

J. SCHULING*

Een cursus samenwerking voor aanstaande huisartsen en wijkverpleegkundigen

In deze bijdrage wordt het ontstaan van een gemeenschappelijke cursus samenwerking voor aanstaande huisartsen en wijkverpleegkundigen besproken. Het programma bestaat uit het bestuderen van enige literatuur, een stage van één dag bij een wijkverpleegkundige c.q. huisarts en een gezamenlijke onderwijsdag. Door een dergelijk samenwerkingsproject is het mogelijk het eenzijdige beeld dat veel studenten zich tijdens de opleiding van andere disciplines vormen, te corrigeren aan de hand van praktijkervaringen. Vooral de stage is daarbij van groot belang.

Inleiding

Hoewel het moeilijk is de meerwaarde van goede samenwerking in cijfers uit te drukken, is de afgelopen jaren over dit onderwerp wel het een en ander gepubliceerd.^{1,3} Uit deze publikaties kan men concluderen dat de belangrijkste voordelen van samenwerken zijn:

- een probleem wordt vanuit verschillende invalshoeken belicht, waardoor de kans dat bepaalde kanten in de schaduw blijven, kleiner wordt;
- werkers van verschillende disciplines die op de hoogte zijn van elkaars werkteur en elkaar als persoon kennen, kunnen optimaal gebruik maken van elkaar.

Overigens lijkt het zonneklaar dat patiënt en hulpverlener zich bij een goede samenwerking prettiger zullen voelen. Merkwaardigerwijze komt men dit argument echter zelden tegen in de beschouwingen.

Goed samenwerken gaat niet vanzelf. Uit de ervaringen die in de verschillende samenwerkingsverbanden is opgedaan, kan geconcludeerd worden dat de kans op succes groter wordt, als aan dit onderwerp al in de opleiding aandacht wordt besteed.^{4,5} Ook de overheid doet in de *Contourennota* aanbevelingen in deze richting.⁶

Enkele jaren geleden is door de Academie voor Sociale en Culturele Arbeid, de Academie voor Gezondheidszorg

Noord Nederland en de Beroepsopleiding tot Huisarts in Groningen al eens een gezamenlijke onderwijsdag over samenwerking georganiseerd. Dit project strandde echter op organisatorische problemen: te grote aantallen studenten, en de noodzaak om de studiedag in te passen in zeer uiteenlopende studieprogramma's.

Toen wij vorig jaar besloten de draad weer op te vatten, kozen wij voor een simpeler opzet: een cursus gericht op de samenwerking tussen wijkverpleegkundige en huisarts. Deze opzet leek niet alleen didactisch meer verantwoord, maar sluit ook beter aan bij de realiteit. Uit een onderzoek in Ommooord bleek dat de huisarts aanzienlijk vaker contact heeft met de wijkverpleegkundige dan met de maatschappelijk werker (respectievelijk 11,4 en 6,7 procent van alle samenwerkingscontacten).⁷

In deze bijdrage wordt bericht over dit nieuwe onderdeel van ons onderwijsprogramma.

Programma

Het programma is voorbereid door stafleden van de Academie voor Gezondheidszorg Noord Nederland en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Uitgangspunt was hetgeen in het LHV-rapport *Basistakenpakket van de huisarts* is geschreven over samenwerking:

Het is de taak van de huisarts:
– de mogelijkheden en begrenzingen van zijn hulpverlening te onderkennen

en derhalve samen te werken met andere hulpverleners;

– hierbij initiatieven te nemen teneinde de samenwerking praktisch gestalte te geven, waardoor het organiseren van een goede onderlinge bereikbaarheid en herkenbaarheid alsmede werkoverleg noodzakelijk is;

– in deze samenwerking de privacy van de patiënt te waarborgen en een andere hulpverlener pas in te schakelen na verkregen toestemming van de patiënt.⁸

Bij het opstellen van het programma (figuur) speelden de volgende overwegingen een rol:

Om te kunnen samenwerken met een andere discipline, is allereerst kennis nodig over zaken als functioneren, taakopvatting en werkwijze van die discipline (algemeen doel). Bovendien is er voor elke student een meer persoonlijk doel, afhankelijk van de verwachtingen die hij ten aanzien van samenwerking heeft. Deze verwachtingen worden bepaald door het beeld dat men tijdens de beroepsopleiding heeft ontwikkeld, en van de ervaringen die men in de stage heeft opgedaan.

Vaak is dat beeld onvolledig en vertoont het vooroordelen en stereotypen. Door de studenten zelf aan de hand van hun voorkennis en stage-ervaringen knelpunten in de samenwerking te laten inventariseren, door hen de „ideale samenwerkingsvorm” te laten beschrijven en door praktische oefening in een rollenspel, proberen wij hun inzicht te geven in de algemene en persoonlijke elementen van samenwerking.

Ervaringen

Het merendeel van de studenten vond de opgegeven literatuur informatief, maar had moeite met de stijl van zowel *Wij in de wijk* als van *Kenmerken II*, die zij te veel op „beleidsambtenarenproza” vonden lijken.

Het regelen van een stagedag, dat wij aan de studenten zelf hadden overgelaten, was bij een aantal wijkverpleegkundigen in opleiding op problemen gestuit. Zij kregen van veel huisartsen in hun regio te horen, dat zo'n vreemde pottekijker te belastend zou zijn voor de patiënten; vragen wilden zij eventueel wel beantwoorden, maar het bijwonen van het spreekuur was niet mogelijk. De arts-assistenten ontmoetten deze problemen nauwelijks.

De meningen over de stagedag waren verdeeld: de arts-assistenten ervoeren één dag als te kort. De wijkverpleegkundigen in opleiding waren van me-

* Coördinator van de beroepsopleiding tot huisarts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen; tevens huisarts in het gezondheidscentrum Lewenborg in Groningen.

ning dat één dag voldoende was. Ook wij zijn van mening dat een langere stage bij de wijkverpleegkundige gewenst is. Door het kleinere aantal patiënten dat de wijkverpleegkundige op een dag ziet, wordt het beeld van die werkdag meer bepaald door de aard van de gepresenteerde problemen dan bij een huisarts het geval is.

Beide groepen waren getroffen door het verschil in werkstijl tussen de disciplines: de huisarts die in beperkte tijd een probleem tracht te verhelderen, de wijkverpleegkundige die meer tijd tot haar beschikking heeft en daar ook minder efficiënt mee omgaat.

De richtlijnen die aan arts-assistenten waren meegegeven voor de observatie van de wijkverpleegkundige, werden veel te complex gevonden. De arts-assistenten gaven aan door de bomen het bos niet meer te zien. De globale richtlijnen voor observaties van de huisarts voldeden beter (*bijlage*).

Het nabespreken van de stageverslagen tijdens de onderwijsdag biedt de gelegenheid de eigen belevenissen in een ruimer kader te plaatsen. Vooral de verschillen tussen stad en platteland demonstrenen duidelijk de problemen die aan de samenwerking tussen wijkver-

pleegkundige en huisarts inherent zijn: De studenten die hun stage in een dorp hadden doorgebracht, en degenen die stage hadden gelopen in een gezondheidscentrum, hadden een positief beeld gekregen van de mogelijkheden die samenwerking tussen wijkverpleegkundige en huisarts biedt. In de home-teams op het platteland vond frequenter en informeler overleg plaats tussen wijkverpleegkundige en huisarts dan in de grotere samenwerkingsverbanden in de verstedelijkte gebieden.

In de steden hadden vele studenten nauwelijks enigerlei vorm van samenwerking gezien, behoudens incidenteel telefonisch contact. De sombere geluiden van de gastvrouw/heer over mogelijkheden tot samenwerking in die regio hadden de verwachting van de student ten aanzien van de eigen beroepsuitoefening negatief beïnvloed.

Eén student beschreef, hoe in een dorp waar één wijkverpleegkundige en één huisarts werkten, de „incompatibilité d'humeurs” tot een jarenlange loopgravenoorlog had geleid.

Aan de hand van deze en andere ervaringen kwamen de studenten tot een inventarisatie van knelpunten in de sa-

menwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige. Globaal kunnen deze in twee groepen worden ingedeeld:

- knelpunten van structurele aard;
- knelpunten die meer persoonsgebonden zijn.

Als knelpunten uit de eerste categorie werden genoemd:

- het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie;
- het verschil tussen vrij beroep en dienstverband: wel of niet vergaderen in „de baas zijn tijd”;
- het beroepsgeheim: welke informatie geef ik door, (hoe) vraag ik hiervoor toestemming van de patiënt;
- de bereikbaarheid van beide partijen voor overleg;
- vergadertechische problemen: wordt er op een vast tijdstip overlegd, wie bepaalt de inhoud, wie bewaakt de afspraken?

Als knelpunten uit de tweede categorie werden naar voren gebracht:

- het ontbreken van motivatie tot samenwerking;
- onvoldoende kennis van elkaars werkzaamheden en werkterrein (zowel wat betreft algemene als persoonlijke opvattingen);
- het niet erkennen van elkaars specifieke deskundigheid; elkaar niet als gelijkwaardig zien;
- vooroordelen, misvattingen ten aanzien van elkaar als discipline en als persoon;
- het niet durven uitspreken van kritiek naar elkaar toe;
- het niet kunnen opschieten met elkaar.

In het rollenspel bleek niet alleen de beeldmisvorming aanzienlijk groter dan wij gedacht hadden, maar ook bleek het spel zelf een uitermate geschikt middel om dit aan de betrokkenen duidelijk te maken. Negatieve stage-ervaringen bleken sterk door te werken in de houding van de spelers. De wijkverpleegkundigen in opleiding waren zo vaak op hun hoede uit vrees door de dokter „misbruikt” te worden, dat van een echte uitwisseling, nodig voor gezamenlijke probleem-oplossing, geen sprake was. Arts-assistenten daarentegen lieten zich bereidwillig naar een patiënt sturen door de wijkverpleegkundige, zonder dat duidelijk was geworden, wat nu eigenlijk het probleem was, zodat voorbijgegaan werd aan de mogelijkheid, dat de wijkverpleegkundige zelfstandig het probleem zou kunnen oplossen.

Deze en andere verwickelingen werden door de groepsleden goed gesignaleerd en gevoeld, getuige de verzuchting van

Figuur. *Het programma.*

Literatuur

- *Voor de wijkverpleegkundigen in opleiding:*

- informatie over de Beroepsopleiding tot Huisarts; twee A4-bladzijden met een globale beschrijving van organisatie, inhoud en filosofie van de Groningse Beroepsopleiding;

- „Concept van de Huisartsgeneeskunde” uit *Kenmerken II*.⁹

- *Voor de arts-assistenten:*

- informatie over de opleiding tot wijkverpleegkundige; eveneens enkele bladzijden A4 over opzet en inhoud van deze opleiding aan de Academie voor Gezondheidszorg Noord Nederland;

- *Wij in de wijk*, een brochure van de Nationale Kruisvereniging over het werk van de wijkverpleegkundige.

Stage-dag

Wijkverpleegkundigen in opleiding en arts-assistenten lopen ieder een dag mee met respectievelijk een huisarts of een wijkverpleegkundige, liefst in de regio van hun eigen opleider. Voor deze stage geven wij aan de studenten een aantal observatierichtlijnen en vragen mee, die tot doel hebben de student beter te laten kijken naar het werkterrein en de werkwijze van de betreffende discipline en hem een indruk te geven van hoe samenwerking plaatsvindt.

Van deze dag dient de student een kort verslag te schrijven.

Gezamenlijke onderwijsdag

De studenten worden verdeeld in groepen, bestaande uit zes wijkverpleegkundigen in opleiding en zes arts-assistenten. Elke groep krijgt één begeleider van de Academie en één van de Beroepsopleiding.

Het eerste deel van de morgen besteedt men, verdeeld in groepjes van vier, aan kennismaking en bespreking van de ervaringen aan de hand van het verslag van de stage-dag. Het tweede deel van de ochtend worden de knelpunten in de samenwerking geïnventariseerd en besproken.

Na een gemeenschappelijke lunch is de middag gewijd aan een rollenspel: een vergadering van een home-team, bestaande uit twee wijkverpleegkundigen en twee huisartsen, die elke een probleem inbrengen. Met behulp van de observaties van de andere groepsleden kan dit gebeuren uitgebreid nabesproken worden. Ook is het mogelijk een overleg wijkverpleegkundige-huisarts te creëren naar aanleiding van een concrete situatie, die de student in zijn stage heeft meegeemaakt.

Tot slot wordt de onderwijsdag mondeling geëvalueerd.

één hunner: „En ik dacht, dat na zo'n voorbereiding het rollenspel een zacht eitje zou zijn”.

Conclusie en aanbevelingen

Een samenwerkingsproject met wijkverpleegkundigen in opleiding en arts-assistenten is zinvol, doordat de beeldvorming die zich in de beroepsopleidingen ontwikkelt, gecorrigeerd wordt door de uitwisseling van stage-ervaringen en doordat de student zicht krijgt op de eigen instelling ten aanzien van de samenwerking. Het stage-lopen is daarbij van essentieel belang. De stage die de arts-assistent bij de wijkverpleegkundige doorbrengt, zal een aantal dagen moeten omvatten, wil de arts-assistent geen vertekend beeld krijgen van het werk van de wijkverpleegkundige. Observatierichtlijnen voor een dergelijke stage zijn zinvol, mits zij niet te gedetailleerd zijn.

Gezien de moeite die het sommige wijkverpleegkundigen in opleiding gekost heeft om een stageplaats te vinden bij een huisarts-gastheer, lijkt het verstandig als het universitaire huisartseninstituut hierbij bemiddelt. Een afwijzende houding in deze belemmert niet alleen het onderwijs, maar zal ook zeker in de bereidheid tot samenwerking van de student doorwerken. De vraag of wijkverpleegkundigen en huisartsen kunnen leren samenwerken, kan ons inziens alleen met „ja” beantwoord worden, als de betrokkenen van beide beroepsgroepen hieraan mee willen werken en daarbij beseffen hoe groot de invloed van hun voorbeeld is.

¹ Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VI), (VIII) Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 43-52, 221-9.

² Laurijssens I, Blanken K, Freriks I, Holtmaat H, Pon M, Sorgdrager J. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 62-9.

³ Meyerink G. De teambesprekingen. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 225-9.

⁴ Lamberts H. Samenwerken in een team, een routebeschrijving door een ruig landschap. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 15-23.

⁵ Durville HHM, Gent GJ van, Kooij S van der, Pool A. PQ3M - ervaring met een interdisciplinaire opleidingsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg - Maatschappelijk Werk - „Medicijnen”. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 503-6.

⁶ Begeleidingscommissie eerstelijnsgezondheidszorg. Discussienota contouren eerstelijns (gezondheids)zorg. Opgesteld in opdracht van het Algemeen Bestuur van

de Nationale Kruisvereniging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, z.j.

⁷ Lamberts H. Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 181-5.

⁸ Anoniem. Basis-takenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁹ Es JC van, Melker RA de, Goosmann FCL. Kenmerken van de huisarts - II. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.

¹⁰ Anoniem. Wij in de wijk. Signalement van de functie van de wijkverpleegkundige [Brochure]. 2e dr. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1983.

Bijlage

Richtlijnen voor observatie tijdens de stage door respectievelijk de wijkverpleegkundige in opleiding en de arts-assistent.

Wijkverpleging in opleiding

Spreekuur

- afspraak/hoeveel patiënten/hoeveel tijd;
- telefoontjes tussendoor, van wat voor aard;
- spoedgevallen;
- sfeer in de spreekkamer;
- lichamelijk onderzoek;
- laboratoriumonderzoek.

Visites

- hoeveel;
- nieuw, herhaling, spoed;
- tijdsbeslag;
- verschillen met het spreekuurconsult.

Telefonisch spreekuur

- aard;
- tijd.

Methodisch werken

- vast patroon in het werk tijdens het spreekuur;
- werd de vraag van de patiënt duidelijk;
- wat werd er gedaan met de hulpvraag.

Samenwerken

- met welke andere hulpverleners had de huisarts contact; op wiens initiatief;
- waren er momenten, waarop samenwerking gewenst was, maar niet plaats vond (waarom niet).

Andere activiteiten

- literatuurstudie;
- nascholing;
- ziekenhuisbezoek;
- keuringen, controles;
- consultatiebureau;
- administratie.

Samenwerkingscontacten

- (aan het eind van de dag bij de huisarts naar informeren)
- incidenteel/regelmatig/gestructureerd;
- met wie/in welke gevallen;
- wat vindt deze huisarts moeilijk aan samenwerken, wat plezierig.

Arts-assistent

Ontvangst hulpvraag via

- patiënt;
- omgeving patiënt;
- functionarissen.

Ontvangst hulpvraag binnen de kruisvereniging

- hoofd-wijkverpleegkundige;
- andere wijkverpleegkundige;
- diëtiste;
- huisarts;
- specialist;
- CB-arts;
- vertrouwensarts;
- maatschappelijk werk;
- nazorg ziekenhuis;
- verloskundige;
- fysiotherapie;
- pastor;
- gezins-, bejaardenverzorging;
- vrijwilligers.

Soorten hulpvraag

- lichamelijk;
- psychisch;
- sociaal;
- combinatie;
- welk „soort” komt binnen via de huisarts?
- verhouding curatief/preventief/positief binnen het werk.

Behandeling hulpvraag

- met patiënt/cliënt hulpvraag verhelderen;
- wel/niet op hulpvraag ingaan; waarom wel/niet;
- indien na consultatie: wie geconsulteerd;
- indien verwezen: naar wie.

Verwijzen

- naar wie;
- hoe vindt verwijzing plaats: mondeling/schriftelijk;
- hoe verwijst de huisarts naar de wijkverpleegkundige: mondeling/schriftelijk.

Informatie

- welke informatie geeft de huisarts door aan de wijkverpleegkundige;
- welke informatie geeft de wijkverpleegkundige door aan de huisarts;
- welke informatie vraagt/geeft de wijkverpleegkundige aan patiënt/familie en huisarts, en met betrekking tot wat.

Samenwerking

- overlegstructuur;
- incidenteel;
- van wie gaat het initiatief uit.

Consultatiebureau

- taakverdeling huisarts/CB-arts - wijkverpleegkundige;
- nabespreking: wel/niet;
- wat wordt er met de informatie gedaan.

Spreekuur

- telefonisch (thuis);
- wijkgebouw;
- welke vragen komen er, van wie en wat doet de wijkverpleegkundige ermee.