

team en hulpverlening aan de patiënt kan alleen in de praktijk ervaren worden, terwijl ook vaak alleen in de praktijksituatie duidelijk wordt wat iemand echt moeilijk vindt en waardoor hij wordt belemmerd.

Bij deze werkwijze, waarbij men al werkend de gewenste vorm van communiceren ontwikkelt en waarbij men gericht gebruik maakt van de praktijk als leersituatie, is in het algemeen wel de hulp van een teambegeleider noodzakelijk.

### Praktijkvoorbeeld als illustratie

Tot slot neem ik een klein stukje over van een bandopname van een teambespreking. Het is een eenvoudig gesprekje, maar in verschillende opzichten illustratief.

*Maatschappelijk werker (tegen wijkverpleegkundige en huisarts):* Jullie kunnen nu wel steeds tegen die vrouw zeggen dat ze niet alles moet doen voor haar man, maar wat is haar motief? Waarom moet ze het allemaal doen?

*Huisarts:* Haar motief is dat het dan vlugger gaat... (Het gesprek gaat hier over door en gaat nu nog alleen over het echtpaar.)

*Begeleider:* Jullie praten nu nog alleen over hoe die mensen met elkaar omgaan. Maar jullie hebben de zaak aan de orde gesteld, omdat je zelf niet wist hoe verder te gaan. Ik dacht trouwens dat jij (maatschappelijk werker) net nog iets anders wilde zeggen.

*Maatschappelijk werker:* Ik? Nee hoor. *Begeleider:* Nee? O. Ik dacht dat je eigenlijk wilde voorstellen om er eens met die mevrouw op in te gaan waarom ze eigenlijk alles voor haar man doet. Niet dat jij wilde weten wat haar motief is. En op dat laatste heb je nu antwoord gekregen. Je vroeg dat trouwens ook.

*Maatschappelijk werker:* Ja, ja, dat was eigenlijk wel wat ik wou zeggen. Ik vind dat jullie er veel te weinig op ingaan wat haar eigenlijk beweegt.

*Wijkverpleegkundige:* Je vindt dat ik daar meer op in moet gaan, wat haar beweegt?

*Maatschappelijk werker:* Ja, je zou bijvoorbeeld kunnen proberen...

*Huisarts:* Nou, het lijkt mij wel de moeite waard het zo eens te proberen. Misschien komen we dan verder.

*Samenvatting op pagina 232; summary on page 233.*

# Twee teambesprekingen

J. ROMEIJN EN J. T. KOETSIER\*

Dit is het verslag van twee fictieve besprekingen in een van de hometeams van het Samenwerkingsproject Amsterdam. Daarbij is getracht een realistisch beeld te geven van het soort belevenissen waarmee de teamgenoten wekelijks te maken krijgen. De verschillende gebeurtenissen worden voorzien van enig commentaar.

## Inleiding

Het bewuste team bestaat uit twee geassocieerde huisartsen, een praktijkassistente, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werkster. In deze samenstelling werkt dit team nu sinds twee jaar. Huisarts 1 werkt tien jaar in het project, huisarts 2 drie jaar, de praktijkassistente twee jaar, de wijkverpleegkundige twee jaar en de maatschappelijk werkster vier jaar. Bij de start van de samenwerking heeft de samenwerkingsconsulente van het project het team enige tijd begeleid; daarna kwam zij een paar keer per jaar in het team, met name wanneer de periodieke evaluatie besprekingen plaatsvonden en ook wanneer een nieuw lid in het team werd opgenomen. Deze keer is zij niet aanwezig; er is een afspraak gemaakt dat zij over een maand, wanneer de samenwerking wordt geëvalueerd, zal terugkomen.

De bespreking vindt plaats in de praktijkruimte van de artsen en duurt twee uur. Er zijn maatregelen getroffen om telefonische interrupties te verhinderen. Via een achterwacht is een van de huisartsen wel voor spoedgevallen bereikbaar. Het voorzitterschap wordt beurtelings door een van de teamleden vervuld. Dit keer is de maatschappelijk werkster hiervoor aan de beurt.

## De eerste teambespreking

Aan het begin van de teambespreking

\* Beide auteurs zijn huisarts in Amsterdam en zijn verbonden aan respectievelijk het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit en het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

wordt de agenda vastgesteld. Een daartoe bestemd schrift, waarin meteen kan worden nagezien of van de vorige bespreking nog agendapunten zijn blijven liggen, wordt gebruikt om de patiënten, respectievelijk gespreksonderwerpen te noteren, die vandaag aan de orde moeten komen. Van de vijf tot acht patiënten of gezinnen over wie in werkelijkheid het gesprek gaat, worden er hier drie willekeurig uitgekozen, ter illustratie van de wijze waarop die gedachtenwisseling plaatsvindt.

Het blijkt dat huisarts 1 een patiënte (A) wil inbrengen; de wijkverpleegkundige wil over haar bemoeienissen met mevrouw S terugrapporteren. Verder wil het team over de heer V praten (een patiënt met wie het hele team zich erg bezighoudt).

*Commentaar.* Voordat aan de eigenlijke patiëntenbespreking kan worden begonnen, zijn zo al tien minuten verstreken. Toch is het van belang de bespreking van te voren enigszins te structureren. Daardoor weet iedereen immers ongeveer wat er aan de orde zal zijn, en ook hoeveel tijd hij voor het geval dat nu juist hem het meeste bezighoudt, kan opeisen. Ook al wordt het geduld van diegenen die wat meer moeite hebben om naar een ander te luisteren, op de proef gesteld, de kans om erbij betrokken te blijven, wordt door zo'n agendering vergroot.

Bij het begin valt het de anderen op, dat huisarts 2 er met zijn hoofd niet erg bij is. Een van de teamleden merkt droogjes op dat huisarts 2 blijkbaar te veel door andere dingen in beslag wordt genomen. Huisarts 2 knikt en schuift zijn stoel wat aan, blijkbaar om te laten zien

dat hij toch tracht mee te doen. Hij voelt er niets voor bepaalde dingen uit zijn persoonlijke leven die hem sterk bezighouden, in het team naar voren te brengen. Sommige anderen doen dat heel gemakkelijk, maar hem kost het moeite en eigenlijk vindt hij het ook niet in de bedoeling van een teambespreking passen.

*Commentaar.* Hier treedt een bepaalde eigenaardigheid aan het licht, die iedereen die gedurende enige tijd in een team van een vaste samenstelling werkt, wel bekend is. Het betreft het in elkaar overlopen van het persoonlijke en het beroepsmatige. Voor sommigen kan dit problematisch zijn; op den duur vindt iedereen zijn eigen oplossing. Het is duidelijk dat ieders persoon in al zijn facetten – stemming, preoccupaties, gevoelens ten opzichte van patiënten en elkaar – heel veel met het verloop van een teambespreking en, op langere termijn, met het samenwerkingsproces zelf te maken heeft. In een team dat enigszins op elkaar is „ingeschoten”, voelt men feilloos elkaars stemming aan en kent men elkaars gevoeligheden. Dan kan het heel zinvol zijn soms een bepaalde opmerking te plaatsen, in de hoop dat daardoor de weg wordt vrijgemaakt om naar elkaar te luisteren en naar voren te brengen wat van belang lijkt voor het onderwerp van gesprek. Hoe uitgebreid er op het persoonlijke wordt ingegaan, is ieders eigen keus. Het is natuurlijk zo dat de teambesprekingen taakgericht zijn, dus aan bepaalde grenzen gebonden.

Intussen is huisarts 1 begonnen te vertellen. Er is deze week een wanhopige vrouw A van 34 jaar bij hem gekomen. Zij kan de moeilijkheden met haar man niet meer aan. Hij roept altijd: „Wat ben je toch lelijk, wat ben je toch dik” en vergelijkt haar met knappere vrouwen. Er is een zoontje van 8 jaar, met wie het op school heel slecht gaat. Dit wijt mevrouw A aan de situatie thuis. Daarbij klaagt haar man thuis steeds over hoofdpijn. Mevrouw A leek in het verleden tot misbruik van kalmerende middelen te neigen.

Nadat huisarts 1 nog enige gegevens over zijn vroegere contacten met dit gezin heeft verstrekt, vragen verschillende teamleden waarin nu volgens hem de hulpvraag van mevrouw A bestaat, en waarom hij mevrouw A hier wilde bespreken, kortom wat hij nu van het team verwacht. Het valt huisarts 1 niet gemakkelijk hierop een antwoord te geven. Hij ervaart de situatie als problematisch, het zit hem niet lekker. Boven-

dien verwacht mevrouw A iets van hem; zijzelf kan ook niet aangeven wát. Toch lijkt het team het van de beantwoording van de gestelde vraag af te laten hangen wat er nu verder moet gebeuren en of het team daarbij een taak heeft.

De praktijkassistente vult het verhaal aan met haar indrukken: ze kan huisarts 1 heel goed begrijpen. Mevrouw A had haar in de afgelopen maanden een paar keer om herhaling van het recept van haar kalmeringsmiddel gevraagd. Bij die gelegenheden had zij een paar keer bij de praktijkassistente in de assistentekamer haar hart uitgestort en daarbij eenmaal een huilbui gekregen. Zo had zij het medelijden opgewekt van de praktijkassistente, maar tegelijkertijd een gevoel van irritatie. Hoe moet je op zoiets reageren, vraagt de praktijkassistente.

De wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkster reageren op het verhaal van de praktijkassistente en huisarts 1. Wat wil huisarts 1 precies, vraagt de wijkverpleegkundige, en waar zit de praktijkassistente mee? Maar het is iedereen ook duidelijk dat mevrouw A een probleem heeft. Alleen wat moet het team ermee? Daarover wordt enige tijd heen en weer gepraat. De suggestie wordt gedaan dat huisarts 1 nog eens met mevrouw A zal praten. Daar voelt huisarts 1 niet zo veel voor: hij heeft vroeger zo vaak met haar gepraat en is niet veel verder ermee gekomen. Ook het kind moet geholpen worden, vindt de wijkverpleegkundige. Tenslotte wordt toch besloten dat de wijkverpleegkundige de volgende dag contact met mevrouw A zal opnemen.

*Commentaar.* In het samenwerkingsproject wordt van de wijkverpleegkundige meer verwacht dan alleen curatief bezig zijn. Ook preventieve taken neemt zij op zich. Zij heeft intensieve bemoeienissen gehad met bepaalde gezinnen die het erg moeilijk hadden. Vandaar de vraag of de wijkverpleegkundige in dit geval met mevrouw A wil praten. Toch valt op, dat in de bespreking zo'n beslissing min of meer uit de lucht komt vallen. Misschien zou de maatschappelijk werkster zich toch ook met zo'n probleem verder willen bezighouden. En waarom niet eerst de heer A uitgenodigd samen met zijn vrouw? Is de mogelijkheid van een gemeenschappelijk gesprek van wijkverpleegkundige en huisarts of maatschappelijk werkster en huisarts met het echtpaar overwogen?

Het team praatte een half uur over dit probleem; iedereen voelde zich erbij

betrokken. Huisarts 1 en de praktijkassistente hoefden in ieder geval niet meer met zijn tweeën de last van dit geval te dragen. Het hinderde huisarts 1 wel dat hij de hulpvraag en zijn probleem daarbij niet duidelijk wist te formuleren. En maakte het team toen niet van het probleem van mevrouw A hún probleem? Wat wilde mevrouw A zelf eigenlijk? Het is duidelijk dat het team de samenwerkingsconsulente op dit ogenblik no-de mist.

Intussen is het team overgegaan tot de bespreking van de volgende patiënt. Het gaat om mevrouw S van 83 jaar, die bij haar dochter en schoonzoon inwoont. Zij wordt gerevalideerd na een heupfractuur. De toestand thuis is alleen praktisch onhoudbaar geworden door de veeleisendheid en humeurigheid van de oude moeder. Daarbij komt dat zij hardhorend is, maar geweldig opziet tegen een hoorapparaat. Herhaaldelijk zijn de problemen betreffende mevrouw S in het team ter sprake geweest. De wijkverpleegkundige en huisarts 2 houden zich ermee bezig. Plaatsing in een bejaardenhuis, hetgeen de kinderen het liefst zouden willen, levert moeilijkheden op. Zij valt namelijk niet in de categorie van urgente gevallen.

De wijkverpleegkundige en huisarts 2 geven hun mening over de situatie, zoals die er op het ogenblik uitziet. De andere teamleden stellen enkele vragen ter verduidelijking. Tenslotte worden een aantal werkafspraken gemaakt:

– Huisarts 2 neemt nog eens contact op met de sociaal-medische dienst om de urgentie van opname in verzorgingshuis te bepleiten;

– De wijkverpleegkundige zal mevrouw S begeleiden naar een KNO-arts;

– De wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkster zullen samen de oude moeder, dochter en schoonzoon uitnodigen een gesprek samen te voeren over de mogelijkheden om de situatie thuis zo lang mogelijk draaglijk te houden.

Het blijkt dat huisarts 1 zijn twijfels heeft over het nut van deze afspraken; hij waarschuwt voor te dirigistisch optreden. Als alternatief stelt hij voor af te wachten en te kijken wat er gebeurt. Maar de teamgenoten zijn er niet voor het tot uitbarstingen te laten komen.

*Commentaar.* Het blijkt helemaal niet eenvoudig te zijn tot goede werkafspraken te komen. Ieder heeft zo zijn eigen mening. Alleen, door over zo'n geval te praten wordt wel langzamerhand duidelijk wat de voors en tegens van bepaalde



*Verschillende artsen houden zich op het ogenblik . . .*

beslissingen zijn. Een meer overwogen handelingsplan is het resultaat.

Het team gaat over op de volgende patiënt, de 33-jarige heer V, tot een jaar geleden werkzaam als bakkersknecht in een grote bakkerij. Over zijn problemen is al verschillende malen in het team overlegd. De maatschappelijk werkster heeft wekelijks gesprekken met het gezin (er zijn drie opgroeiende kinderen).

V is een gespannen man die in de WAO dreigt te geraken na een maagoperatie. Hij zegt graag weer te gaan werken maar het niet te kunnen. Verschillende artsen houden zich op het ogenblik met hem bezig; hij raakt er zelf in de war van. Tegen de beslissing van zijn bedrijfsvereniging om hem arbeidsgeschied te verklaren, is hij in beroep gegaan. Levendig wordt door de maatschappelijk werkster beschreven hoe de man en zijn gezin op de situatie reageren. Huisarts 1 rapporteert over zijn contacten met de behandelend internist en met de zenuwarts naar wie de heer V door zijn bedrijfsvereniging is verwezen.

*Commentaar.* Een belangrijke functie van het team is het elkaar op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen in een geval waarbij verschillende teamleden betrokken zijn. Naast deze voortgangsrapportage is het van belang elkaar te steunen in zo'n moeilijk geval en een gemeenschappelijke beleidslijn te ontwikkelen, juist omdat bij een dreigende WAO-situatie de zaken soms heel anders lopen dan de betrokkenen

(zowel hulpverleners en patiënten als sociale verzekeringsinstellingen) hadden gewild.

### **De tweede teambespreking**

De tweede teambespreking vindt een week later plaats. Huisarts 2 brengt een patiënt in.

Bij Gerda van B, 16 jaar, zijn twee jaar geleden bij fysisch en röntgenologisch onderzoek de typische bevindingen van de ziekte van Scheuermann vastgesteld. Om de houding te verbeteren en een mogelijke verdere verkromming van de wervelkolom te voorkomen heeft Gerda fysiotherapie gehad. Dit blijkt niet voldoende te zijn geweest. Vorige week heeft de orthopedisch chirurg gezegd dat zij in ieder geval voor een half jaar, maar vermoedelijk wel voor één of anderhalf jaar, een leren corset zal moeten dragen. Haar favoriete sport, handballen, zal zij voorlopig moeten opgeven. Het meisje kan dit niet aanvaarden en heeft dat ook tegen de orthopedisch chirurg gezegd. Deze heeft haar en haar ouders duidelijk gezegd dat een advies wel of niet kan worden opgevolgd, maar dat hij in het laatste geval moeilijk de verantwoordelijkheid voor de gevolgen kan aanvaarden. Bij het gezin thuis is nu een heel gespannen sfeer ontstaan. Gerda zegt liever met een kromme rug te lopen dan zo'n corset te gaan dragen. Haar vader is nu op het spreekuur van huisarts 2 gekomen, omdat hij geweldig met de situatie zit. Met het voorstel van huisarts 2 dit probleem in het hometeam te bespreken, was hij het geheel eens. Het team bepraat met elkaar gedurende ongeveer een half uur de situatie. Er wordt besloten dat de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkster ter nadere verkenning van het probleem het gezin voor een gesprek zullen uitnodigen. Daarnaast zal huisarts 2 met de behandelend specialist over de noodzaak van de voorgestelde maatregel overleggen.

*Commentaar.* De betrokkenheid van de teamgenoten bij deze casus geeft huisarts 2 het gevoel dat hij niet alleen staat in deze kwestie. Verschillende aspecten worden naar voren gebracht, ook door zijn collega vanuit het gemeenschappelijk vakgebied. Op zo'n ogenblik is het erg plezierig dat er twee artsen in het team werken. Voor de andere disciplines is dat af en toe wel eens moeilijk, ook omdat de patiënten voor het overgrote deel via de huisartsen de teamhulpverlening binnenkomen. Daarbij komt, dat de artsen als zelfstandigen

toch een andere positie innemen dan de anderen, die werknemer zijn.

Een van de voordelen die zowel de maatschappelijk werkster als de wijkverpleegkundige uit hun werkverband putten, is dat zij in werktijd regelmatig werkbesprekingen hebben met de andere vertegenwoordigers van hun discipline in het project. De huisartsen in het project hebben in principe natuurlijk ook de mogelijkheid hiertoe, maar de animo en de tijd ontbreekt, behalve wanneer ad hoc beslissingen moeten worden genomen, die de discipline-groep direct raken.

In deze patiëntbespreking komt weer naar voren dat de wijkverpleegkundige in het project een belangrijke taak wordt toegedacht bij de begeleiding. Omdat er in dit geval aanwijzingen zijn dat relatieproblemen de toestand mede bepalen, wordt daarnaast de hulp van de maatschappelijk werkster ingeroepen.

Daarna houdt het team zich bezig met mevrouw A, over wie de vorige week al is gesproken. Huisarts 1 vertelt dat mevrouw A die morgen totaal overstuur bij hem is komen binnenlopen en dat hij haar in het crisiscentrum heeft moeten laten opnemen. Hij had de wijkverpleegkundige hierover trachten te bereiken, maar kon haar niet te pakken krijgen.

De wijkverpleegkundige vindt het erg naar, dat dit gebeurd is. Zij was de dag na de vorige teambespreking bij mevrouw A op bezoek geweest. Het bleek dat de heer A de vorige avond laat was thuisgekomen en toen zijn vrouw had verteld een relatie met een ander te hebben onderhouden, maar die band nu

*. . . met hem bezig.*



te hebben verbroken. Mevrouw A bleek erg in de war te zijn van dit alles. Veel indruk had op haar gemaakt dat haar man haar beloofd had zijn leven te beteren en meer met haar samen te doen. Ook had zij de wijkverpleegkundige gevraagd bij de schoolzuster te bepleiten haar zontje voor zes weken naar een vakantiekolonie te sturen, maar de wijkverpleegkundige wist niet of zij daar wel achter kon staan. Om deze vraag te kunnen beantwoorden had zij nog contact opgenomen met huisarts 1. Diens argumenten om met het oog op de belangen van het kind in dit stadium niet te snel beslissingen te nemen, spraken haar wel aan. Maar hoe nu verder te handelen? In het team ontstaat een discussie, of en hoe deze ontwikkeling had kunnen worden tegengehouden.

*Commentaar.* Bereikbaarheid tussen de teambesprekingen in lijkt belangrijk om elkaar van bepaalde ontwikkelingen op de hoogte te houden en deze met elkaar te kunnen bespreken. Het blijkt dat in crisissituaties het moeilijk te voorspellen is hoe de cliënt op de hulpverlening zal reageren, maar ook dat gebeurtenissen plaatsvinden zonder dat iemand daar vat op heeft.

Nadat de teleurstelling over de gang van zaken met mevrouw A enigszins is afgeveerd, kan de maatschappelijk werkster de heer X weer ter sprake brengen. Drie weken geleden heeft huisarts 2 hem met voorrang ingebracht, nadat de heer X via een door zijn vrouw gemaakte langere afspraak op zijn spreekuur was geweest, twee dagen voor de teambespreking. Met veel schroom heeft deze 30-jarige man toen zijn klachten verteld. Hij zat in toenemende mate in de put en had steeds vaker nachtmerries over zijn ouders. Overdag had hij soms agressieve buien en zijn vrouw had hem gestimuleerd om erover te gaan praten, ook omdat zij er zelf niet meer mee overweg kon. Voorts had hij toen verteld dat hij soms dacht over mogelijkheden van zelfdoding en dat hij nooit, noch in het verleden noch nu, heeft voldaan aan de verwachtingen van zijn ouders, met name zijn vader.

Gezien de grote nood van de man en de betrokkenheid van zijn vrouw, is toen afgesproken, dat de heer X direct zelf een afspraak bij de maatschappelijk werkster kon maken, die hem dan samen met zijn vrouw zou uitnodigen. De maatschappelijk werkster vertelt nu, dat er in een aantal gesprekken met het echtpaar al veel is gebeurd, en dat zijn vrouw hem goed steunt. Vooral de relatie tot zijn ouders is op het ogenblik zijn

meest actuele probleem. De maatschappelijk werkster heeft het echtpaar de mogelijkheid genoemd, een gesprek met de ouders van de man te begeleiden. De heer X wil dit gesprek nu zo snel mogelijk laten plaatsvinden en zet de maatschappelijk werkster hiertoe onder druk. De maatschappelijk werkster wil graag weten wat het team hiervan vindt.

Tijdens de verdere bespreking blijkt, dat de maatschappelijk werkster zich met het echtpaar X beter eerst nog goed kan voorbereiden op zo'n gesprek. Het wordt de maatschappelijk werkster duidelijk, dat zij juist hierover voor zichzelf niet voldoende helderheid en zekerheid had. Bovendien voelt zij zich gesteund door het team om, ondanks het ongeduld van de heer X, vast te houden aan wat haar nu voor ogen staat.

*Commentaar.* Het blijkt dat de maatschappelijk werkster het team nodig heeft, omdat zij er niet zeker van is of zowel de heer X en zijn vrouw, als zijzelf voldoende zijn voorbereid op een gesprek met zijn ouders. Doordat duidelijk wordt waarover de maatschappelijk werkster onzeker is, kan het team erop ingaan en de maatschappelijk werkster helpen. Het blijkt steeds weer hoe moeilijk, maar ook hoe belangrijk het is, dat je als teamlid helderheid over de vraag krijgt waar je nu precies mee zit en wat je dus van de anderen wilt. Al te snel over de cliënt praten zonder dat deze vraag duidelijk wordt, werkt dan vaak vertragend en belemmerend in de teambespreking.

Tenslotte wordt door huisarts 1 nog voorgesteld over de heer Y te spreken. Y, 66 jaar oud, lijdt aan een longcarcinoom. Twee weken geleden is hij op eigen verzoek uit het ziekenhuis ontslagen, toen hij bemerkte dat zijn conditie niet beter, maar steeds slechter werd.

Tweemaal per week wordt hij nu door huisarts 1 bezocht, en daarnaast enige malen door de wijkverpleegkundige.

Onderwerp van gesprek is nu niet alleen de patiënt, maar vooral de wijze waarop zijn vrouw het ongeneeslijk ziek-zijn van haar man verwerkt en hoe huisarts 1 en de wijkverpleegkundige daarmee omgaan. Het blijkt dat huisarts 1 zich toch vooral op de patiënt zelf richt, terwijl de wijkverpleegkundige veel met zijn vrouw praat. Ook wordt over de medicijnen die de heer Y krijgt gesproken – ze maken hem nogal suf – en over de wenselijkheid een fysiotherapeut te vragen hem thuis met tapotage en ademhalingsoefeningen te behandelen. Tenslotte vertelt huisarts 1 hoe hij met de heer Y over de naderende dood

spreekt. Hij gaat er meestal na vijven heen, wanneer hij rustig de tijd heeft. Samen drinken zij dan een glas en spreken over de tijd dat de heer Y voor zaken in Azië en Amerika rondreisde. Toen was hij nog niet ziek, dat is allemaal pas later gekomen. Het verleden krijgt een bepaalde glans, er zijn veel goede momenten geweest.

Afgesproken wordt dat de wijkverpleegkundige zich in de komende tijd vooral met de echtgenote zal bezighouden. Huisarts 1 zal de fysiotherapeut bellen.

*Commentaar.* Door de aanwezigheid van het hometeam worden de mogelijkheden verruimd om iemand thuis op waardige wijze te laten sterven. Het is van groot belang dat huisarts en wijkverpleegkundige in zo'n geval niet langs elkaar heen werken. De praktijkassistente in dit team houdt aan de hand van de berichten uit de ziekenhuizen een lijst bij van opgenomen en ontslagen patiënten. Die lijst wordt regelmatig op de teambespreking doorgenomen. Op die manier kan er voor gezorgd worden, dat de hulpverlening thuis meteen kan aansluiten bij die in het ziekenhuis. Vooral ten aanzien van ernstige en ongeneeslijke patiënten wordt ernaar gestreefd met de desbetreffende afdelingsarts of -verpleegkundige overleg te plegen over het voorgenomen ontslag, om tijdig een behandelingsplan voor thuis te kunnen ontwerpen. Zowel de zuiver verpleegkundige als de psychologische en medische aspecten kunnen daarbij ter sprake komen. Ook de voorbereiding van de gezinsleden op de vaak onderschatte geestelijke druk die een ernstig zieke nu eenmaal op zijn omgeving uitoefent, kan dan zorgvuldiger plaatsvinden.

## Samenvattingen

*Het Samenwerkingsproject Amsterdam (pp. 222-225). In dit artikel wordt een overzicht gegeven van ontstaan, geschiedenis, beleid en organisatie van het Samenwerkingsproject Amsterdam. Beschreven wordt hoe de organisatievorm steeds werd aangepast aan de eisen die vanuit het werken in de praktijk naar voren kwamen, en hoe dit tenslotte leidde tot de keus voor een vereniging met zelfbestuur. Verder wordt uiteengezet waarom een overkoepelende organisatie nodig geacht wordt voor hometeams die elk op zich toch autonoom functioneren.*

*De teambesprekingen (pp. 225-229). In dit artikel wordt op grond van ervaringen*

gen, opgedaan bij het begeleiden van de teams van het Samenwerkingsproject Amsterdam, een aantal punten beschreven waaraan elk multidisciplinair team in de eerstelijns gezondheidszorg aandacht dient te besteden, wil men plezierig werken, een goede vorm van hulp verlenen en als team in stand blijven. Deze punten zijn: het bepalen van de inhoud van de teambespreking, gerichtheid op de patiënt en gerichtheid op de hulpverlener, het geven van kritiek en adviezen, communicatie op verstands- en gevoelsniveau, taakverdeling, gelijkwaardigheid van de teamleden, besluitvorming en evalueren. Benadrukt wordt dat voortdurende aandacht voor de communicatie tijdens de normale, wekelijkse teambesprekingen voorwaarde is om goed als team te kunnen blijven functioneren.

Twee teambesprekingen (pp. 229-231). In deze bijdrage wordt het verloop van twee imaginaire teambesprekingen in het Samenwerkingsproject Amsterdam beschreven. In het begeleidend commentaar komen enkele aspecten van de samenwerking ter sprake. De aandacht wordt daarbij gevestigd op de mogelijkheden die deze vorm van samenwerking biedt om problemen in het werk te verhelderen en een daarop afgestemd handlingsplan te realiseren. Enkele voorwaarden waaraan de werkwijze moet voldoen, worden beschreven, naast voorbeelden van de moeilijkheden die het team op deze weg ontmoet. De wenselijkheid van agogische begeleiding door een samenwerkingsconsulent wordt benadrukt.

## Summaries

*The Amsterdam Collaboration Project (pages 222-225). This paper reviews the origin, history, policy and organization of the Amsterdam Collaboration Project. It describes how its form of organization was continually adapted to requirements which emerged from actual practice, and how this finally led to the form of a self-governing association. The paper also explains why a superordinate organization was considered necessary for hometeams which per se function autonomously.*

*The team discussions (pages 225-229). On the basis of experience gained in the guidance of the teams of the Amsterdam Collaboration Project, this paper describes a number of points to which every multidisciplinary team in primary health care should pay attention in order to ensure a pleasant working climate,*

## Uit de universitaire huisartseninstituten

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE AMSTERDAM

### Over de psychohygiëne van de huisarts

Een zich nogal eens herhalende fout in de ontwikkelingsgang van de huisartsgeneeskunde is het steeds weer annexeren van nieuwe terreinen van hulpverlening of op z'n minst het opvoeren van schuldgevoel over het niet kunnen annexeren. Uitgaande van de behoefte aan integrale geneeskunde ziet men steeds weer nieuwe „onruststokers”.

Wat mij persoonlijk meer interesseert dan deze annexaties is het antwoord op de vraag via welke benadering je er bescheidenheid bij de huisarts in kan krijgen, bescheidenheid die mij voor zijn psychohygiëne zo essentieel lijkt. Een bescheidenheid waarvoor de huisarts zich niet schaamt en die hij niet hoeft te verstoppen achter het *niets over het hoofd mogen zien*-verweer. Die bescheidenheid bereikt men zeker niet via meer kennis van gesprekstherapieën (gedragstherapie, gezinstherapie, specialistische kennis van psychosomatiek, psychoanalyse). Echter ook niet met behulp van Balintgroepen; typerend is daar toch het patiënt- en/of psychiatercentrisme. Komt die bescheidenheid erin wanneer meer aandacht geschonken wordt aan de belevingen van de dok-

ter in zijn relatie met patiënten, de tegenoverdracht zoals psychoanalytici dat noemen? Die aandacht voor het eigen, beperkte kunnen en, breder gezien, die aandacht voor de tegenoverdracht is een grondhouding die, naar het mij voorkomt, van essentieel belang is in de omgang met patiënten. Maar het is ook weer geen voldoende voorwaarde voor een goede behandeling!

Niet techniek, zoals Van Lidt de Juedes fluctuerende benadering of de Balintse flashtechniek voor het leren bescheiden te worden en zicht te krijgen op de eigen blinde vlekken (tegenoverdracht), maar het aan den lijve ervaren van bijvoorbeeld eigen verdrongen onmacht/almachtgevoelens en grootheidsfantasieën helpen de huisarts verder. Een nieuwe injectie van de Balintgedachte moeten we voorstaan, maar dan niet door een nieuwe behandelingstechniek aan te leren, maar door zelf als huisarts je blinde vlekken te gaan belevens.

Hoe doe je dat? Door in supervisie, in psychotherapie te gaan?

Uw huispsycholoog,  
T. Postma

*provision of adequate care, and survival of the team. These points are: determination of the substance of the team discussion, focus on the patient and focus on the team member, presentation of criticisms and advice, communication on the rational and the emotional level, task distribution, equality of team members, decision-making, and evaluation. It is emphasized that constant attention for communication during normal weekly team discussions is a prerequisite for continued adequate functioning as a team.*

*Two team discussions (pages 229-231). This paper describes the course of two imaginary team discussions in the Amsterdam Collaboration Project. The comment discusses some aspects of this type of collaboration, and focuses attention on its value as an aid in elucidating work problems and in achieving a plan of action attuned to these problems. Some procedural requirements are described, and examples of difficulties encountered by the team are presented. The desirability of guidance provided by a collaboration counsellor is emphasized.*