en (nog) beter te helpen. Dat wil zeggen: de aandacht gaat uit naar

overlappingsen en lacunes in het totale voorzieningspakket voor een bepaald gebied; men beproeft andere manieren om te helpen (bijvoorbeeld een gezamenlijk spreekuur); pogingen worden ondernomen, de bevolking te betrekken bij de bestrijding van welzijnsbedreigende omstandigheden enzovoort.

Sterker dan in het begin komt de nadruk op gezamenlijkheid te liggen: het zijn niet langer de individuen maar het is de groep die doeleinden vaststelt, taken op elkaar afstemt of samenvoegt en daarvoor regels ontwerpt. Toch blijft de verantwoordelijkheid voor het geheel verdeeld over de afzonderlijke deelnemers. Dat wil zeggen: iedere deelnemer behoudt de volle vrijheid om zelf te beslissen welke problemen hij in het overleg brengt, wat zijn taak is bij de uitvoering van groepsdoelen en hoe hij deze taak uitvoert.

Samenwerking binnen het overlegmodel definiëren wij als volgt: met behoud van ieders afzonderlijke verantwoordelijkheid voor het eigen werk, wordt hulp verleend vanuit gezamenlijke doelstellingen. De doelstellingen omvatten naast verbetering van bestaande vormen van samenwerking, zoals verwijzing en consultatie, de ontwikkeling van nieuwe vormen van hulp door gezamenlijke activiteiten. Toenemende verantwoordelijkheid voor het groepsgebeuren zal uiteindelijk leiden naar het schriftelijk vastleggen van doeleinden, afspraken en spelregels.

Hiermee overschrijdt men de grens met het teammodel, dat in de volgende paragraaf wordt besproken.

Het teammodel

Samenwerken in teamverband betekent dat men een gezamenlijke verantwoordelijkheid aanvaardt voor het geheel van de hulpverlening in een bepaald gebied voor een bepaalde gemeenschap. Met twee voorbeelden zullen wij dit toelichten:

Lacunes (maar ook overlappingsen) in de hulpverlening worden vaak eerst vastgesteld als hulpverleners tot samenwerking komen in bijvoorbeeld de overlegvorm. Als men dan de verantwoordelijkheid aanvaardt hier iets aan te doen, passeert men de grens van het overlegverband en treedt men op als team;

Als een afzonderlijke hulpverlener faalt in de uitvoering van een taak die hem op grond van een groepsbeslissing is toegewezen, dan is daarvoor naast de betreffende hulpverlener ook het team verantwoordelijk.

Hoewel verschillende vormen van samenwerking in teamverband mogelijk zijn, beperken wij ons tot het hometeam en het gezondheidscentrum.

Onder een hometeam verstaan wij een teamverband opgebouwd uit deelnemers van diverse instellingen en uit zelfstandige beroepsbeoefenaren, tenminste omvattend de disciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk, zonder gezamenlijke huisvesting voor het team en werkend voor een gelijke bevolkingsgroep of daarnaar strevend.

Onder een gezondheidscentrum verstaan wij een teamverband opgebouwd uit deelnemers van instellingen en uit zelfstandige beroepsbeoefenaren, tenminste omvattend de disciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk, werkend vanuit één gebouw, ten behoeve van een voor alle disciplines gelijke bevolkingsgroep.

De veelheid van taken die in teamverband vervuld moeten worden, maakt differentiatie noodzakelijk. Wij onderscheiden:

- de hulpverlening als zodanig;
- het functioneren van het team;
- het (voorwaarden scheppend) beleid.

De hulpverlening. Het teamverband biedt eerst goed de mogelijkheid een aantal activiteiten te ontwikkelen, die tot nog toe vooral van de huisarts verwacht worden zonder dat ooit duidelijk gemaakt is, hoe deze als individu aan de verwachtingen tegemoet kan komen. Een team zal niet alleen zijn mogelijkheden moeten kennen, maar ook zijn beperkingen. Wat men dan van een team kan verwachten, moet men duidelijk maken zowel ten behoeve van de deelnemers aan de samenwerking zelf als van de bevolking en van andere hulpverleners.

Het functioneren van het team. Een team van hulpverleners is een taakgerichte groep. Dat wil zeggen, dat men er niet is om lief te zijn voor elkaar en de goede sfeer te behouden; men is er om de aanwezige deskundigheid zo goed mogelijk te benutten. Dit betekent niet alleen dat men taken op elkaar afstemt of samenvoegt, maar ook dat men na gaat in hoeverre de visie die ieder afzonderlijk op hulpverlening heeft, gebundeld kan worden in een gezamenlijke visie. De manier waarop men hulp biedt, hangt samen met de wijze waarop men mens en maatschappij beziet. Men hoeft het niet altijd met elkaar eens

te zijn, maar een zekere mate van overeenstemming is nodig om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen.

Optimale ontwikkeling van deskundigheid kan men ten dele binnen het team realiseren. Daarnaast zal echter ook gebruik moeten worden gemaakt van mogelijkheden buiten het team. Hierbij spelen toetsing, intervisie, nascholing en supervisie een rol.

Niet alleen visie en deskundigheid zijn belangrijk, ook de persoonlijke bevrediging die men van relaties ondervindt, is van invloed op de mogelijkheden van een team. Er is een klimaat nodig waarin het voor ieder groepslid mogelijk is frustraties, mislukkingen en problemen in de hulpverlening te bespreken, of moeilijkheden met een ander groepslid aan de orde te stellen.

Het (voorwaarden scheppend) beleid.

Wij verstaan hieronder de maatregelen die nodig zijn om het functioneren van een team mogelijk te maken. Een van de belangrijkste kwesties voor een team is de eigen samenstelling. Andere kwesties zijn: investeringen ten behoeve van het team en voorzien in exploitatietekorten. Met deze onderwerpen stelt men de vraag naar de autonomie van het team aan de orde. Wij zullen dit toelichten aan de hand van een aantal vragen:

- aan wie zijn de diverse deelnemers verantwoording schuldig met betrekking tot de uitvoering van hun taken; aan het team zelf, aan de bevolking, aan de deelnemende organisaties?

- hoe groot is de invloed van de deelnemende organisaties op de activiteiten van het team zowel ten aanzien van de hulpverlening als wat betreft het functioneren van het team en het scheppen van de voorwaarden daartoe? Beschikken de instellingen over sancties, bijvoorbeeld het terugtrekken van hun deelnemer?

- hoe wordt een team samengesteld; worden mensen toegewezen; heeft het team hierbij inspraak, of een beslissende stem?

- onder welke voorwaarden verbindt men zich als teamlid? (Zelfstandigheid, tijdsduur van het contract voor de samenwerking, continue bereikbaarheid, onderlinge waarneming.)

- zijn er regels voorhanden om conflicten op te lossen?

- hoe wordt de financiering geregeld?

- hoe verhoudt men zich als team tot de hulpverleners en organisaties buiten het team?

Wij zijn van mening dat een team een zelfstandig beleid moet kunnen voeren.

Dit hoeft niet automatisch tot autonomie te leiden. De omvang van de eigen beleidsruimte kan vooraf door de deelnemers en hun organisaties contractueel worden vastgesteld. De samenwerking in een geformaliseerd teamverband omschrijven wij als volgt: Het verlenen van hulp als zelfstandige groep, die daarvoor aan zichzelf, aan de betrokken organisaties en aan de bevolking verantwoording schuldig is. De teamleden hebben naast een persoonlijke verantwoordelijkheid voor het eigen werk, een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de hulpverlening in hun gebied. Doelstellingen en regels ten aanzien van de onderlinge verhoudingen worden contractueel overeengekomen.

Het gemeenschapsmodel

De mensen die om hulp vragen - de gebruikers of de gemeenschap - staan niet buiten het samenwerkingsverband; zij horen erbij. In de eerste plaats is er de samenwerking van de individuele patiënt of cliënt met zijn hulpverlener. In de tweede plaats kunnen binnen een teamverband de voorwaarden geschaapt worden om de gebruikers als groep te benaderen. Wij noemen hier: een voor alle werkers in het team gelijke gebruikerspopulatie; de combinatie van verschillende, specifieke benaderingswijzen in de hulpverlening en relatievorming.

Wat vinden de gebruikers er nu zelf van dat zij tot partners in de samenwerking gemaakt worden? Men is tevreden, men verzet zich niet tegen veranderingen, maar evenmin maakt men zich daarvoor sterk. Wij menen dat de betrokkenheid van de gebruikers bij hun gezondheid en de gezondheidszorg moet worden bevorderd. Daarbij zijn verschillende aspecten van belang:

- mensen zijn leden van een groep;
- samenwerking is verkeer in twee richtingen;
- wie is wie?
- samenwerken is meebeslissen.

Mensen zijn leden van een groep. Met elkaar omgaan in groepen vereist een andere instelling dan men gewend is in de gezondheidszorg (en daarbuiten). Men is gewend te letten op individuen en de verschillen tussen hen. Voor samenwerking met de gebruikers als groep is nodig dat men oog heeft voor gezamenlijke belangen en opvattingen, voor overeenkomsten in problemen en voor de gemeenschappelijke achtergrond van problemen. Bijvoorbeeld: het team probeert iets te doen aan lange

wachttijden in het ziekenhuis; samen voert men actie tegen onhygiënische toestanden in de huisvesting van gebruikers enzovoort.

Samenwerking is verkeer in twee richtingen. In de huidige structuur van de gezondheidszorg is meestal nog sprake van eenrichtingsverkeer tussen hulpverleners en gebruikers. Men kondigt bijvoorbeeld aan dat men wil gaan associëren, of dat men overgaat van een vrij spreekuur naar een afspraakspreekuur. Overleg hierover vindt nog nauwelijks plaats. Met het vormen van samenwerkingsverbanden van hulpverleners is het tot dusver niet veel anders gegaan. Van de gebruikers is – zoals de praktijk leert – bijna niet te verwachten dat zij onuitgenodigd samenwerking met de hulpverleners zoeken. Met andere woorden, de werkers zullen de betrokkenheid van de gebruikers moeten kunnen – en willen – mobiliseren.

Wie is wie? Het is van groot belang dat een samenwerkingsteam bekend maakt dat het bestaat en voor wie het bestaat. Men kan zich als team een eenheid voelen, maar het is maar de vraag of dit als zodanig door de gebruiker wordt gezien en ervaren. Herkenbaarheid van het team en bereikbaarheid zijn de sleutelwoorden die aangeven waaraan aandacht besteed moet worden om de gebruikers duidelijkheid te verschaffen.

In een recente publikatie van het WIT-huis te Venlo wordt het belang hiervan nog eens onderstreept. De oude vertrouwde huisdokter-patiëntrelatie zal wellicht verdwijnen, maar daarvoor in de plaats blijkt heel goed vertrouwdheid ten opzichte van het samenwerkingsverband als team te kunnen groeien.

Het team moet weten tot wie het zich richt. Men zoekt de betrokkenheid van de gebruiker dicht bij huis en men neemt de vertrouwensrelatie op individueel vlak als uitgangspunt om de relatie op groepsniveau vorm te geven.

In eerste instantie richt men zich dan tot de gebruikers die bij het samenwerkingsteam zijn ingeschreven. In deze populatie kan men verschillende groepen onderscheiden (zogenaamde doelgroepen), zoals: mensen met suikerziekte, gehandicapten, mensen die te dik zijn, ouden van dagen, w.a.o.-ers, werklozen enzovoort. Men kan zijn doelgroepen ook vinden in bepaalde verblijfplaatsen zoals school, fabriek, buurt- en clubhuis, enzovoort.

Verder kan men zich richten op actiegroepen die men in een bepaald gebied aantreft.

Samenwerken is meebeslissen. Of men nu samenwerking met de gebruikers zoekt over hun gezondheid dan wel over de geleverde zorg, samenwerken is steeds meebeslissen: wel of geen avondsprekuren, de aanwezigheid en bereikbaarheid van voorzieningen, het opzetten van een patiëntenkrant, de vertegenwoordiging van gebruikers in het bestuur of stuurgroep van een samenwerkingsteam. Meebeslissen van de gebruikers heeft betrekking op vaststelling van het doel van de hulpverlening, de beschikbaarheid van middelen en van de inzet van deskundigheid. Op dit laatste punt kunnen de gebruikers hun medeverantwoordelijkheid delegeren.

Een van de grootste problemen die aan dit derde samenwerkingsmodel verbonden zijn, is hoe men kan voorkomen dat door de samenwerking met sommige groepen gebruikers, andere groepen buitengesloten worden. Het team is er immers voor iedereen: actieven en niet-actieven, inspraakelieten en zwijgende meerderheid. Het dilemma is: kan een team voor de eigen identiteit opkomen zonder bepaalde groepen af te stoten; kan men voor iedereen opstaan zonder de eigen identiteit geweld aan te doen?

Structurele belemmeringen voor samenwerking

In dit hoofdstuk over structurele belemmeringen voor samenwerking zullen wij de volgende vier punten aan de orde stellen:

- machtsongelijkheid tegenover gelijkwaardigheid;
- enkele andere belemmeringen;
- plannen van de beleidsmakers;
- geen lijn in de eerste lijn.

Machtsongelijkheid tegenover gelijkwaardigheid

Enkele problemen die ontstaan uit het streven gelijkwaardig met elkaar om te gaan, zijn in de inleiding al genoemd: mensen kunnen en willen niet altijd zelf verantwoordelijk zijn. Daar is lang niet alles mee gezegd. Zonder hierop nu veel dieper in te willen gaan, merken wij op dat ongelijkwaardigheid vaak zal voorkomen in samenhang met ongelijkheid in macht. Macht is een zwaar beladen woord. Wij bedoelen ermee, dat iemands positie mee kan brengen

dat hij of zij in staat is, de keuzemogelijkheden in het gedrag van een ander te beïnvloeden en soms zelfs te bepalen. Twee voorbeelden:

De hulpverlener beschikt over een bepaalde deskundigheid die de hulpvrager niet heeft. Enerzijds is dit een voorwaarde voor de kwaliteit van de hulpverlening, maar anderzijds kan het de hulpvrager ertoe brengen meer verantwoordelijkheid aan de hulpverlener af te staan dan noodzakelijk is. Als de hulpverlener hierop zonder meer ingaat, oefent hij macht uit, wellicht zonder het te weten.

De huidige structuur van de gezondheidszorg bepaalt dat patiënten staan ingeschreven bij een huisarts. Zij kiezen dan vaak hun huisarts als ingang tot het hulpverleningssysteem. Hun mogelijkheden om te kiezen voor andere hulpverleners worden hiermee beperkt.

Wij denken bij macht dus niet aan bloeddorstige slavendrijvers en andere potentaten maar aan houdingen, gewoonten en regels waarmee mensen elkaar – in ongelijke mate – beïnvloeden, bewust dan wel onbewust.

Machtsongelijkheid zal steeds op de achtergrond een rol spelen in de samenwerkingsmodellen die men kan nastreven. Voor wat betreft de samenwerking van hulpvrager en hulpverlener laten wij het hierbij. Waar mogelijk zullen we deze achtergrond wel duidelijk maken bij de meer en detail te bespreken structurele belemmeringen voor samenwerking van hulpverleners onderling, waartoe wij ons in het volgende zullen beperken.

Enkele andere belemmeringen

Samenwerkingsvormen die binnen het overlegmodel blijven, zullen waarschijnlijk weinig met structurele belemmeringen te maken krijgen. Wellicht de belangrijkste factor is tijd. Maar gezien de doorgaans geringe frequentie waarmee in dit model overleg plaatsvindt, zal men altijd wel een oplossing weten te vinden. In het teammodel en het gemeenschapsmodel stuit men des te meer op structurele problemen. Wij onderscheiden een drietal probleemgebieden, maar pretenderen niet hiermee volledig te zijn:

- er is geen gemeenschappelijk werkgebied;
- de werkers hebben weinig in te brengen;
- een adequate financiering ontbreekt.

Er is geen gezamenlijk werkgebied. In de wat grotere gemeenten (vanaf 10.000

inwoners) zal het eerder regel dan uitzondering zijn, dat de werkgebieden van de verschillende disciplines niet gelijk zijn. Huisartsen en maatschappelijk werkers zullen doorgaans een veel ruimer werkgebied bestrijken dan wijkverpleegkundigen. Maar het werkgebied van huisartsen en maatschappelijk werkers zal in de meeste gevallen niet gelijk zijn. Subregionalisatie kan hiervoor een oplossing zijn. Met dit begrip wordt bedoeld: samenwerking van verschillende disciplines in een gebied ter grootte van een wijk (20.000 inwoners) of groter, maar in ieder geval kleiner dan een grote gemeente of een regio (boven 100.000 inwoners).

De werkers hebben weinig in te brengen. Ten tweede is er het probleem van de samenstelling van het team. Wij vinden het noodzakelijk dat een team de beslissende stem heeft in zijn eigen samenstelling. Voorts is het van belang dat een team meesprekt in het opstellen van regels om eventuele conflicten te reguleren. Conflicten binnen het team dient men zelf te mogen oplossen; in conflicten met instellingen treedt men op als gelijkwaardige partij. In de praktijk blijkt het voorgaande steeds weer problemen op te roepen. Deze hangen samen met de verschillen in de juridische status van de samenwerkers. Wij zullen op dit punt uitvoeriger ingaan.

Bij maatschappelijk werk en wijkverpleging hebben belanghebbenden zich verenigd om tot een bepaalde voorziening te komen. In de huisartsgeneeskunde is het de huisarts zelf die het initiatief neemt om aan het werk te gaan. De consequentie hiervan is, dat bij maatschappelijk werk en wijkverpleging een scheiding tussen beleid en uitvoering van het werk bestaat. De huisarts is niet alleen uitvoerend werker maar ook bestuurder van zichzelf. Bij (en in) hem zijn beleidsbepaling en uitvoering verenigd.

Enerzijds kunnen besturen de voorwaarden scheppen voor samenwerking, anderzijds blijkt uit de praktijk dat er nog veel besturen zijn die zelf volledig verantwoordelijk willen blijven en daarmee de vrijheid van de werkers om te experimenteren in samenwerkingsvormen kunnen belemmeren. De huisarts kan door de combinatie van uitvoering en beleid met zichzelf in conflict raken: de wens van de werker om meer tijd ter beschikking te stellen voor samenwerking kan staan tegenover de behoefte van de bestuurder (en

diens echtgenote) om de zaak soepel draaiende te houden en het inkomensniveau te handhaven.

Maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen werken binnen kaders die gegeven zijn door besturen van de organisaties waarvan zij de werknemers zijn. Hierdoor is min of meer duidelijk wat het takenpakket van deze hulpverleners inhoudt. Bij de huisarts ligt dit anders: iedere huisarts is autonoom en beschikt daardoor over de vrijheid in vergaande mate zelf de omvang en diepte van zijn takenpakket vast te stellen.

Maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen moeten vaak naar twee kanten verantwoording afleggen, waarmee potentiële conflicten ingebouwd worden: hetzij met het team dan wel met de besturen van de betrokken organisaties.

Een adequate financiering ontbreekt.

In de derde plaats zal men stoten op de behoefte aan nieuwe voorzieningen. Dit betreft het management van een samenwerkingsverband (projectleider), financiering van de hogere overheadkosten van teamsamenwerking met name in gezondheidscentra, planning voor de toekomst (mede met het oog op gezamenlijke (na)scholingsactiviteiten en trainingen in methodisch werken).

Plannen van de beleidsmakers

Nu wij enkele belemmeringen genoemd hebben die een geïntegreerde eerste lijn in de weg staan, vragen wij ons af wat de beleidsmakers in deze gaan doen. Wij onderzoeken achtereenvolgens de plannen van:

- de overheid;
- de Landelijke Huisartsen Vereniging;
- de Joint;
- de Nederlandse Kruisvereniging;
- de ziekenfondsen.

De overheid. De overheid (C.R.M. en VoMil) is voornamelijk als financier en wettenmaker betrokken bij samenwerking in de eerste lijn. De financiering verloopt rechtstreeks dan wel via de gemeenten van de landelijke overheid naar de betrokken organisaties. C.R.M. financiert voor vijftig procent het algemeen maatschappelijk werk. VoMil draagt in grote mate bij aan de financiering van het lokale kruiswerk. C.R.M. en VoMil zijn gezamenlijk betrokken bij subsidiëring van samenwerkingsverbanden in het kader van de „Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra”.

Ook langs andere wegen vloeien direct en indirect geldstromen naar samenwerkingsverbanden. Wij noemen: het bijzonder regionaal welzijnsbeleid van C.R.M. (bijvoorbeeld subsidie gezondheidscentrum Osdorp); bijdragen via gemeenten en provincies; projectsubsidies van VoMil (psycholoog in de eerste lijn, registratie lopend wetenschappelijk onderzoek eerstelijns gezondheidszorg, S-1 project, SOSEL). Zowel door C.R.M. als door VoMil wordt financiering gezien als een te beperkt instrument voor beïnvloeding van de ontwikkeling. Daarom staan er verschillende beleidsvoornemens op het programma, die in de komende jaren door wetgeving geëffectueerd zullen worden. Wij noemen: de Kaderwet Welzijn van C.R.M. en het Voorontwerp Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van VoMil.

De beleidsplannen van de overheid kunnen samengevat worden met drie kernbegrippen: landelijke richtlijnen, decentralisatie en planvorming. De richtlijnen hebben – wat betreft het wetsontwerp van VoMil – betrekking op de aard, omvang, spreiding, samenhang en kwaliteit van het aanbod van diensten. Op grond van de regels worden erkenningen verstrekt zonder welke een voorziening haar werkzaamheden niet mag uitvoeren. Bij Algemene Maatregel van Bestuur kunnen de regels met betrekking tot de voorzieningen van kracht worden verklaard voor de personen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg, zoals huisartsen. C.R.M. legt – meer dan VoMil – het accent op decentralisatie. Volgens de kaderwet Specifiek Welzijn moeten er op gemeentelijk niveau planningsorganen komen om te beslissen welke voorzieningen gewenst zijn. Er komen rijksbijdrageregelingen, bijvoorbeeld voor de functies informatie en advies en procesmatige hulpverlening, waarmee de lagere overheid voorzieningen kan maken.

De landelijke richtlijnen hebben niet betrekking op samenwerking. Naar de mening van beide ministeries behoort dit onderwerp tot de verantwoordelijkheid van de lagere overheid. Hiervoor moeten planningsorganen in het leven geroepen worden, waarin zoveel mogelijk de bevolking betrokken wordt.

De Landelijke Huisartsen Vereniging.

De L.H.V. ziet samenwerking als een hoofdtaak voor de huisarts. „De huisarts moet niet meer of minder samenwerken dan nodig is voor een goede hulpverlening aan zijn patiënten”. On-

der samenwerking verstaat het Centraal Bestuur der L.H.V.: „Het overleg tussen tenminste de huisarts, de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkende. De mate van samenwerking hangt af van de aard der contacten”. In haar Blauwdruk doet de L.H.V. voorstellen voor een vestigingsbeleid voor huisartsen. Ze houden in: de P.H.V.'s verdelen in werkgebieden waarbinnen een beperkt aantal huisartsen (vier tot acht) geacht worden te werken; in een werkgebied is plaats voor een nieuwe huisarts zodra het totaal aantal patiënten een bepaalde norm te boven gaat.

De Joint. Het landelijk service-orgaan van de algemeen maatschappelijk werkstichtingen heeft zich in principe uitgesproken voor samenwerking in de eerste lijn. Hoe dit beginsel geëffectueerd moet worden, is niet duidelijk. In ieder geval kan samenwerking niet de enige vorm van hulpverlening in de eerste lijn zijn.

De Nederlandse Kruisvereniging. In de nota „Alleen samen” pleit de N.K. voor een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie, die – uitgaande van een integrale mensbenadering – beroepsmatig allround hulp verleent in het directe leefmilieu van de patiënt of cliënt. De N.K. onderscheidt hierbij een dienstverlenend apparaat en een ledenorganisatie. De dienstverlening zou moeten omvatten samenwerkingsteams, bestaande uit tenminste vier à vijf huisartsen, drie tot vier wijkverpleegkundigen en één tot twee maatschappelijk werkenden die samen een gebied van ongeveer 10.000 inwoners bestrijken. De teams zouden bestuurd moeten worden door de bevolking, medewerkers en overheid gezamenlijk. De teams hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid.

De ziekenfondsen. De ziekenfondsen zijn de financiers van de hulp die onder andere door huisartsen verleend wordt aan zeventig procent van de bevolking. Zeer incidenteel en zonder samenhangende regels subsidiëren sommige ziekenfondsen bepaalde kostenonderdelen van samenwerkingsverbanden. Het is niet bekend welk beleid in de toekomst verwacht kan worden. De Ziekenfondsraad heeft onlangs enkele richtlijnen opgesteld die een goede stap in de richting van een adequate financiering zijn. Nog niet duidelijk is of hieruit afgeleid mag worden dat de ziekenfondsen samenwerkingsverbanden

den ook verder actief willen gaan stimuleren.

Geen lijn in de eerste lijn

Er zit geen lijn in de eerste lijn; oorzaken daarvan zijn:

- er is geen gezamenlijke visie;
- er komt geen samenhangend vestigingsbeleid;
- verschillen in juridische status blijven bestaan;
- een adequate financiering voor samenwerking ontbreekt;
- planning wordt van bovenaf opgelegd.

Er is geen gezamenlijke visie. De visie op een geïntegreerde eerste lijn spreekt het duidelijkst uit de discussienota van de Nederlandse Kruisvereniging „Alleen samen”.

In het takenpakket van de L.H.V. wordt uitgegaan van de huisartsgeneeskunde als een zelfstandig pakket en niet van het gegeven dat de huisartsgeneeskunde een bestanddeel is van de eerste lijn. Bij het algemeen maatschappelijk werk worden andere prioriteiten gesteld dan samenwerking in de eerste lijn. C.R.M. erkent het begrip eerste lijn helemaal niet. Samen met VoMil is men slechts met moeite tot de „Voorlopige Stimuleringsregeling” gekomen. Bovendien vindt C.R.M. het samenwerkingsvraagstuk kennelijk een typisch lokaal probleem. Het ontbreken van een gemeenschappelijke visie bij de betrokken beleidsmakers en de vele verschillen en onduidelijkheden werken door op verschillende fronten, zoals wij hierna zullen laten zien.

Er komt geen samenhangend vestigingsbeleid. C.R.M. en VoMil hebben uiteenlopende planningsprocedures ontworpen voor de totstandkoming van welzijnsvoorzieningen. De L.H.V. wil een eigen (dat wil zeggen op huisartsen gericht) vestigingsbeleid voeren. Er is dus in de nabije toekomst geen samenhangend vestigingsbeleid voor de eerste lijn te verwachten.

Toch is dit een uiterst belangrijk instrument om in de toekomst samenwerkingsverbanden van een gelijk werkgebied te voorzien. Regels voor de onderlinge afstemming van werkgebieden in huidige samenwerkingsverbanden ontbreken voorsnog geheel. Zolang het beleid van de overheid nog vastligt in voornemens en niet tot wet is geworden, blijft er speelruimte voor het particulier initiatief om zelf met regels te komen. Onze hoop is gericht op het

N.O.B.E.L. waar een nota over dit onderwerp aan de orde wordt gesteld.

Verschillen in juridische status blijven bestaan. Er komt geen eenduidig juridisch contract voor samenwerkers in de eerste lijn. Evenmin is een noodoplossing in zicht. De huisarts blijft derhalve zelfstandig ondernemer, het maatschappelijk werk blijft buiten de invloedssfeer van de gezondheidszorg, de autonomie van de lokale kruisverenigingen blijft intact. Het recht op een zekere autonomie van samenwerkingsverbanden wordt niet als een algemeen geldend principe erkend.

Een adequate financiering voor samenwerking ontbreekt. Er is geen duidelijke en herkenbare structuur (zoals een landelijk en regionaal of plaatselijk werkend bureau) die zorgt voor de financiering van de ontwikkelingskosten van samenwerkingsverbanden. Daardoor hangt de financiering van zulke kosten af van de toevallig gegroeide situatie.

Evenmin wordt voorzien in de financiering van de vaste (exploitatie)kosten van samenwerkingsverbanden. Bij uitzondering willen ziekenfondsen deze kosten wel eens dragen. Een lichtpunt is, dat VoMil bijzondere belangstelling getoond heeft voor de managementaspecten van samenwerkingsverbanden. Het schijnt mogelijk dat op dit vlak voorzieningen getroffen zullen worden. Geen van de beleidsmakers investeert in samenwerkingsverbanden omdat de consequenties – exploitatiekosten van samenwerking – dan ook voor zijn rekening kunnen komen. Wel investeren overheid en ziekenfondsen (en het Praeventiefonds) in – en dragen zij bij aan de exploitatiekosten van – enkele begeleidingsorganen.

Planning wordt van bovenaf opgelegd. Hoewel C.R.M. en VoMil geen gezamenlijke visie op samenwerking in de eerste lijn hebben, koesteren beide ministeries het voornemen de gemeenten overlegorganen op te dringen om te beslissen welke voorzieningen nodig zijn en hoe de onderlinge samenhang daartussen zal zijn.

Het gaat ons veel te ver dat men van bovenaf de bevoegdheden en de samenstelling van dergelijke organen oplegt. Wij zijn voor een ontwikkeling van onderaf. Dat wil zeggen: per lokaal gebied (wijk, dorp, stad) bepalen de hulpverleners (werkers en besturen van instellingen) samen met de overheid en inspraakgroepen uit de bevolking vol-

gens welke regels zij zullen samenwerken. Eerst dan kan verder gebouwd worden; welke nieuwe voorzieningen zijn nodig, wat zijn de financiële mogelijkheden, hoe is de relatie met hogere echelons enzovoort.

Perspectief

De belemmeringen voor een geïntegreerde eerste lijn kunnen alleen opgelost worden als de afzonderlijke beroepsorganisaties, financiers en overheden ophouden op eigen houtje plannen te ontwikkelen. De eerdergenoemde richtlijnen van de Ziekenfondsraad zijn een voorbeeld van hoe het ook kan. De beroepsorganisaties zullen beter aansluiting moeten zoeken bij hetgeen in de periferie door individuele werkers (voortrekkers) gerealiseerd wordt.

De huisartsen zijn niet ten principale tegen veranderingen, maar twijfels en onzekerheden verlammen veel initiatieven. Daadwerkelijke ondersteuning van de voortrekkers zal menigeen motiveren tot vernieuwing van de beroepsuitoefening.

Het N.H.G. heeft een bijzondere taak bij het openen van communicatielijnen tussen groepen uitvoerende samenwerkers en beleidsvoerende organisaties op landelijk niveau. Dit houdt onder andere in een adequate ondersteuning van de landelijke Kontaktgroep voor centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en het vestigen van een goede relatie tussen de Kontaktgroep en onder meer N.O.B.E.L.

N.O.B.E.L. beschouwen wij als een belangrijk platform om beleid te vormen dat gericht is op een geïntegreerde eerste lijn. Het zou zich kunnen ontwikkelen tot een centraal orgaan waar lijnen uit de periferie samenkomen met lijnen uit de verschillende organisaties en de overheid. Dit zal overigens een langdurig proces vergen.

Het N.H.G. ziet in het algemeen gesproken, af van beleidsvoering in huisartsaangelegenheden, met uitzondering

van onder andere dit onderwerp. De reden hiervoor is dat het Genootschap steeds duidelijke uitspraken gedaan heeft over samenwerking die echter nog niet voldoende herkenbaar zijn in het beleid van de L.H.V. Beide organisaties groeien op dit punt naar elkaar toe.

Samenwerking is niet meer het proefveld van enkelen, maar heeft nu de aandacht van zeer vele beroepsbeoefenaren. Een geïntegreerde eerste lijn is niet alleen een wenselijk uitgangspunt voor adequate hulp, maar begint een realiseerbaar beleidsdoel te worden. Zowel op microniveau (de hulpverlening zelf) als op macroniveau (de beleidsmaker) blijft het N.H.G. zich inzetten voor een integrale benadering van alle vragen om hulp die aan de eerstelijns hulpverleners gesteld worden.

Samenvatting. Samenwerking in de eerste lijn van de gezondheidszorg en de maatschappelijke hulpverlening begint en eindigt bij degene voor wie het resultaat van het werk bestemd is: de hulpvrager. Het begin ligt in de individuele relatie van een patiënt of cliënt met zijn dokter, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige of andere hulpverlener. Niet alleen individueel, maar ook in groepsverband is samenwerking tussen hulpvrager en hulpverlener nodig en wel in de relatie van een team van hulpverleners met de bevolking voor wie men werkt. Zonder deze samenwerking van hulpvragers en hulpverleners verliest samenwerking alleen tussen hulpverleners onderling, zijn betekenis.

Omdat samenwerking een groeiprocess is, zijn verschillende vormen mogelijk, waarvan wij de kenmerkende trekken in enkele modellen hebben vastgelegd. Samenwerking groeit dus, maar wel tegen de verdrukking in. Wij hebben geconstateerd dat realisering van onze uitgangspunten op een aantal belemmeringen stuit. Wij noemen als belangrijkste:

– de machtsongelijkheid tussen hulpvrager en hulpverlener staat een gelijkwaardige relatie in de weg;

– de beleidsmakers zitten ten aanzien van samenwerking niet op een lijn.

De consequenties hiervan zijn: er is geen samenhangend vestigingsbeleid; veelal ontbreekt nog steeds een gezamenlijk werkgebied voor de samenwerkingsteams; de verschillen in juridische status van de samenwerkers blijven bestaan; een adequate financiering van de meerkosten bij samenwerking ontbreekt nog steeds.

Summary. Cooperation in primary health care and structural obstacles. Cooperation in primary health care and social welfare work begins and ends with those who benefit from the results of the work: those in need of help. The beginning lies in the individual relation of a patient or client with his doctor, social worker, visiting nurse or other worker. Not only individually but also in the group setting, cooperation between those in need of help and those who provide it, is necessary in the relation between a team of workers and the population for whom they work. Without this cooperation between those in need of help and those who provide it, cooperation between the various workers loses its significance.

Because cooperation is a growth process, it can take several possible forms, of which the characteristic features are presented in a number of models. Cooperation grows, but it grows against resistance. It has been observed that achievement of several elementary purposes meets obstacles. The principal obstacles are the following:

– the inequality of power between those in need of help and those who provide it, precludes a relationship of equality;

– the policy makers are not in agreement with regard to cooperation.

The consequences are: there is no coherent policy of establishment in practice; in many cases there is no joint area of operation for the cooperating teams; the differences in the legal status of the participants in cooperation remains; adequate financing of the increased expenses for cooperation is still lacking.