

Studie & loopbaan 2

MBO-scriptie | HBO-scriptie | Doctoraalscriptie
& Samenvatting Wetenschappelijk Onderzoek



JOHAN MEIJERING

Studie & loopbaan 2

1953 - 2000

Johan Meijering

Colofon

ISBN: 978 90 XXXX XXX

2021

© 2021 Johan Meijering

Samenstelling: Drs. J.L. Meijering

Deze publicatie is tot stand gekomen onder auspiciën van de Johan Meijering Stichting.

Inhoudelijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid ligt bij de auteur/samensteller.

Deze heeft alle mogelijke moeite gedaan om rechthebbenden van copyright/beeldrecht te achterhalen.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in geautomatiseerde gegevensbestanden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm op op welke wijze dan ook. zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteur/samensteller.

Type- en zetfouten voorbehouden.

Cultureel erfgoed

Op 25 november 2014 zijn diverse culturele activiteiten van Johan Meijering in de periode 1964-2020 door het Regionaal Historisch Centrum 'De Groninger Archieven' erkend als cultureel erfgoed. De archieven van Kuifje '64, International Police Association (IPA) en oprichting O.S.A. in de periode Leeuwarden én in de periode Groningen: Kijkbungalow Minerva, Kunst & Kunst, Kunsthuis De Permanente, stichting La Pasión, stichting Do, stichting Echt/Vals i.o., Altink Affaire II (kunstvervalsingszaak De Groninger Ploeg), La Nueva Pasión, stichting 'Staakt het Vuren' en 'Forum Groningen' zijn door Meijering aan dit historisch centrum geschonken. De archieven van al deze projecten zullen worden overgedragen en ondergebracht bij de 'Groninger Archieven' in het 'Archief Johan Meijering'. (19-03-1947). Ook het archief van de ouders van Johan Meijering, Willem Meijering (Zuidlaren, 23 februari 1919 Doetinchem, 13 juni 2004) en Dina Meijering-van Gelder (Beilen 17-09-1920 Roosendaal 01-06-1998) zijn door de erfgenamen in 2020 geschonken aan de 'Groninger Archieven' en zullen volgens de collectiebeheerder particuliere archieven op 7 mei 2020 eveneens worden opgenomen in het 'Archief Johan Meijering'.

STUDIE & LOOPBAAN 2

Inhoud

1 Samenwerkingsverband

Een studie betreffende samenwerking van instellingen, werkzaam op het gebied van Sociale dienstverlening in de gemeente Den Ham (O)

Cursus M.S.A 1971/1974 Zwolle, februari 1974

- 1.1 1973-11-09 Brief J.L. Meijering aan chef van de afdeling sociale zaken der gemeente Den Ham (O)
- 1.2 1974-03-29 Brief aan Burgemeester en Wethouders van Den Ham (O)
- 1.3 1974-03-29 Brief aan het bestuur van de 'Vereniging Het Groene Kruis', gevestigd te Vroomshoop (O)
- 1.4 1974-03-29 Brief aan het bestuur van de 'Vereniging Het Groene Kruis', gevestigd te Den Ham (O)
- 1.5 1974-05-07 Brief van het bestuur van de 'Vereniging Het Groene Kruis', gevestigd te Vroomshoop (O)
- 1.6 1974-05-14 Brief van de voorzitter van het bestuur van de 'Vereniging Het Groene Kruis', gevestigd te Vroomshoop (O)
- 1.7 1974-05-20 Brief van de heer J. Kleinrensink, Hervormd predikant in Den Ham (O)
- 1.8 1974-08-05 Brief van Hervormd predikant in Vroomshoop (O)

2 Samenwerken in de hulpverlening

Part-time opleiding Sociale Akademie Twente, 1973-1977
25-05-1977

3 InSa-project

Wetenschappelijk onderzoek

Inventarisatie samenwerkingsverbanden tussen Gezondheidszorg en Maatschappelijk Dienstverlening in Friesland deel 1: eindverslag van de eerste fase

26-11-1980

4 InSa-project

Samenvatting Wetenschappelijk onderzoek

Inventarisatie samenwerkingsverbanden tussen Gezondheidszorg en Maatschappelijk Dienstverlening in Friesland deel 3: samenvatting deel 1 en 2 en beleidsaanbevelingen

06-1981

Curriculum Vitae Johan Meijering

356

Verschenen boeken

361

STUDIE & LOOPBAAN 2

Scriptie 1974

SAMENWERKINGSVERBAND.

Een studie betreffende samenwerking van instellingen,
werkzaam op het gebied van de Sociale dienstverlening
in de gemeente Den Ham (0).

Cursus M.S.A. 1971/1974.
Cursusnummer 71.17.18.
Cursusplaats Zwolle.

Scriptie van: J.L. Meijering
Maatschappelijk werker afdeling
Sociale zaken der gemeente Den Ham (0).
't Sumpel 24
Den Ham (0).
tel. 05495 - 1919.

Februari 1974.

1 -

S A M E N W E R K I N G S V E R B A N D.

Een studie betreffende samenwerking van instellingen,
werkzaam op het gebied van de Sociale dienstverlening
in de gemeente Den Ham (0).

Cursus M.S.A. 1971/1974.
Cursusnummer 71.17.18.
Cursusplaats Zwolle.

Scriptie van: J.L. Meijering

Maatschappelijk werker afdeling
Sociale zaken der gemeente Den Ham (0).
't Sumpel 24
Den Ham (0).
tel. 05495 - 1919.

Februari 1974.

I N H O U D.

INLEIDING.

blz. 1

Hoofdstuk I. TERREINVERKENNING.

1. Afdeling sociale zaken ten gemeentehuize " 1
2. "Stichting Noord-Oost Overijssel CENTRUM
VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING EN
SOCIAAL CULTUREEL WERK", gevestigd te
Hardenberg. " 6
3. "Vereniging HET GROENE KRUIS", gevestigd " 11
te Vroomshoop."

Hoofdstuk II. WELZIJN EN WELZIJNSBELEID.

4. Begrip welzijn. " 14
5. Welzijn in ALGEMENE ZIN. " 14
Welzijn in ENGERE ZIN. " 14
6. Soorten welzijn. " 15
7. Welzijnswerk. " 15
8. Rol van de overheid . " 15
9. Initiatief. " 15

Hoofdstuk III. VORMEN VAN SAMENWERKING.-Algemeen-

10. Overleg. " 16
11. Verschillende vormen van samenwerking. " 17
12. Fundamentele argumenten voor samenwerking. " 17
13. Overleg in het kader der welzijnsbevor-
dering . " 18
14. Communicatie. " 18

Hoofdstuk IV. PLAATSELIJKE SAMENWERKING.

15. Bestaande instellingen in de gemeente
Den Ham. (0) " 19
16. Aanrakingspunten . " 20
17. Probleemstelling . " 20/21
18. Voorziening . " 22
19. Doel . " 22
20. Methode . " 22

Hoofdstuk V. WIJZE VAN ONDERZOEK.

21. Literatuur.	blz. 23
22. Mondelinge interviews.	" 23
23. Voorstel.	" 26
24. Oprichting "Funktionarissenkontakt".	" 27
25. Toekomstperspectief.	" 29

Hoofdstuk VI. SAMENVATTING EN KONKLUSIES. " 30/33

<u>LITERATUUR - OPGAVE.</u>	" 34/35
-----------------------------	---------

I N L E I D I N G.

Momenteel bestaat allerwege een aktuele belangstelling voor het scheppen van samenwerkingsverbanden tussen diverse instellingen, die zowel materiële - als immateriële hulp verlenen aan de mens; de mens - centraal staand in deze studie - , die streeft naar welzijns-participatie in de samenleving.

Met de zijns inziens vaak gebrekkige coördinatie aan de zijde van de instellingen werd de schrijver geconfronteerd tijdens zijn werkzaamheden als hoofdagent van gemeentepolitie te Leeuwarden en als maatschappelijk werker bij de afdeling sociale zaken van de gemeente Den Ham (0).

Deze scriptie beschrijft een poging tot samenwerking tussen maatschappelijk werkers der gemeente Den Ham (0), gezins- en bejaardenverzorging, algemeen maatschappelijk werk en medische zorg, zoals deze poging geëffektueerd is door het fungeren van de schrijver als "change-agent" vanuit een bestaande instelling (afdeling sociale zaken der gemeente Den Ham- 0).

I. TERREINVERKENNING.

De gemeente Den Ham kent ten behoeve van de geïndustrialiseerde woonkern Vroomshoop (per 1-1-1974 7.835 inwoners) en de agrarische woonkern Den Ham (per 1-1-1974 4.833 inwoners) diverse instellingen, die zich ten doel stellen om welzijnstekorten te elimineren.

Achtereenvolgens worden thans eerst de taken en doelstellingen beschreven van de instellingen, betrokken bij de poging tot de realisatie van een bepaalde vorm van samenwerking.

Andere instellingen worden vermeld in hoofdstuk IV, getiteld "plaatselijke samenwerking".

I. 1. Afdeling Sociale Zaken.

In Nederland bestaan er vrij grote variaties in de omvang en de taak van de gemeentelijke sociale diensten.

* Allereerst denken wij hierbij aan het bestaan van kleine, middelgrote en grote diensten.

* Voorts denken wij aan het verschil in organisatiestructuur tussen Gemeentelijke Sociale Diensten.

Meestal in grote gemeenten;

Beheersverordening vastgesteld door de gemeenteraad onder goedkeuring van Gedeputeerde Staten;

Direkteur rechtstreeks verantwoording schuldig aan het college van burgemeester en wethouders;

Eigen begroting en rekening;

Meestal eigen financiële zelfstandigheid en secretarie-afdelingen "sociale zaken".

Meestal in kleine gemeenten;

Afdeling ter gemeentesecretarie;

Chef onderworpen aan de instructies van de gemeentesecretaris;

Geen eigen begroting en rekening, maar begrotings-/rekeningstechnisch ingepast in de algemene gemeentelijke dienst.

- * Vervolgens bestaan er verschillen in het ambtenarenapparaat, onder andere qua
- DESKUNDIGHEID (OPLEIDING);
 - PERSONEELSBEZETTING ;
 - INHOUDELIJK FUNCTIONEREN (mate van bijvoorbeeld immateriële hulpverlening);

- * Ten aanzien van het cliëntensysteem denken wij onder anderen aan:
- het CLIËNTENBESTAND;
 - de AARD VAN DE PROBLEMATIEK;
 - de SAMENLEVINGSSTRUKTUUR
(agrarisch of industriëel).

Bovendien willen wij opmerken, dat de taken van de gemeentelijke sociale diensten/secretarie-afdelingen "sociale zaken", PRIMAIR gericht zijn op de MATERIELE hulpverlening, doch krachtens de Algemene Bijstandswet 1) ook immateriële hulp kunnen bieden.

De gemeente Den Ham kent een afdeling sociale zaken met 6 functionarissen (per 1-1-1974), te weten een chef van de afdeling; drie maatschappelijk werkers, waarvan één waarnemend chef van de afdeling; twee administratieve ambtenaren.

De doelstelling van een afdeling sociale zaken kunnen wij met wijlen drs. Kaan (destijds directeur Gemeentelijk Sociale Dienst te Amsterdam) formuleren als "het zich richten van de sociale zorg op de in sociale nood verkerenden om hen zo snel en zo duurzaam mogelijk een zodanige plaats in de samenleving te geven, dat deze zich onafhankelijk van overheidshulp kan handhaven en zolang dit niet mogelijk is een bestaan te geven, dat aan de algemeen erkende eisen van het geldende LEVENSMINIMUM voldoet".

Het TAKENPAKKET van de gemeentelijke sociale zorg omvat - Algemeen -: 2)

A. Materiële hulpverlening.

1. Verlening van bijstand krachtens de "Algemene Bijstandswet". (A.B.W.)

De uitvoering van deze wet vormt wel de grootste post bij de afdeling sociale zaken.

2. Uitvoering rijksgroepsregelingen.

Bestemd voor:

- a. oorlogsslachtoffers 1940-1945.
- b. gerepatrieerden.
- c. Ambonezen.
- d. Werkloze werknemers.
- e. mindervaliden.
- f. zelfstandigen.

- 1)" 1. Burgemeester en wethouders doen zo nodig aan iedere Nederlander, hier te lande, voorlichting verlenen ten aanzien van de mogelijkheden van dienstverlening.
2. Desgewenst doen zij hem bemiddeling verlenen tot het verkrijgen van dienstverlening door kerkelijke of particuliere instellingen of personen, dan wel door de overheid.
3. Daarbij wordt zoveel mogelijk overeenkomstig zijn redelijke wensen gehandeld."

"Algemene Bijstandswet"-tekstuitgave-blz. 6.

3. Wet Werkloosheidsvoorziening (W.W.V.)

Bestemd voor die werklozen, die geen uitkering krachtens de Werkloosheidswet (W.W.) ontvangen.

De uitkering bedraagt maximaal 75 % van het dagloon, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twee jaar.

4. Beeldende Kunstenaarsregeling.

B. Sociale Werkvoorziening.

Vanaf 1 januari 1969 werden de werknemers grotendeels verworven uit cliënten van de afdeling sociale zaken. De laatste tijd blijkt, dat deze niet alleen meer het "toeleveringsbedrijf" is.

C. Sociale Dienstverlening.

1. Voorlichting en bemiddeling op grond van artikel 2 van de Algemene Bijstandswet.
2. Maatschappelijk werk.

De cliënt ontvangt van de overheid hulp, indien hij geen hulp van het kerkelijk of particulier initiatief wenst.

- interpretatie

D. Andere taken.

1. Vrijstelling omroepbijdragen.
2. Pré-advisering omtrent ziekenfondspremie voor bejaarden.
3. Rapportage ten behoeve van derden.

Bijvoorbeeld voor andere gemeenten, woningstichting, kinderrechter.

E. Beleidsfuncties.

Onder anderen advisering aan het gemeentebestuur inzake het sociaal beleid, waaronder subsidiëring aan instellingen werkzaam op het sociale terrein;

het verrichten van sociale onderzoeken en het participeren in de samenlevingsopbouw. 2)

- 2) "De gemeentelijke sociale dienst nu"- blz. 13, 14, 15, 16.

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1971	1973
<u>AANVRAGEN OM BIJSTAND.</u>								
inclusief Rijksgroepsrege- lingen (ingevolge art. 22 A.B.W.)	296	305	459	381	389	451	409	
VERWIJZINGEN (art. 2, lid 2 A.B.W.)	34	36	64	54	48			
IMMATERIELE HULPVERLENING door Sociale Zaken.	8	5	22	8	9			

3)

Noot: Vanaf 1971 worden door het "BUREAU VOOR DE STATISTIEK", gevestigd te 's-Gravenhage op de statistiekformulieren geen gegevens meer gevraagd over het aantal gevallen waarin bemiddeling tot het verkrijgen van dienstverlening als bedoeld in artikel 2, lid 2 der Algemene Bijstandswet werd verstrekt.

3) "Statistieken van de Algemene Bijstandswet" - 1966 t/m 1973.

I 2. "Stichting Noord-Oost Overijssel
CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING
EN SOCIAAL CULTUREEL WERK".

Bij deze stichting , bestaande uit:

- 1e. Afdelingen voor ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK;
- 2e. Afdelingen GEZINSVERZORGING;
- 3e. ADMINISTRATIE.

werken 638 personen in loondienst (1-1-1974).

MAATSCHAPPELIJK WERK.

De term "maatschappelijk werk" wordt tegenwoordig gebruikt om er het methodisch handelen van daartoe opgeleide c.q. in opleiding zijnde beroepskrachten mee aan te geven.

Maatschappelijk werk wordt uitgeoefend in zeer uiteenlopende instellingen en organisaties.

Vanuit het maatschappelijk werk hebben zich diverse methodieken ontwikkeld.

Wij denken hierbij naast het individueel maatschappelijk werk een groeps-maatschappelijk werk, opbouwwerk, sociale aktie, waarbij gesteld kan worden dat deze methodieken niet los van elkaar gezien kunnen worden.

Het DOEL van het maatschappelijk werk kan als volgt worden weergegeven:

"De mens in onze onoverzichtelijke samenleving bewust te maken van zijn mogelijkheden door middel van bepaalde methodieken via professionele krachten".

GEZINSVERZORGING.

Momenteel heeft elke gemeente of regio een instelling voor gezinsverzorging al of niet gecombineerd met een instelling voor maatschappelijk werk.

Juist de laatste jaren komen door schaalvergrotingsprocessen veel gecombineerde instellingen tot stand.

Hulp kan worden gegeven op MEDISCHE - en SOCIALE gronden. Is de moeder in het geheel niet in staat te werken, dan wordt hulp verstrekt door inschakeling van een GEZINSVERZORGSTER. Deze vervangt de moeder in haar gehele huismoederlijke taak (verzorging huisgezin, opvoeding).

Heeft de moeder alléén assistentie nodig, dan wordt er een

GEZINSHULP geplaatst. Deze assisteert de moeder.

Dient er hulp te worden verstrekt aan een bejaard echtpaar of alleenstaande bejaarde, dan komt er een BEJAARDENHELPSTER (meestal een gehuwde part-time kracht).

Nog afgezien van het belangrijke takenpakket van de gezinsverzorging, is deze instelling een "SIGNALERINGSAPPARAAT" van grote betekenis.

Wij zijn er echter van overtuigd, dat deze sector van de maatschappelijke dienstverlening helaas tegenwoordig nog onvoldoende gewaardeerd wordt.

De "stichting Noord-Oost Overijssel CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING EN SOCIAAL CULTUREEL WERK", is op 28 januari 1969 opgericht. In deze instelling participeren de Nederlands Hervormde -, de Gereformeerde -, de Christelijk-Gereformeerde-, de Rooms-Katholieke-, en Baptistengroeperingen in Noord-Oost Overijssel en Noord-Salland.

De stichting stelt zich ten doel,

het bevorderen en uitvoeren van maatschappelijke dienstverlening en sociaal cultureel werk in de ruimste zin, ten behoeve van de bevolking in Noord-Oost Overijssel. 4)

Takenpakket:

De stichting tracht haar doel te bereiken door:

- a. Het verlenen van hulp aan personen, gezinnen en groepen;
- b. Het stimuleren en het begeleiden van initiatieven;
- c. Het stimuleren van- en het hulp verlenen aan instellingen, verenigingen en groepen wier activiteiten overeenkomen met de doelstelling van de stichting;
- d. Het coördineren van de activiteiten van de onder c genoemde instellingen, verenigingen en groepen;

4) Statuten "Stichting Noord-Oost Overijssel" - artikel 2.

- e. Het voeren van overleg met de overheid, het bevorderen van overleg en het tot stand brengen van samenwerking tussen de onder c genoemde instellingen, verenigingen en groepen onderling en de overheid;
- f. Het aanstellen van deskundige krachten;
- g. Het verrichten van al die werkzaamheden en het toepassen van die wettige middelen en werkwijzen welke strekken tot het bereiken van het gestelde doel. 5)

Vanuit de dependance in Vroomshoop werken momenteel
2 maatschappelijk werksters (vanaf 1-4-1973 één vakature)
4 leidsters gezinsverzorging;
12 gezinsverzorgsters;
19 gezinshelpsters ;
57 bejaardenhelpsters (voornamelijk part-time);
in de gemeente den Ham (0).

5) Statuten van de "Stichting Noord-Oost Overijssel"-
artikel 3.

AFDELING MAATSCHAPPELIJK WERK.

Aantal hulpeenheden:

Werkgebied Zuid. Den Ham/Daarle/Daarlerveen.

	1972	1973
In behandeling.	28	37
Nieuwe aanmeldingen	52	65
	<hr/>	<hr/>
	80	102
Afgesloten kontakten.	41	
Verwijzingen	2	

18 personen uit Den Ham en Vroomshoop kwamen in 1973 op eigen initiatief in kontakt met de afdeling maatschappelijk werk.

6)

6) "Stichting Noord-Oost Overijssel", jaarverslag 1972 -
blz. 14, 15.

GEZINSVERZORGING.

Overzicht totaal gewerkte uren in Den Ham en Vroomshoop.

	1967	1968	1969	1970	1971	1972
NIET BEJAARD-tijdelijk					20.347 $\frac{1}{2}$	15.417 $\frac{1}{2}$
NIET BEJAARD-langdurig					29.290	36.688 $\frac{1}{2}$
BEJAARD					17.897	16.712 $\frac{1}{2}$
T O T A A L:	32.686 $\frac{1}{2}$	30.009 $\frac{1}{2}$	43.655	61.413	67.534 $\frac{1}{2}$	68.818 $\frac{1}{2}$

7)

7) "Stichting Noord-Oost Overijssel"-
jaarverslag 1972, blz. 21, 22, 23, 24.

I 3. "VERENIGING HET GROENE KRUIS,
gevestigd te Vroomshoop."

In de gemeente Den Ham bestaan twee autonome verenigingen van "Het Groene Kruis", namelijk

1. de "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Den Ham", alwaar twee wijkverpleegkundigen werkzaam zijn in en rondom de woonkern Den Ham;
2. de "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop", alwaar twee wijkverpleegkundigen; één wijkverpleegster, alsmede één wijk-ziekenverzorgster, werkzaam zijn in en rondom de woonkern Vroomshoop.

De woonkernen Den Ham en Vroomshoop liggen ongeveer zes kilometer van elkaar verwijderd.

Beide verenigingen hebben een eigen wijkgebouw.

De funktionarissen van beide instellingen hebben weinig contacten met elkaar.

"De gezondheidszorg 8) beperkt zich al lang niet meer tot het behandelen van zieken of het voorkomen van besmettelijke ziekten. Het is allengs duidelijk geworden, dat er een wisselwerking bestaat tussen de mens en zijn omgeving en dat deze omgeving de mens (óók de zieke mens) beïnvloedt.

Voor de gezondheidszorg werd daarom deze omgeving van betekenis: de sociale geneeskunde welke niet alleen oog heeft voor de lichamelijke en/of geestelijke toestand van het individu, maar tevens tracht zijn omgeving zodanig te beïnvloeden, dat deze zijn welzijn ten goede komt, ontwikkelde zich.

Volksgezondheid is door deze ontwikkeling tot een verzamelnaam geworden van talrijke activiteiten met uiteenlopende inhoud; van milieuhygiëne tot revalidatie, van verpleging tot geluidshinder, van ziekenhuiswezen tot woningbouw voor minder-valide bevolkingsgroepen.

Een voorzieningenstelsel met paramedische aspecten, dat wil bevorderen, dat gehandicapte en zieke personen zich zolang en zo goed mogelijk (in hun eigen milieu) kunnen handhaven, wordt tegenwoordig wel als

MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG aangeduid: hiertoe wordt ondermeer ook het KRUISWERK gerekend". 8)

"Daar de maatschappelijke gezondheidszorg aansluit op de medische behandeling is samenwerking met andere dienstverlenende instituten noodzakelijk, daar de wijkverpleegsters door het werk in en rond het gezin veel vertrouwen ontvangen en daardoor op de hoogte komen van eventuele moeilijkheden, die niet op het medische- en of verzorgende vlak liggen.

Verwijzing is dan meestal de juiste weg, of minstens samenwerking met een andere deskundige". 9)

"Maatschappelijke gezondheidszorg kunnen wij met drs. A.C.I. Brand formuleren als

"Het in georganiseerd verband uitoefenen van die zorg in de samenleving, in en rond het gezin, ter bevordering van gezondheid en ter bestrijding en vermijding van de ziekten". 10)

"In het kader van de versterking van de eerstelijnszorg zal door de regering op korte termijn vooral aandacht worden besteed aan de herstructurering van de kruisorganisaties.

Dit naast het reeds genoemde voornemen om door middel van de daartoe geëigende maatregelen de totstandkoming van wijkgezondheidscentra te bevorderen. In de zogenoemde thuisgezondheidszorg, die vanouds door de kruisverenigingen wordt behartigd, zal gekomen moeten worden tot de formering van districtsteams. Hiertoe zal een vrij ingrijpende herstructurering van de kruisorganisaties noodzakelijk zijn. Over de nadere uitwerking hiervan en over de gevolgen die een en ander zal hebben voor de opbouw en het werk van de kruisverenigingen op landelijk, provinciaal en plaatselijk niveau, is overleg met de kruisorganisaties geopend".

11)

De vereniging stelt zich ten doel:

- a. de praktische toepassing der gezondheidsleer en de verbreiding van kennis dienaangaande te bevorderen;
- b. de ziekenverpleging in het algemeen en de huiselijke ziekenverpleging in het bijzonder te verbeteren;
- c. de bestrijding der tuberculose als volkziekte onder alle lagen der bevolking, zonder onderscheid van godsdienst of politieke richting;
- d. de bevordering van de hygiëne van moeder en kind. 12)

8) "De gemeentelijke sociale dienst in toekomstperspectief" - blz. 39/40.

9 en 10) Opleiding M.S.A.-"Sociale Kaart"- blz. 10.

11) "Sociaal bestek"-blz. 70.

TAKENPAKKET:

De vereniging tracht haar doel te bereiken door:

- a. het uitlokken en ondersteunen van maatregelen, door het openbaar gezag genomen in het belang der volksgezondheid;
- b. het verlenen van haar medewerking tot het ontsmetten en reinigen van roerende en onroerende goederen;
- c. het tot stand brengen en ondersteunen van instellingen ten behoeve der volksgezondheid;
- d. het geven van onderwijs in hygiëne, ziekenverpleging, kraamverpleging, het verlenen van eerste hulp bij ongelukken, het houden van voordrachten en lezingen en verspreiden van geschriften over gezondheidsbelangen, inzonderheid over de tuberculose en haar bestrijding;
- e. het uitoefenen van geregeld deskundig hygiënisch en prophylactisch toezicht in de woningen der tuberculoselijders;
- f. het nemen en bevorderen van maatregelen, die dienstig kunnen zijn om de verspreiding van tuberculose in het huisgezin en in werkplaatsen, scholen en alle voor het publiek toegankelijke plaatsen tegen te gaan;
- g. het bevorderen van doeltreffende geneeskundige behandeling van tuberculoselijders;
- h. de bevordering van een goede kraamverzorging;
- i. het verspreiden van goede begrippen omtrent de verzorging van moeder en kind;
- k. het bevorderen van zuigelingenbescherming, kleuterzorg en zorg voor het oudere kind;
- l. het aanschaffen, beschikbaar stellen en overeenkomstig de eischen der hygiëne doen bewaren en gebruiken van materiaal voor bakers, huisverzorgsters, enz., ten einde hulp en raad te brengen ter verbetering der huiselijke ziekenverpleging en ter bevordering ener hygiënische leefwijze;
- n. het toepassen van alle wettige middelen, welke aan haar doel bevorderlijk zijn. 13)

12) Statuten "Vereniging het Groene Kruis gevestigd te Vroomshoop" - artikel 1.

13) Statuten "Vereniging Het Groene Kruis gevestigd te Vroomshoop" - artikel 2.

	1970	1971	1972	1973
<u>AANTAL BEZOEKEN:</u>				
Verpleegbezoeken	1.767	2.140	2.492	2.685
Prenatale zorg	29	65	75	84
Zuigelingen­zorg	1.161	1.044	1.148	1.002
Kleuterzorg	554	625	643	852
Overige bezoeken	232	230	425	320
Bejaardenzorg	61	65	240	269
T.B.C.-bestrijding	24	64	34	66
Rheuma - bestrijding	16	24	26	31
Kanker - "	4	9	13	22
Revalidatie	-	22	21	25
Geestelijke Gezondheidszorg.	10	9	12	6
<u>T o t a a l</u>	<u>3.858</u>	<u>4.297</u>	<u>5.129</u>	<u>5.362</u>
Spreekuur (aantal personen)	436	584	415	401
Hoogtezon	472	402	339	119
Uitgeleende artikelen	1.104	861	826	909
Assistentie sportkeuringen	27	6	14	14
Begeleiding bejaardentochten	4	2	4	6
Assistentie Roode Kruis	-	1	1	-
<u>ZUIGELINGENBUREAU:</u>				
Zittingen	46	48	49	48
Consulten	1.581	1.603	1.490	1.531
Nieuw ingeschrevenen	185	161	142	179
<u>KLEUTERBUREAU:</u>				
Zittingen	37	41	29	44
Consulten	309	496	182	392
Nieuw ingeschrevenen	133	145	137	164

14)

HOOFDSTUK II.

WELZIJN EN WELZIJNSBELEID.

Zowel bij INDIVIDUEN als bij GROEPEN vindt men welzijnstekorten of behoeften, waarin moet worden voorzien.

Het begrip "WELZIJN" wordt door diverse personen verschillend geïnterpreteerd.

Het begrip "welzijn" kan men als volgt definiëren: 15)

"Een toestand waarin leden van een kollektiviteit (gezin, groep, buurt, wijk, gemeente, regio, land, bevolkingscategorie) VOLDOENING ervaren in de totaliteit van diverse belangrijke individuele en gezamenlijke facetten van hun leven."

* Welzijn in ALGEMENE ZIN wordt bereikt door al het OVERHEIDSBELEID althans men denkt dat het bijdraagt tot vergroting van het welzijn.

* Welzijn in ENGERE ZIN wordt vooral gerealiseerd via de ministeries van sociale zaken en volksgezondheid, onderwijs en wetenschappen, volkshuisvesting en ruimtelijke ordening, landbouw en visserij, binnenlandse zaken, cultureel- en maatschappelijk werk.

Met WETGEVING op het gebied van maatschappelijk- en cultureel welzijn, wordt het volgende beoogd:

- a. planmatige- en systematische voorbereiding van maatschappelijk- en cultureel welzijnsbeleid - op gemeentelijk - , provinciaal- en REGIONAAL niveau.
- b. beleidsvoorbereiding door samenspraak van PARTICULIERE ORGANISATIES EN OVERHEID in functionele raden". 15)

15) "Aanvullende lesstof cursus M.S.A."

SOORTEN WELZIJN:

Welzijn wordt wel opgesplitst in :

- a. lichamelijk en geestelijk welzijn.
- b. materieel welzijn (WELVAART).
- c. ruimtelijk welzijn (LEEFBAARHEID).
- d. maatschappelijk- en cultureel welzijn.

WELZIJNSWERK.

"Welzijnswerk kan men omschrijven als al die vormen van maatschappelijke arbeid die beogen de mensen te helpen hun problemen, die zij in de samenleving hebben, op te lossen en tot een betere, meer volledige ontplooiing als mens te komen." 16)

R O L V A N D E O V E R H E I D. 17)

"De overheid heeft terzake van de welzijnsbevordering een eigen verantwoordelijkheid. Voor de vormgeving van de welzijnsbevordering zal en door de overheid en door het particulier initiatief een beroep gedaan moeten worden op de in de samenleving beschikbare middelen van overheid en particulier initiatief.

De verantwoordelijkheid van de overheid strekt zich in principe uit tot het gehele terrein van de welzijnsbevordering en daarbuiten.

Verantwoordelijkheid van de overheid behoeft een vrijwillig aanvaarde verantwoordelijkheid van het particulier initiatief terzake van de welzijnsbevordering echter niet uit te sluiten.

Juist in verband met het streven naar een optimaal welzijn zal behoeftenpeiling noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld via onderzoek) en zal een OPTIMALE BEHOEFTEVOORZIENING GEORGANISEERD MOETEN WORDEN". 17)

INITIATIEF:

In verband met de thans heersende gedachte, dat van de overheid een zeer actieve rol wordt verwacht in alle zaken die het welzijn van de gemeenschap en die van de burger betreffen, kan een afdeling

16) "Welzijn in welvaart" - blz. 74.

17) "Samenwerkingsverbanden bij de Gemeentelijke Sociale Diensten"-
blz. 12 en 21.

sociale zaken door zijn aard, een geëigend instituut zijn om initiatieven op het terrein van de welzijnsbevordering te nemen, voorzover niet daarin door het particulier- en kerkelijk initiatief in voldoende mate wordt voorzien.

In vele gemeenten heeft een afdeling sociale zaken initiatieven op het terrein van de welzijnsbevordering ontplooid.

Deze initiatieven zijn begrijpelijk indien men zich realiseert dat deze afdelingen een verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van het sociale beleid.

"De gemeentelijke overheid 18) kan haar verantwoordelijkheid op het terrein van de sociale dienstverlening tot uitdrukking brengen door:

- het verrichten van onderzoek of het stimuleren daartoe;
- het activeren van kerkelijke- en particuliere instellingen om bepaalde taken ter hand te nemen;
- het verlenen van subsidie en de hiermede samenhangende controle;
- het beschikbaar stellen van deskundigen in de eerder genoemde rollen;
- het beschikbaar stellen van het administratieve apparaat;
- het zelf ter hand nemen van de uitvoering van bepaalde voorzieningen."

18)

HOOFDSTUK III.

VORMEN VAN SAMENWERKING.-Algemeen.- 19)

"In hoofdstuk II werd reeds geconstateerd dat veel instellingen, organen en verenigingen zich bezighouden met het welzijn van de individuele mens en groepen van personen.

Geconcludeerd mag derhalve worden dat de begrippen "overleg" en "samenwerking" wezenlijk verbonden moeten worden aan "welzijnsbevordering". Daarbij kan in de eerste plaats worden opgemerkt, dat vorenvermelde begrippen elkaar niet dekken.

OVERLEG:

Overleg kan plaatsvinden zonder dat men iets van zichzelf (of van de

18) "De gemeentelijke sociale dienst nu" - blz. 62.

instelling) prijsgeeft.

Overleg kan leiden tot een gemeenschappelijke stellingname ten opzichte van een bepaald vraagstuk.

"Het is mogelijk, dat uit overleg SAMENWERKING voortvloeit. Deze samenwerking kan verschillende gestalten krijgen, bijvoorbeeld:

a. Men kan de werkzaamheden OP ELKAAR AFSTEMMEN.

De deelnemende organisaties behouden hun zelfstandigheid.

Hier is sprake van COMMUNICATIE.

b. Men kan bepaalde werkzaamheden onderbrengen in een NIEUW WERKVERBAND. dat onder gezamenlijk bestuur staat.

Met betrekking tot het deelgebied waar de samenwerking betrekking op heeft, verliezen de participerende organisaties een deel van hun autonomie.

Hier is sprake van een coöperatie.

c. De organisaties kunnen alle werkzaamheden samen uitvoeren.

Hier is sprake van INTEGRATIE." 19)

FUNDAMENTELE ARGUMENTEN VOOR SAMENWERKING.

Als fundamentele argumenten voor samenwerking bestaan er zowel

A ideologische - als

B Pragmatische aspecten.

A. Ideologische aspecten betreffen de konkretisering van het "WELZIJN" aan de BASIS.

19) "Samenwerkingsverbanden bij de gemeentelijk sociale diensten" -

In navolging van het interimrapport van de werkgroep "Regionalisatie" van de "Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn", "Het Nationaal Centrum voor geestelijke volksgezondheid" en de "Stichting Landelijke Kruisverenigingen", noemen we: 20)

- " 1. de bevolking moet gemakkelijk vertrouwd raken met welzijnsvoorzieningen aan de basis.
2. de rechtstreekse dienstverlening dient zo dicht mogelijk bij het publiek gebracht te worden.
3. de bevolking kan men het beste op regionaal (of gemeentelijk) niveau bij sociale planning betrekken."

B. Pragmatische aspecten betreffen de "EFFICIENCY", ORGANISATIE, "GOODWILL". In navolging van vorenvermeld interimrapport noemen we:

- " 4. er moet meer inzicht komen in de wijze waarop het welzijnswerk effectief wordt georganiseerd en tegelijkertijd overzichtelijk aan de bevolking wordt gepresenteerd.
5. het management moet zo dicht mogelijk bij de rechtstreekse dienstverlening worden gesitueerd." 20)

"Overleg in het kader van de welzijnsbevordering is echter een moeilijke zaak.

De bij het overleg veronderstelde partners zijn veelal zeer ongelijk naar visie en gemotiveerd tot deelname, van middelen en mankracht; van ontwikkelingsfase en - tempo; naar plaats en status in de samenleving; naar belangen, draagkracht, besluitvaardigheid en competentie."

21)

Dat het vorenvermelde een structureringsproces is, dat veel tijd en en inspanning vergt en NIET ALLEEN VANUIT DE OVERHEID kan geschieden is volgens mij buiten twijfel.

Ten aanzien van het onderwerp van dit werkstuk gingen mijn gedachten uit naar een vorm van samenwerking, vermeld op pagina 17 onder a, waarbij de werkzaamheden op elkaar worden afgestemd of met andere woorden sprake is van COMMUNICATIE.

20) "Het Orgaan"- blz. 3.

21) "Samenwerkingsverbanden bij de Gemeentelijke Sociale Diensten". - blz. 15.

Vanuit deze gedachtengang wordt deze scriptie verder geschreven.

Het woord "communicatie" behoeft mijns inziens een nadere uitleg. Onder deze term kan men verstaan:

"De totale som aan informatie met betrekking tot gevoelens, houdingen en wensen, zowel indirect als direct meegedeeld, zowel bewust als onbewust. (Elliott Jacques)". 22)

"Het gaat dus om de mededeling en verspreiding van informatie, welke voor alle betrokkenen in meer of mindere mate van belang is. Met andere woorden:

GEDACHTENWISSELING, VERSTANDHOUDING.

Het is van groot belang als mensen samen leven of werken, dat ze van elkaar weten waar ze het over hebben". 23)

H O O F D S T U K I V.

P l a a t s e l i j k e s a m e n w e r k i n g.

Op gemeentelijk niveau treffen wij een groot aantal min of meer zelfstandige instituten, organen, verenigingen of instanties ("MACHTS-CENTRA") aan, welke zich ten doel stellen om WELZIJNSTEKORTEN te elimineren.

BESTAANDE INSTELLINGEN IN DE GEMEENTE:

In de gemeente Den Ham vindt men onder anderen:

- a. "Vormingscentrum bedrijfsjeugd Vroomshoop".
- b. "Stichting Jeugdzorgwerk Vroomshoop."
- c. "Regionale Stichting Gecoördineerd Welzijnswerk Ouderen den Ham e.o."
- d. "Stichting Noord-Oost Overijssel CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING EN SOCIAAL CULTUREEL WERK."
- e. "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop."
- f. "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te den Ham."
- g. Afdeling sociale zaken ten gemeentehuize.

AANRAKINGSPUNTEN:

Naar mijn mening hebben de onder d, e, f en g vermelde instellingen een aantal aanrakingspunten.

De functionarissen van deze instellingen worden ieder vanuit hun eigen invalshoek geconfronteerd met materiële- en immateriële problemen.

Het komt in de praktijk dan ook veelvuldig voor, dat de functionarissen van deze verschillende instellingen elkaar ontmoeten in de hulpverlening ten aanzien van dezelfde personen - gezinnen - en groepen van personen. Vanuit dit gezichtsveld is een goed samenspel tussen hulpverleners noodzakelijk.

Uit het takenpakket en de doelstelling van deze instellingen, vermeld in hoofdstuk II blijkt, dat door deze instellingen dienstverlening aan de bevolking in de ruimste zin, nog breder aangegeven: het behartigen van een stuk "Sociaal welzijn" wordt verleend.

PROBLEEMSTELLING.

Samenwerking betreffende zowel de materiële - als immateriële hulpverlening tussen de functionarissen van de onder d, e, f en g vermelde instellingen vindt naar mijn mening ONVOLDOENDE plaats en kan vergroot c.q. verbeterd worden.

Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van het navolgende schema, waarin de samenwerking tussen de instellingen d, e, f en g tot voor kort bloksgewijs is weergegeven.

		d	e	f	g
"Stichting Noord-Oost Overijssel"	= d	E		A	A
"Groene Kruis Vroomshoop"	= e		E		
"Groene Kruis Den Ham"	= f	A		E	A
Afdeling Sociale Zaken	= g	A		A	E

E = eigen instelling

A = andere - samenwerkende instelling.

De samenwerking tussen functionarissen van de instellingen vermeld onder d, f en g bestaat voornamelijk door middel van het "Home-team" in de woonkern den Ham.

Dit team komt één keer per maand bijeen en bestaat uit:
 drie plaatselijke huisartsen;
 twee wijkverpleegkundigen - instelling f -;
 twee leidsters gezinsverzorging en
 twee maatschappelijk werksters - stichting d-;
 één maatschappelijk werker - instelling g -.

DOEL: EENVORMIGE WERKWIJZE door gezamenlijk overleg.

De functionarissen van de instellingen d en g, hebben regelmatig contacten met elkaar.

Zowel materiële problemen, zoals informatie over de retributie gezinsverzorging/Algemene Bijstandswet, als immateriële van individuen - gezinnen - groepen, worden wederzijds bespreekbaar gesteld.

Dit gebeurt echter in onvoldoende mate.

V O O R Z I E N I N G.

Er dient een werkbaar geheel gekreëerd te worden in de vorm van een kontaktorgaan, in ieder geval bestaande uit funktionarissen van de in dit hoofdstuk onder d, e, f en g vermelde instellingen.

D O E L:

Hulpverlening op elkaar afstemmen;

Elkaars werkmethode leren kennen;

Uitwisselen van werkervaringen;

Voorleggen van werkplannen en maken van konkrete afspraken ten aanzien van VERWIJZINGEN;

Zowel gesignaleerde materiële- als immateriële problemen bespreekbaar stellen met andere funktionarissen - deskundigen - introducees;

Gegevens verzamelen om te gebruiken bij het bewustmakingsproces van de kollektieve voorzieningen, dit alles

IN HET BELANG VAN DE CLIENT.

M E T H O D E.

Als een methode kan het begrip "GROEPSDISCUSSIE" gehanteerd worden waaronder is te verstaan:

" Een proces van georganiseerd samendenken in een beperkte groep van gelijkgerechtigde personen, die samenkomen om door middel van het gesproken woord een onderwerp van GEMEENSCHAPPELIJKE BELANGSTELLING te bespreken". 24)

"In zo'n gesprek kan de nadruk gelegd worden op het verwerven van inzicht, het vinden van oplossingen ten aanzien van problemen of het ontwerpen van een actieplan.

Bij discussie die over problemen handelen, waarvoor oplossingen gezocht moeten worden of actieplannen uitgewerkt is het doel altijd het oplossen van een probleem." 25)

"Experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat groepen beter goede oplossingen vinden dan enkelingen."

Het groepsdenken is productiever omdat het meer is dan de som van het individuele denken der leden:
het is er het product van.

De interactie in de groep biedt er meer kansen toe dat slechte argumenten en voorstellen tijdig erkend en verworpen en betere gekozen worden." 26)

De beoogde voorziening - geregelde groepsdiscussies - is tevens een uitstekend middel om collega's van andere instellingen te leren kennen.

HOOFDSTUK V.

WIJZE VAN ONDERZOEK.

A. LITERATUUR.

Bij het onderzoek naar de samenwerking tussen functionarissen van de in het vorige hoofdstuk genoemde instellingen is in de hoofdstukken 1 t/m IV gebruik gemaakt van theoretische- en praktische aspecten uit bestaande literatuur.

B. MONDELINGE INTERVIEWWS.

Door middel van mondelinge interviewws is getracht de eerdervermelde probleemstelling te onderzoeken.

Dit onderzoek strekte zich uit over de periode van 1 september 1973 tot 15 november 1973 en werd opgebouwd in verschillende fasen.

Dit wordt beknopt in chronologische volgorde weergegeven.

Ad I. In verband met het onderzoek werd vanaf 18 september 1973 deel-
genomen aan het reeds jaren bestaande "Home-team" in de woonkern
Den Ham.

Ad II. Tijdens de onderzoeksperiode werden individuele mondelinge inter-
views gevoerd met de naaste collega's en vervolgens met functio-
narissen van de instellingen d, e en f.

Er bleek een duidelijke behoefte te bestaan aan betere kontakten.

Incidentele kontakten vonden in januari 1973 plaats tussen funktio-
narissen van de "Stichting Noord-Oost-Overijssel " (d);
afdeling sociale zaken Den Ham (g);
afdeling sociale zaken Vriezenveen, -----
alsmede tussen funktionarissen van de
"Stichting Noord-Oost Overijssel" (d);
"Groene Kruis Vroomshoop" (e).

Deze kontakten zijn niet gekontinueerd.

Ad III. Hierna werden mondelinge interviews gevoerd met alle funktiona-
rissen per instelling. Het resultaat kan als volgt worden
weergegeven:

1e. "Vereniging "Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop". (e)

Datum: 18 oktober 1973.

Kernpunten: a. Tot op heden geen samenwerking met andere
instellingen;

b. Duidelijk ISOLEMENT aanwezig;

c. Samenwerking met beide plaatselijke huis-
artsen is voor verbetering vatbaar;

- d. Behoeftte aan uitleg Algemene Bijstandswet;
- e. Zeer positief ten opzichte van eventuele oprichting van een "Funktio-
narissenkontakt". Hieraan dient dan ook deel te nemen de "Vereniging het Groene Kruis, gevestigd te den Ham".

2e. "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Den Ham". (f)

Datum: 22 oktober 1973.

- Kernpunten:
- a. Samenwerking met plaatselijke huisartsen en sociale zaken uitstekend (via "Home-team");
 - b. Samenwerking met andere instellingen voldoende;
 - c. Zeer positief ten opzichte van eventuele oprichting van een "Funktio-
narissenkontakt".
Vormgeving: "INSTUIF".

3e. "Stichting Noord-Oost Overijssel". (d)

Datum: 24 oktober 1973.

- Kernpunten:
- a. Tot op heden geen samenwerking met "Het Groene Kruis" te Vroomshoop;
 - b. Samenwerking met de afdeling sociale zaken tot op heden NIET optimaal;
 - c. Onbekend wat men van sociale zaken kan verwachten;
 - d. Samenwerking met andere instellingen voldoende.

- e. Alvorens deel te nemen in een "Funktionarissenkontakt" is een bijeenkomst met de afdeling sociale zaken (g) noodzakelijk.
Doel: Beter op de hoogte te komen van ieders werkmethode.

4e. Bijeenkomst tussen de instellingen d en f.

Datum: 29 oktober 1973.

Kernpunt: Wederzijdse toelichting op elkaars werkmethode (n).

C. Voorstel.

- ad. 1. Na beëindiging van iedere groepsbespreking werd voorgesteld een "Funktionarissenkontakt" op te richten tussen alle funktionarissen van de onder d, e, f en g vermelde instellingen. dat minimaal één keer per maand bijeenkomt en waarbij uitbreiding met andere funktionarissen, onder andere pastores en doktoren, alsmede introducees mogelijk is.

Alle funktionarissen besloten zich over dit voorstel te beraden.

- ad. 2. Ten behoeve van het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Den Ham, werd een uitgebreid rapport samengesteld, betreffende vorenvermeld initiatief.

Dit college besloot akkoord te gaan met

- a. deelname van alle maatschappelijk werkers van de afdeling sociale zaken (3) aan een eventueel in te stellen "Funktionarissenkontakt";

- b. indien daaraan behoefte zou ontstaan, mogelijkheid tot deelname van andere medewerkers van die afdeling;
- c. beschikbaarstelling van een ruimte in het gemeentehuis voor eventuele bijeenkomsten.

De "vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Den Ham" (f), gaf op 24 oktober 1973 telefonisch ten antwoord, dat men had besloten niet deel te nemen aan het "Funktionarissenkontakt", dit in verband met de drukke werkzaamheden en het feit dat beide wijkverpleegkundigen opgenomen zijn in het "home-team" in de woonkern Den Ham.

Op 31 oktober 1973 werd van de "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop", (e) schriftelijk bericht ontvangen, dat men met alle funktionarissen (4) deel zou nemen.

Van de "stichting Noord-Oost Overijssel" (d) - werkgebied gemeente Dan Ham - werd op 15 november 1973 schriftelijk vernomen, dat alle funktionarissen (6) deel zouden nemen.

OPRICHTING "FUNKTIONARISSENKONTAKT."

Op 20 november 1973 vond de eerste bijeenkomst plaats, waarbij alle betrokken funktionarissen (13) van de instellingen d, e en g, bijeen waren.

Burgemeester A. van Walsum van de gemeente Dan Ham opende deze bijeenkomst.

Kernpunten uit de eerste bespreking:

A. Opening.

B. Wederzijdse kennismaking.

C. Konkrete afspraken, zoals

1. Naam orgaan : "Funktionarissenkontakt".
2. Vergaderfrequentie: Maandelijks -
iedere derde dinsdag - van 16.00 tot
17.30 uur.
3. Plaats: Bij toerbeurt in de gebouwen der drie
instellingen.
4. Notulen.
5. Geen agenda.
6. Toezending notulen vóór iedere bijeenkomst via de gemeente Den
Ham aan alle funktionarissen.
7. Vaste gespreksleider noodzakelijk.
8. Uitbreiding team mogelijk.
9. Uitnodigen van introducees mogelijk.
10. Praktijkgevallen in principe ANONIEM.
bespreekbaar stellen.

Kernpunten tweede bespreking:

Datum: 18 december 1973.

1. Uitleg Algemene Bijstandswet;
2. Uitleg huursubsidie; doorstromingspremie;
bejaardenverzekering;
3. Uitleg verschillen tussen het "Home-team" en het "Funktionarissen-
kontakt".

Kernpunten derde bespreking:

Datum: 17 januari 1974.

1. Bespreking praktijkgeval -- anoniem --.
2. Uitleg retributie gezinsverzorging.
3. Uitleg Algemene Bijstandswet, zoals budgetteringsgevallen.

Kernpunten vierde bespreking:

Datum: 20 februari 1974.

Op verzoek van het team werd de directeur van de Districts Geneeskundige Dienst -- D.G.D. -- te Almelo als deskundige -- gemeentearts -- uitgenodigd.

1. Inleiding directeur D.G.D.
2. Discussie.
3. Permanente opname directeur D.G.D. of diens plaatsvervanger in het "Funktionarissenkontakt".
4. Evaluatie -- vier besprekingen.

TOEKOMSTPERSPECTIEF.

De totstandkoming van het "Funktionarissenkontakt" is een belangrijke stap op weg naar een duidelijker beeldvorming van het welzijnswerk in de gemeente den Ham.

De samenstelling van dit team kan in de nabije toekomst een verandering ondergaan.

Wij denken daarbij aan uitbreiding met pastores, huisartsen, projectleider bejaardenwerk.

Bezien wordt de mogelijkheid om het bestaande "Home-team" en het "Funktionarissenkontakt" in één orgaan te laten samenvloeien.

Binnen dit orgaan kunnen dan kleine teams ontstaan, welke gericht en doelbewust bepaalde problemen bespreekbaar stellen.

Daarbij wordt gedacht aan de bestaande vorm van een kontaktorgaan in de gemeente Hellendoorn. Reeds jaren bestaat een dergelijk orgaan, genaamd "Lunch-team" in die gemeente.

Op 5 februari 1974 werd, zulks in verband met dit onderzoek, aldaar zo'n bijeenkomst bijgewoond.

H O O F D S T U K V.

SAMENVATTING EN KONKLUSIES.

Het onderwerp van deze scriptie bleek aanzienlijk complexer dan aanvankelijk werd gedacht.

Met name hoofdstuk I "TERREINVERKENNING" vroeg meer inzet dan was verwacht.

Gelet op de vele taken en haar plaats in het organisatorische vlak is de eigen instelling uitvoeriger omschreven.

Via algemene aspecten in de hoofdstukken II "Welzijn en Welzijnsbeleid" en III "Vormen van samenwerking", is getracht een beeld te geven over het welzijn en welzijnsbeleid en het begrip samenwerking.

Vanuit die algemene aspecten is de plaatselijke situatie in concreto weergegeven.

In hoofdstuk IV "Plaatselijke Samenwerking" en nader uitgewerkt in hoofdstuk V "Wijze van onderzoek" is getracht te voldoen aan de PROBLEEMSTELLING, die voor deze scriptie werd vereist.

Alvorens te besluiten wil ik niet nalaten een aantal algemene- en bijzondere konklusies en opmerkingen te maken, welke kunnen dienen voor verdere discussie.

1. Het takenpakket van de gemeentelijke zorg in Nederland is niet overal gelijk;
2. In verband met de uitvoering van verschillende regelingen, kan een grote ONDUIDELIJKHEID worden verondersteld bij zowel het cliëntenbestand, als bij de dienstverlenende instellingen;
3. Aard en omvang van het gemeentelijk sociaal apparaat zijn afhankelijk van leenten binnen het kerkelijk- en particulier initiatief;
4. Wettelijke regelingen en het "machtsmiddel" SUBSIDIE maakt een nog sterker overheidsingrijpen waarschijnlijk;
5. In verband met de INDIVIDUEEL gerichte wetstoepassing vereist de uitvoering van de Algemene Bijstandswet een hoge mate van DESKUNDIGHEID, welke nog niet door iedereen onderkend of erkend wordt;
6. Op de meest gecompliceerde zaken wordt verwacht dat met SPOED wordt beslist;
7. Om aan alle taken en verwachtingen van een afdeling Sociale Zaken te kunnen voldoen dient een breed kader van DESKUNDIGEN te worden ingezet;
8. Voor het goed functioneren van een dergelijke afdeling dienen tenminste ongeveer 12 personen werkzaam te zijn, zulks afhankelijk van het inwoner-aantal in de gemeente, de aard van de problematiek.
9. Voor kleine gemeenten, waar vermelde minimale personeelssterkte onmogelijk blijkt te zijn, zullen er altijd moeilijkheden optreden, waarvan de hulpbehoevenden, DE BIJSTANDSGERECHTIGDEN, de dupe worden;
de werkzaamheden moeten altijd VOLLEDIG doorgang kunnen vinden, immers met bijstandsverlening kan niet worden gewacht;
10. Vervangingsmogelijkheden - bij voorbeeld inschakelen kollega's andere afdelingen - zijn vaak niet aanwezig;
11. Een oplossing voor kleine afdelingen zou gevonden kunnen worden in de vorm van CENTRALISATIE van verschillende afdelingen of diensten in REGIONAAL verband;
12. Ten aanzien van overleg met kerkelijk - of particulier initiatief, bevindt de overheidsvertegenwoordiger zich altijd in een tweeslachtige positie.

- a. Enerzijds is hij degene die meedenkt over de volmaking van een welzijnsbeleid.
 - b. Anderzijds is hij degene die bij voorbeeld in verband met het toekennen van subsidies moet oordelen over de wijze waarop particuliere instellingen functioneren;
13. Mede door de regelmatige verhogingen van de A.O.W.- en A.W.W.-uitkeringen, neemt het aantal aanvragen ingevolge de Algemene Bijstandswet in de gemeente den Ham jaarlijks af.
 14. Steeds meer aanvragen worden echter gecompliceerder van inhoud; te denken valt aan sanerings- en krediethypotheek gevallen, alsmede de grote verscheidenheid in de voorzieningen aan minder draagkrachtigen;
 15. Een duidelijke verzwaring van werkzaamheden is merkbaar door verschuiving van de soort van hulpverlening;
 16. In steeds toenemende mate wordt gevraagd IMMATERIELE HULP te verlenen;
 17. De huidige maatschappelijke dienstverlening geeft een nogal CHAOTISCH beeld;
 18. De sociale ontwikkeling bleef achter bij de technische vooruitgang; hetgeen tot SPANNINGEN leidt.
Velen kunnen zich daardoor niet meer staande houden in deze samenleving;
 19. In een zo beweeglijke samenleving als de onze kunnen en zullen behoeften veranderen;
 20. Steeds terugkerende herstrukturing van de maatschappelijke dienstverlening is noodzakelijk;
 21. Het algemeen maatschappelijk werk is van een ander karakter dan de verlening van bijstand.
Het onderscheidt zich van de formeel juridische bijstandsverlening;
 22. Aan maatschappelijk werkers bij een afdeling sociale zaken worden andere eisen van bekwaamheid gesteld dan aan maatschappelijk werkers bij het algemeen maatschappelijk werk;
 23. Het aantal aanmeldingen bij de afdeling algemeen maatschappelijk werk van de "Stichting Noord-Oost Overijssel" in de gemeente Den Ham stijgt. Met name de kontakten met personen, die zich melden op eigen initiatief.
 24. De werkzaamheden van de afdeling gezinsverzorging in de gemeente Den Ham nemen jaarlijks toe.

25. De werkzaamheden van de "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop", nemen eveneens jaarlijks toe.
26. Door ondoorzichtige terreinafbakening met andere hulpverlenende systemen wordt een geïntegreerd welzijnsbeleid ernstig belemmerd.
27. Herstrukturering van diverse verenigingen van "Het Groene Kruis", waaronder de beide verenigingen in Den Ham en Vroomshoop, is noodzakelijk.
28. Ten aanzien van de vormgeving van plaatselijk overleg kan worden opgemerkt, dat deze in sterke mate afhankelijk is van het karakter van de gemeente.
Het aantal inwoners, de verscheidenheid van het maatschappelijk leven, onderlinge verstandhoudingen, zijn zonder twijfel van invloed.

Het feit, dat de onwetendheid op het sociaal terrein in alle lagen der bevolking nog onvoorstelbaar groot is, maakt het werken op een afdeling sociale zaken tot een uiterst boeiende aangelegenheid.

Tot slot wil ik niet nalaten mijn oprechte dank uit te brengen aan mijn collega's, collega's van andere instellingen en andere personen, die tot het welslagen van deze scriptie hebben bijgedragen.

Mede dankzij hun steun kwam dit werkstuk tot stand.

L I T E R A T U U R - O P G A V E .

1. "Algemene Bijstandswet"-tekstuitgave; Vuga-boekerij.
- 2; 18. "De gemeentelijke sociale dienst nu!"
Vereniging van directeuren van overheidsorganen voor sociale arbeid D.I.V.O.S.A.; uitgave nr. 29; maart 1970.
3. "Statistieken van de Algemene Bijstandswet";
gemeente Den Ham (0); 1966 t/m 1973.
- 4; 5. Statuten; "Stichting Noord-Oost Overijssel centrum voor maatschappelijke dienstverlening en sociaal cultureel werk".
- 6; 7. Jaarverslag 1972 ; "Stichting Noord-Oost Overijssel centrum voor maatschappelijke dienstverlening en sociaal cultureel werk."
8. "De gemeentelijke sociale dienst in toekomstperspectief";
Vereniging van directeuren van overheidsorganen voor sociale arbeid (D.I.V.O.S.A.); uitgave nr. 30; februari 1971.
- 9; 10. "Sociale Kaart", opleiding Middelbare Sociale Arbeid;
stichting voor opleiding tot sociale arbeid.
11. "Sociaal Bestek", 36e jaargang, 7 februari 1974.
uitgave nr. 3; Vuga b.v.
- 12; 13. Statuten "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te Vroomshoop"
no: 129; bijvoegsel tot de Nederlandsche Staatscourant van
vrijdag 23 juli 1943, no. 141.
14. Jaarverslagen "Vereniging Het Groene Kruis, gevestigd te
Vroomshoop", 1970 t/m 1973.
15. "Aanvullende lesstof", opleiding Middelbare Sociale Arbeid;
stichting voor opleiding tot sociale arbeid.
16. "Welzijn in welvaart"; Drs. M. Traas;
G.F. Callenbach N.V.-Nijkerk,

- 17; 19; 21. "Samenwerkingsverbanden bij de gemeentelijke sociale diensten"; Vereniging van directeuren van overheidsorganen voor sociale arbeid (D.I.V.O.A.); uitgave nr. 27; maart 1967.
20. "Het Orgaan"; weekblad van de nederlandse christelijke bond van overheidspersoneel (N.C.B.O.); 27e jaargang; uitgave nr. 35; 29 november 1973.
- 22; 23. "Leerstof organisatieleer - aspecten van arbeidsindeling en samenwerking"; cursus M.S.A. - MW; Stichting voor opleiding tot sociale arbeid.
- 24; 25; 26. "Discussiëren en vergaderen"; Renaat Roels; H.D. Tjeenk Willink b.v. Groningen 1973; vijfde druk.
- "Woord en communicatie"; Dr. P.B. Bierkens; Dekker en van de Vegt - Nijmegen; 2e druk 1973.
- "Gesprekstechniek"; Annette Garrett; Wolters-Noordhoff N.V. Groningen; twaalfde druk 1972.
- "Wat is sociaal casework?"; M. Kamphuis; Samson Uitgeverij N.V. Alphen aan de Rijn; Tiende, gewijzigde druk 1972.
- "Rapportage in de hulpverlening"; Drs. A. Chr. I. Brand; Samson uitgeverij N.V. Alphen aan den Rijn 1972.
- "Maatschappelijk werk in deze tijd"; Drs. M. Traas; G.F. Callenbach B.V. - Nijkerk; Derde druk.
- "Sociale psychologie"; W.G. Hagens/Drs. H. van Praag; Wolters-Noordhoff N.V. Groningen - 1970;

Brieven n.a.v. scriptie 1974



*minstog
20-11-73
installatie
functionarissen
team.*

nr. 375.

23 NOV. 1973

27/11/73

Aan de chef van de afdeling
sociale zaken
der gemeente
den Ham.

Onderwerp: *O.a.b. (chef Soza) / p*
Oprichting funktionarissenteam.

den Ham, 9 november 1973.

Naar aanleiding van een gezamenlijke bespreking op 18 januari 1973 tussen functionarissen van de afdeling sociale zaken dezer gemeente, de afdeling sociale zaken der gemeente Vriezenveen en de stichting Noord-Oost Overijssel (stichting N.O.O.) in het bureau van laatstvermelde instelling, gevestigd Prins Clausstraat nr. 2 te Vroomshoop, moge ik u het volgende rapporteren:

Tijdens genoemde bijeenkomst werd gesproken over het bevorderen van een sociaal welzijn in de gemeente den Ham, alsmede het bevorderen van een goede c.q. betere samenwerking tussen de verschillende sociale instituties in deze gemeente.

Gebleken is, dat er bij de diverse sociale instituties in deze gemeente een duidelijke behoefte bestaat aan een nauwere samenwerking tussen de functionarissen onderling.

De terreinen van werkzaamheid hebben vele aanrakingsvlakken en in een aantal sectoren overlappen de dienstverlening en activiteiten gedeeltelijk elkaar. Het inzicht wint meer en meer veld, dat hier de differentiatie en coördinatie vraagt.

Tot heden waren er in deze, dit i.v.m. de drukke werkzaamheden, geen initiatieven ontplooid.

Men kan echter de navolgende vraag stellen:

" Welke institutie neemt het initiatief? "

Zoals bekend heeft ieder gemeentebestuur terzake van de welzijnsbevordering een eigen verantwoordelijkheid. Voor de vormgeving van de welzijnsbevordering en door de overheid en door het particulier initiatief een beroep gedaan moeten worden op de in de samenleving beschikbare middelen van overheid en particulier initiatief.

Belangrijk is dat men de werkzaamheden op elkaar afstemt, terwijl iedere deelnemende organisatie zijn eigen zelfstandigheid behoudt.

Van de overheid wordt thans een zeer actieve rol verwacht in alle zaken die het welzijn van de gemeenschap en de burger betreffen!

Gelet op vorenstaande is een afdeling sociale zaken dan ook het meest geeignende instituut om initiatieven op het terrein van de welzijnsbevordering te nemen en dat in vele gemeenten ook heeft gedaan.

In de gemeente Vriezenveen b.v. bestaat sinds korte tijd een kernteam. Dit team, bestaande uit functionarissen van diverse sociale organisaties in die gemeente ("veldwerkers" = uitvoeringsniveau) komt wekelijks bijeen.

Daarnaast bestaat er een overlegorgaan tussen die instellingen op beleidsniveau.

Taak afdeling sociale zaken:

Aanvankelijk was de taak van een afdeling sociale zaken sterk gericht op de materiële hulpverlening.

Artikel 2 der A.B.W. bepaalt echter dat burgemeester en wethouders aan de aanvrager om bijstand "zo nodig" voorlichting doen verlenen t.a.v. de mogelijkheden van dienstverlening en hem desgewenst bemiddeling doen verlenen tot het verkrijgen van dienstverlening.

Met name de laatste tijd wordt de afdeling meer en meer naast de materiële problemen geconfronteerd met immateriële problemen. Deze problemen zijn nu met elkaar verweven. Vele cliënten bekend met de afdeling sociale zaken zullen er niet veel voor om zich te wenden tot een partikuliere- of koninklijke instelling voor maatschappelijk werk. Gezien de huidige werkzaamheden zal er onzerzijds behoefte duidelijke afspraken te claimen met de partikuliere instellingen en het onderzoeken van de doelmatigste organisatorische vormgeving voor het vervullen van de gestelde taken, zulks in het belang van de cliënt.

Wij zullen dan ook meer met elkaar dan los van af tegenover elkaar moeten (samen)werken.

De ingewikkelde maatschappij dwingt zonder meer tot al maar veelvuldiger overleg met deskundigen, overheidspersonen, vertegenwoordigers van belangen-

- 22-10-1973 Onderhoud met mej. D. Schouwink -
Maatschappelijk werker stichting N.O.O.
- 22-10-1973 Onderhoud met Groene Kruis den Ham
Aanwezig: zuster Attema (wijkverpleegster)
zuster Westra (wijkverpleegster).
- 24-10-73 Bespreking met de stichting N.O.O.
Aanwezig: Mej. Dreier (maatschappelijk werkster)
Mej. Schouwink (maatschappelijk werkster)
Mej. Alons (leidster gezinsverzorging)
Mej. Bakker (leidster gezinsverzorging)
Mevr. Uyttenboogaart (leidster bejaardenverzorging)
Mej. Jansen (leidster bejaardenverzorging)
- 29-10-1973 Bijeenkomst afdeling sociale zaken/stichting N.O.O.
- Aanwezig: De heer de Baat
de heer Fonteine
de heer Asselman afdeling sociale zaken.
de heer Meijering
- Mej. Schouwink
Mej. Dreier
Mej. Dijkstra Stichting N.O.O.
Mej. Alons

Kernpunten besprekingen/problematiek:

1. Duidelijke behoefte aan nauwere contacten tussen functionarissen van de afdeling sociale zaken - Groene Kruis en Stichting N.O.O.
2. Functionarissen van de diverse instituties kennen elkaar niet voldoende.
3. Elkaars werkmethodes en mogelijkheden zijn onvoldoende bekend.

4. Verwijzing vindt niet op de juiste wijze plaats.
5. In het verleden diverse misverstanden t.a.v. bepaalde methodieken ontstaan.

Hulpmogelijkheden:

Vanuit de Sociale Dienstverlening worden door middel van de gezins- en huishoudenverzorging, het maatschappelijk werk, individuen en gezinnen geholpen, al of niet in samenwerking met andere vormen van dienstverlening.

Dit kan evenzeer worden gezegd van de diensten werkzaam op medisch/medisch sociaal terrein, de overheid en gespecialiseerde vormen van dienstverlening. In de gemeente den Ham wonen personen en gezinnen, die te kampen hebben met meer dan één probleem tegelijk (meervoudige problematiek).

Vanuit de hulpverlenende instanties vraagt dit om een op elkaar afgestemde op het individu/gezin gerichte hulpverlening.

Het is m.i. zeer belangrijk ~~zeer belangrijk~~ en noodzakelijk, dat er een werkgroep/funktionarissenteam wordt ingesteld, bestaande uit de in de gemeente den Ham werkzame functionarissen van de Stichting N.O.O., het Groene Kruis en de afdeling sociale zaken, met de mogelijkheid, indien gewenst, zo'n team met functionarissen van andere sociale instituties uit te breiden.

D O E L:

Hulpverlening op elkaar afstemmen;
Uitwisselen werkervaringen;
Voorleggen werkplannen;
Bespreking bepaalde problemen met andere functionarissen (introduceesdeskundigen).

Plaats van samenkomst:

Gedacht wordt aan het gemeentehuis (kantine), het bureau van de stichting N.O.O. en het "bureau" van het Groene Kruis te Vroomshoop (bij toerbeurt).

Frequentie van de samenkomst:

Eén keer per maand. Indien noodzakelijk uitbreiding tot b.v. twee keer per maand.

Welke datum?

Gedacht wordt iedere 3e dinsdag in de maand en wel vanaf 16.00 uur.

Indien noodzakelijk dit tijdstip eerder laten ingaan.

De eerste bijeenkomst is voorlopig gepland op 20 november 1973.

Op 24 - 10 - 1973 deelde zuster Attema van het Groene Kruis mij telefonisch mede, dat zij en haar collega (zuster Westra) niet zullen deelnemen aan een functionarissenteam, daar zij beiden zijn opgenomen in de gemeente den Ham aanwezige "Home-team". Oprichting van een functionarissenteam in deze gemeente vinden zij echter uitermate belangrijk. Gezien hun drukke werkzaamheden kunnen zij zich bovendien niet vrijmaken om deel te nemen aan dit team.

Mej. Schouwink (stichting N.O.O.) deelde mij op 5-11-1973 telefonisch mede, dat de navolgende functionarissen van die stichting zullen deelnemen aan dit team:

Mej. Schouwink (maatschappelijk werkster)
Mej. Dreier (maatschappelijk werkster)
Mej. Bakker (leidster tijdelijke hulpverlening)
Mej. Jansen (leidster bejaardenhulp)
Mevr. Uittenboogaart (leidster bejaardenhulp)

Het Groene Kruis uit Vroomshoop zal deelnemen met alle medewerkers, te weten
zuster Veldman
Zuster Zandman
Zuster Noppens
Zuster Visscher

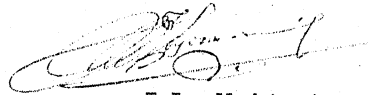
Ik moge u verwijzen naar bijgaande statuten van het Groene Kruis en de Stichting N.O.O., alsmede een brief van het Groene Kruis te Vroomshoop op 31-10-1973

en een brief van vermelde Stichting op november 1973.

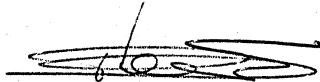
Advies: Gelet op vorenstaande moge ik u adviseren het college van burgemeester en wethouders voor te stellen:

- a. de heren Fonteine, Asselman en Meijering deel te laten nemen aan het functionaristenteam.
- b. de mogelijkheid van deelname van andere medewerkers/sters van de afdeling sociale zaken, indien gewenst, open laten.
- c. de kantine, of indien noodzakelijk een andere ruimte in het gemeentehuis ter beschikking te stellen voor genoemde bijeenkomsten.

Accoord;


J.L. Meijering.

beperken tot ^{max.} 1 middag
per maand.



A.H. de Baat.

Onderwerp:

Verspreiding scriptie.

Den Ham, 29 maart 1974.

In het kader van mijn studie, de opleiding M.S.A., is door mij ter afsluiting van deze opleiding, bijgaand werkstuk gemaakt.

Teneinde de werkers in de dienstverlenende sectoren alsmede de raadsleden dezer gemeente in de gelegenheid te stellen dit werkstuk te bekritisieren, lijkt het mij zinvol deze scriptie op beperkte schaal te verspreiden, zulks voornamelijk in deze gemeente en de regio (N.O.O.)

De scriptie beschrijft een poging tot samenwerking tussen funktionarissen van de Stichting "Noord-Oost-Overijssel", de vereniging "Het Groene Kruis", gevestigd te Vroomshoop, de vereniging "Het Groene Kruis" gevestigd te Den Ham, alsmede de afdeling sociale zaken.

Een verzoek tot uitgifte van deze scriptie, als hiervoor beschreven, zal door mij gericht worden aan de besturen van genoemde instellingen.

Gelet op vorenstaande, moge ik u verzoeken mij toestemming te verlenen tot de verspreiding van bijgaande scriptie.

J.L. Meijering.

BzW 2/4-74
Toegestaan
ten ex van burg. je

Den Ham, 29 maart 1974.

Onderwerp
Verspreiding scriptie.

Aan het bestuur van de
"Vereniging Het Groene Kruis geves-
tigd te Vroomshoop"
p/a de Weledele Heer H.J. Bouwhuis

Margrietstraat 22,

Vroomshoop.

Geachte heer,

In het kader van mijn studie, de opleiding M.S.A., is door mij ter afsluiting van deze opleiding, bijgaand werkstuk gemaakt. Teneinde de werkers in de dienstverlenende sectoren alsmede de raadsleden van de gemeente Den Ham in de gelegenheid te stellen dit werkstuk te bekritisieren, verzoek ik u beleefd toestemming te verlenen om deze scriptie op beperkte schaal te verspreiden, zulks voornamelijk in de gemeente Den Ham en de regio (N.O.O.)

De scriptie beschrijft een poging tot samenwerking tussen functionarissen van de Stichting "Noord-Oost-Overijssel", de vereniging "Het Groene Kruis", gevestigd te Vroomshoop, de vereniging "Het Groene Kruis" gevestigd te Den Ham, alsmede de afdeling sociale zaken der gemeente Den Ham.

Een verzoek tot uitgifte van deze scriptie, als hiervoor beschreven, zal gericht worden aan alle besturen van genoemde instellingen.

Eventuele opmerkingen/suggesties Uwerzijds, zie ik gaarne tegemoet.

Voor uw medewerking in deze u bij voorbaat dankend, verblijf ik met de meeste hoogachting,

J.L. Meijering.

Den Ham, 29 maart 1974.

Onderwerp:
Verspreiding scriptie.

Aan het bestuur van de
"Vereniging Het Groene Kruis,
gevestigd te Den Ham

p/a H. Dunantstraat 8,

DEN HAM.

Geacht bestuur,

In het kader van mijn studie, de opleiding M.S.A., is door mij ter afsluiting van deze opleiding, bijgaand werkstuk gemaakt. Teneinde de werkers in de dienstverlenende sectoren alsmede de raadsleden van de gemeente Den Ham in de gelegenheid te stellen dit werkstuk te bekritisieren, verzoek ik u beleefd toestemming te verlenen om deze scriptie op beperkte schaal te verspreiden, zulks voornamelijk in de gemeente Den Ham en de regio (N.O.O.).

De scriptie beschrijft een poging tot samenwerking tussen funktionarissen van de Stichting "Noord-Oost-Overijssel", de vereniging "Het Groene Kruis", gevestigd te Vroomshoop, de vereniging "Het Groene Kruis" gevestigd te Den Ham, alsmede de afdeling sociale zaken der gemeente Den Ham.

Een verzoek tot uitgifte van deze scriptie, als hiervoor beschreven, zal gericht worden aan alle besturen van genoemde instellingen.

Eventuele opmerkingen/suggesties uwerzijds, zie ik gaarne tegemoet.

Voor uw medewerking in deze u bij voorbaat dankend, verblijf ik met de meeste hoogachting,

J.L. Meijering.



VERENIGING „HET GROENE KRUIS” VROOMSHOOP

Sekr.: H.J. Bouwhuis,
Margrietstraat 22,
Vroomshoop.
Tel. 05498 - 2771.

de heer J.L. Meijering,
't Sumpel 24,

D E N H A M (O).

Vroomshoop, 7 mei 1974.

Betr.: Verspreiding scriptie.

Geachte heer Meijering,

In antwoord op Uw schrijven van 29 maart 1974 berichten wij U dat wij U graag onze toestemming verlenen voor het verspreiden van de door U opgestelde scriptie.

In onze eerstvolgende bestuursvergadering, waar ook onze wijkverpleegsters aanwezig zijn, zullen wij deze scriptie voorleggen. Wanneer hierop reacties komen zullen wij U deze kenbaar maken. Wij feliciteren U met het gemaakte werkstuk en wensen U bij de verdere opleiding MSA veel succes toe.

Inmiddels verblijven wij met de meeste hoogachting,

" Het Groene Kruis "
Vroomshoop.

Waarde collega.

Met veel belangstelling heb ik mij gezet aan het lezen van de mij toe zending in handen gestelde scriptie. Heb ik de bedoeling goed begrepen, dan wordt van mij hierop schriftelijke commentaar verwacht. De gevraagde reactie streeft u hierbij aan.

Het leveren van een dosis kritiek op werkstukken is op zich geen profe kunst. Met nauwkeurigheid is - en dat wil ik hier wel erkennen - is het leveren van fundamenteel commentaar door mensen, die zaken op een afstand waarnemen en die daarbij de intentie hebben de ander te helpen.

Kritiek mijnwerijds is dan ook in opbouwende zin bedoeld.

Het werkstuk handelt over een studie, welke betrekking heeft op de samenwerking van instellingen, werkzaam op het gebied van de sociale dienstverlening in de gemeente den Haag. De manieren en doelstellingen dier instellingen worden in de scriptie genoemd. Er zijn vaak vlakken met voldoende Nederlandstalige informatie over taakuitoefeningen enz., die een betere coördinatie van werken gewenst maakt. Ho moet toch de gewenste samenwerking worden bevordert?

Hieraan uitgaande vraag ik mij af of de bestudering van de probleemsituatie niet nog meer moet worden verdiept. om daarna te komen tot conclusies over noodzakelijke, e.g. wettelijke geachte samenwerkingsvormen, vormen van overleg, die misschien in een overgangsstadium zelfs nog moeilijk haalbaar zijn.

Totgespitst leg ik u de vraag voor: Is de sociale dienstverlening in Nederland wel goed georganiseerd en verdient het geen aanbeveling, dat er een pleidooi wordt gevoerd

voor een heroriëntering op het totale ter-
rein van sociale dienstverlenende instel-
lingen? Kijken wij niet vastgeroest in
bepaalde structuren?

Wordt deze vraag bevestigend beantwoord
dan blijft het nochtans een actuele zaak
daarbij een beschouwing te leveren over de
plaats en taak van de overheid daarin,
komende over de mogelijkheden tot deelneming
aan die herstructurering door levensbenowe-
lijke instellingen.

Er is een verschillende waardering moge-
lijk van de bestaande relatie tussen de
activiteiten in het dagelijkse werk en in de
vrije tijd. Hoe moeten wij er tegenover staan
en wat moet hier worden gedaan? Hier ligt
ook een probleem voor mensen, die zich bezig
houden met de sociale norming van jong
volwassenen. Help ons de stellingen mis ik
daarover een mening.

Gesteld wordt, dat er een onderwaar-
dering van de geriusheelp moet worden
gevoerd. Maar uit die kritiek bestaat,
wordt niet gezegd. Dit lijkt mij zwak.
Is dit een gevolg van het financierings-
systeem en speelt daarbij het kostenaspect
een overheersende rol? Ik bedoel dit
in tweeledig zin. De financiële zorgen van
de instelling met het kostenverhaal enerzijds
en de betalende geriusen anderzijds.

Wat is het verschil tussen een vrije verpleeg-
kundige en een vrije verpleegster?

Wordt over de rol van de overheid in
het welzijnsbeleid niet in te absolute zin ge-
sproken?

Mij lezing van de pagina's 14, 15 en 18
meer ik overigens mijn tegenspraak te
kunnen constateren of vergis ik mij daarin?

Verschillende vormen van overleg worden
nader omschreven. Ik heb de indruk gekregen,
dat de gebruikte terminologie tot begripoverwa-
ring kan leiden. (Overleg, afstem-
ming, samenwerking, communicatie, gedachte-
wisseling, verstandhouding).

Is het doel van de samenwerking niet te
beperkt om het gewenste resultaat te bereiken?
Hoals het doel op blz. 22 is omschreven, roept
het de vraag op of daarvoor geraad overleg
dienst plaats te vinden.

Ik mis in het stuk een opvatting over:

- a. het overwinnen van drempelvrees;
- b. het aan de knak stellen van misbruik van
sociale dienstverlening
- c. het bewaren van de privacy van de cliënt
- d. de problematiek voor het zich vrij maken
tot overleg (artsen, predikanten, enz.).
- e. gerieksere voorlichting van het publiek.
- f. leidt centralisatie niet tot een verrijde-
ring van de cliënt. Verhouding cliënt-
maatschappelyk werken.

Tenslotte acht ik het noodzakelyk, dat
verschillende stellingen nader worden overwogen.
De formulering van verschillende stellingen
roepen m.i. om commentaar.

Veel sterkte bij de afrounding.

In haast.

Brooskoop, 14 mei 1984.



Den Ham (Ov.), 20 mei '74.

Geachte heer Meijering,

Met belangstelling heb ik uw scriptie gelezen.

Een paar opmerkingen doen erg schoolmeester-achtig aan, maar willen slechts laten zien, dat ik serieus kennis nam van uw werkstuk.

Zo vaak de naam van de provincie voorkomt, wordt die gespeld als Overijssel; ik meen te weten, dat Overijsel de juiste schrijfwijze is.

Op pag. 7 worden de participanten van het "Centrum" genoemd: Nederlands Hervormde moet zijn Nederlandse Hervormde; en Christelijk Gereformeerde : Christelijke Gereformeerde.

Op pag 32 wordt onder 20 het woord herstruktuering gebruikt: dat moet herstrukturering zijn. Idem op pag 33 onder 27.

Inhoudelijk heb ik geen kritiek; integendeel: veel waardering!

Op pag. 33 stelt u onder 27 de noodzakelijkheid van herstrukturering van de kruisverenigingen. Blijkens het op pag. 11 onderstreepte besteedt de regering daar aandacht aan. U weet toch, dat het hierbij niet alleen gaat om "ontkleuring", maar dat het geheel in een vergevorderd stadium van regionalisering is, waarbij gestreefd wordt naar rayons, waar een hoofd-wijkverpleegster met een 6 tot 8-tal wijkverpleegkundigen een taak zal hebben?

Gaarne wens ik u bij uw studie en uw examen veel succes!

Met goede groet, ook voor uw vrouw,

Van : J. Kleinrensink, herv. pred.,

Zomerweg 4.

Vroomshoop, 5 augustus 1974.

Geachte heer Meyering,

Het is niet uit gebrek aan belangstelling voor het onderwerp van uw scriptie, dat ik pas nu daarop reageer. Maar er waren afgelopen voorjaar zoveel dingen die beslist moesten gebeuren, dat het rustig doornemen van deze scriptie er bij is gebleven.

Bovendien moest ik mijn werk in de gemeente sinds april, toen mijn kollega Kim naar Emmeloord vertrok, alleen doen.

Nu, direkt na de vakantie, dan mijn reactie:

Als predikant acht ik mij niet in staat alle onderdelen van uw scriptie te beoordelen. Vooral het eerste deel, dat nogal vaktechnisch is, was voor mij wat moeilijk te lezen, al ben ik wel blij met de objektieve gegevens over Den Ham. De hoofdstukken 4 en 5 heb ik met belangstelling gevolgd. De tendens van uw scriptie is me wel duidelijk: Beter overleg tussen de diverse instanties in de burgerlijke gemeente, waarbij u ook hebt gedacht aan eventueel de pastoor en de predikanten.

Ook ik vind een goed contact tussen de diverse instanties noodzakelijk, als in de praktijk blijkt, dat er leemten zijn door gebrek aan informatie over elkaar, waarvan dan weer de mensen die geholpen moeten worden, min of meer de dupe zijn.

U pleit voor een blijvend overlegorgaan, bv. eens per maand.

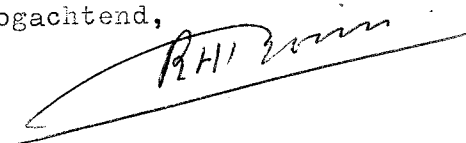
Graag zou ik aan een dergelijk overleg deelnemen, als blijkt dat dit overleg de bedoelde dienstverlening in de praktijk inderdaad ten goede komt, en als dit overleg me als predikant helpen kan mijn werk onder de mensen beter te doen.

Ik ben wel wat bang voor over-organisatie en voor een nog grotere papierwinkel. Daar hebben we noch in de kerk, noch in de burgerlijke gemeente, behoefte aan. Ook uw scriptie bedoelt immers dienstbaar te zijn

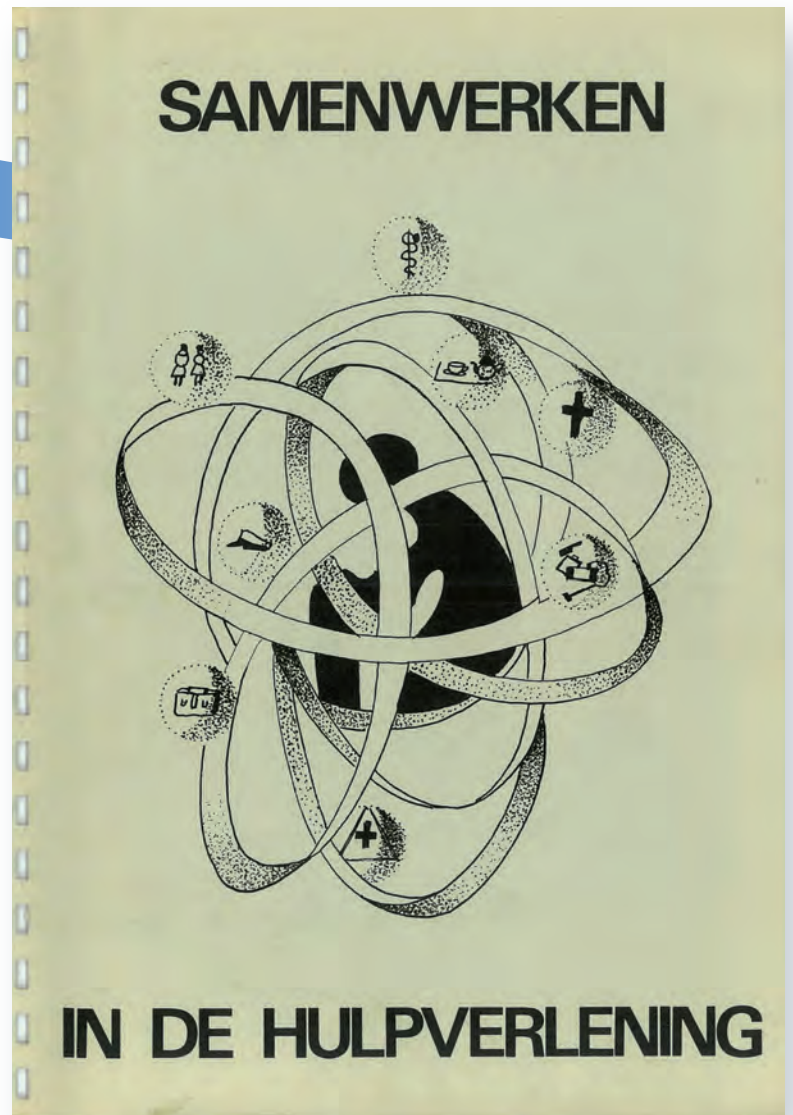
aan die praktijk !

Met dank voor het toezenden van Uw skriptie,

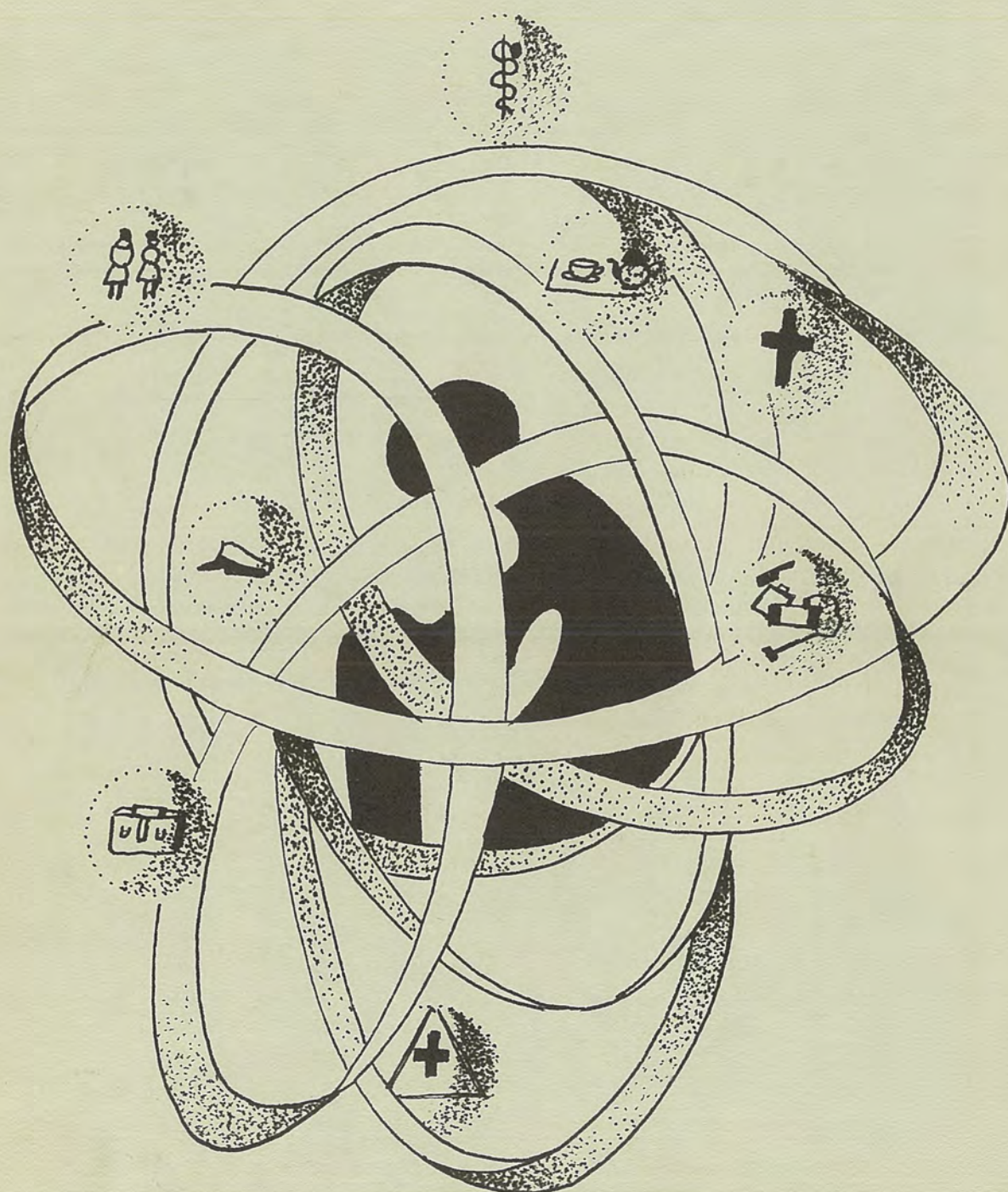
hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "R.H. van", is written over a horizontal line. The signature is cursive and somewhat stylized.

Scriptie 1977



SAMENWERKEN



IN DE HULPVERLENING

We moeten het leven aankunnen,
maar de enige manier dat voor
elkaar te krijgen is, het lief
te hebben.

Georges Bernanos

20 februari 1888.

S A M E N W E R K E N

I N D E H U L P V E R L E N I N G

Skriptie ten behoeve van het
eindgesprek van de opleiding
aan de Sociale Akademie
"Twente" te Hengelo,
afd. maatschappelijk werk.

Parttime-opleiding 1973-1977.

Joh. L. Meijering.

I N H O U D.

I N L E I D I N G.

- a. Motivering van het onderwerp.
- b. Probleemstelling.

I B E R O E P S B E E L D.

II A L G E M E N E B E S C H O U W I N G E N.

1. Wat is samenwerking.
2. Waarom samenwerking.
3. Belemmeringen om tot samenwerking te komen.
4. Voorwaarden voor een samenwerking.

III K O M P O N E N T E N I N D E S A M E N W E R K I N G.

1. Kliënt.
2. Vrijwilliger.
3. Huisarts.
4. Wijkverpleegkundige.
5. Leidster gezinsverzorging.
6. Agent van politie.
7. Geestelijke verzorger.
8. Maatschappelijk werker.
9. Andere hulpverleners.

IV S A M E N W E R K I N G.

A. Samenwerkingsmodellen.

1. Funktionarissenkontakt.
2. Samenwerkingsverband "ad hoc".
3. Home-team.
4. Gezondheidscentrum.
5. Welzijnscentrum.

B. Aspecten van samenwerking.

- I. Organisatoriese aspecten van samenwerking.
- II. Groepsdynamiese aspecten van samenwerking.

V E V A L U A T I E S A M E N W E R K I N G S M O D E L L E N.

Inleiding.

Evaluatie.

Algemene konklusies.

Suggesties.

N O T E N.

I N L E I D I N G.

- a. Motivering van het onderwerp.
- b. Probleemstelling.

Welzijnszorg (hieronder versta ik zowel psycho-sociale als psycho-somatische hulpverlening) heeft tot doel de hulpvragende(n) zo optimaal mogelijk te helpen.

Deze hulpverlening heeft na de tweede wereldoorlog een enorme ontwikkeling te zien gegeven.

Naast de hulpverlening vanuit maatschappelijk werk ontstond een veelheid van (gespecialiseerde) hulpverleningsinstellingen.

Deze groei heeft geleid tot een voor de hulpvragende(n) onoverzichtelijk geheel van organisaties, instellingen e.d., die hem/hen van dienst willen en kunnen zijn.

Veelal weet de cliënt de weg niet meer te vinden.

De huisarts, wijkverpleegkundige, geestelijke verzorger, sociale dienst, kent hij nog wel. Vele andere gespecialiseerde disciplines zijn voor hem "onzichtbaar" geworden, respektievelijk gebleven.

De veelheid aan disciplines is ook voor de welzijnswerkers zelf tot een probleem geworden.

Verschillende hulpverleners kunnen tegelijkertijd dezelfde cliënt helpen zonder dat van elkaar te weten. Een gezamenlijk behandelingsplan is dan niet mogelijk. Vaak weet men niet meer naar "wie" men het beste kan verwijzen. Soms heeft men - door gebrek aan wederzijdse informatie - te weinig vertrouwen in elkaars mogelijkheden en kundigheden om tot een goede verwijzing en samenwerking te komen.

Een duidelijk voorbeeld is een man die voor zijn werkzaamheden werd afgekeurd en op een bepaald moment met 12 instellingen te maken had. Daarbij kwam hij in contact met ongeveer 30 personen.

Langs elkaar heenwerken, overlappingen en misverstanden zijn in zo'n geval niet te voorkomen. De cliënt is bij dit alles uiteraard niet gebaat. Veelal zijn zoveel contacten verwarrend. Hij komt niet bij de juiste helper terecht en wordt soms van het "kastje naar de muur gestuurd."

Vaak zal een intensieve samenwerking - uiteraard zo veel mogelijk met toestemming van de kliënt (patiënt) - één van de voorwaarden zijn om te komen tot een zo optimaal mogelijke hulpverlening.

Tijdens mijn werkzaamheden bij de gemeentepolitie in Leeuwarden (1967 - 1973) werd ik veelvuldig geconfronteerd met gebrekkige coördinatie en samenwerking tussen hulpverleners in de welzijnszorg.

In mindere mate heb ik deze ervaring opgedaan in mijn huidige werkkring.

Vanaf 1973 ben ik werkzaam als maatschappelijk werker bij de afdeling sociale zaken van de plattelandsgemeente Den Ham (0).

Het team waarin ik werkzaam ben bestaat uit 9 functionarissen, waarvan 4 administratieve werkzaamheden verrichten en 5 (inclusief het afdelingshoofd) werkzaam zijn als maatschappelijk werker.

Inmiddels heb ik iets kunnen zien van verschillende (on)mogelijkheden, die samenwerking kan opleveren voor de hulpverlening.

Praktijkervaringen heb ik opgedaan in een home-team, een functionarissenkontakt en middels het organiseren van incidentele multi-disciplinaire teams. (samenwerkingsverbanden "ad hoc")

Ik heb daarbij gemerkt, dat er zich diverse problemen kunnen voordoen als hulpverleners, werkzaam bij diverse instellingen en met verschillende achtergronden, gaan samenwerken.

Mijn indrukken hebben mij er toe gebracht om me door middel van deze skriptie verder te verdiepen in dit aspect van de hulpverlening.

Mede door de dagelijkse kontakten met vele hulpverleners kom ik tot de volgende probleemstelling:

WELK(E) SAMENWERKINGSMODEL(LEN) IN DE PSYCHO-SOCIALE EN/OF PSYCHO-SOMATIESE HULPVERLENING LIJKT(EN) HET GUNSTIGST?

In deze skriptie zal ik mij welbewust beperken tot samenwerking tussen z.g. eerste-lijnswelzijnswerkers, dat zijn functionarissen uit de niet-gespecialiseerde werksoorten.

Tevens ga ik uit van bestaande samenwerkingsmodellen.

Na het beroepsbeeld biedt hoofdstuk II een beschrijving van algemene aspecten over samenwerking.

In hoofdstuk III wordt een profiel geschetst van een aantal komponenten bij samenwerking.

In hoofdstuk IV worden vijf verschillende samenwerkingsmodellen beschreven, alsmede organisatoriese- en groepsdynamiese aspecten van samenwerking.

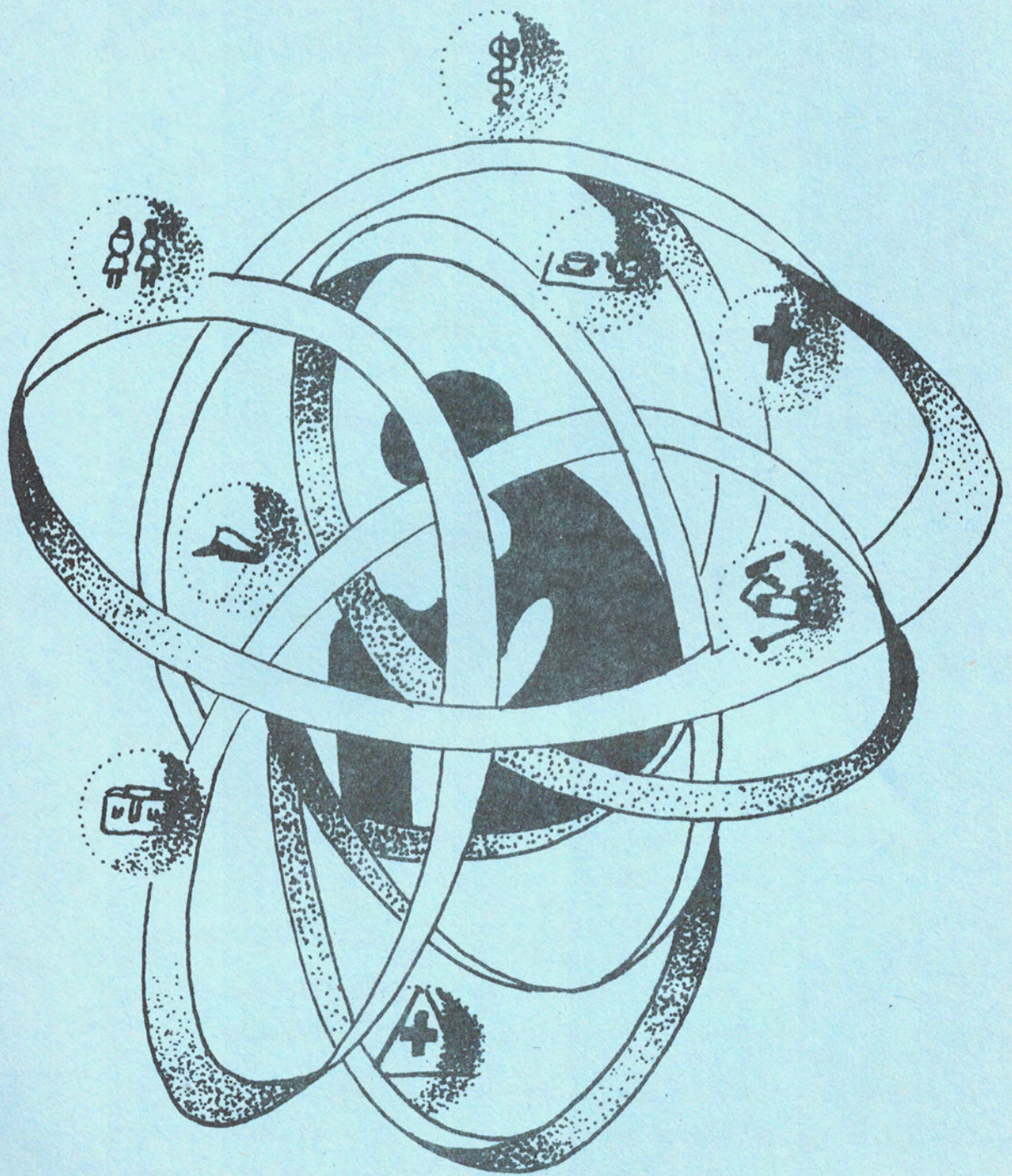
Tenslotte vindt in hoofdstuk V een evaluatie van de verschillende samenwerkingsmodellen plaats en worden een aantal konklusies getrokken. Enige aanbevelingen worden gedaan.

Met deze skriptie wil ik beslist niet de pretentie hebben de lezer een op wetenschappelijke basis gefundeerd onderzoek voor te schotelen. Ik ben mij volledig bewust, dat e.e.a. alles behalve als volledig kan worden aangemerkt. Met deze "verkenning" hoop ik wel een bijdrage te kunnen leveren tot diskussies over dit onderwerp. Ik ben altijd een fervente voorstander geweest van samenwerken. Al schrijvende en denkende ben ik enigszins van gedachten veranderd. Ik ben middels deze skriptie o.m. tot de konklusie gekomen, dat samenwerken beslist niet altijd en alleen zaligmakend is.

Ik wil niet nalaten mijn begeleider Han T. Sie Dhian Ho, meelezer André Hinssen en vele anderen dank te zeggen voor hun hulp en adviezen bij het maken van deze skriptie.

Den Ham, maart 1977.

Johan L. Meijering.



I BEROEPSBEEELD.

Zoals vermeld in de studienota van de Sociale Akademie "Twente" te Hengelo (0) heeft de maatschappelijke zorg een lange voorgeschiedenis (zie noot no. 1, pag. 15).

Mede voortgekomen uit de armenzorg van vroeger (materiële hulpverlening) ontwikkelde zich - weliswaar niet los hiervan - vanaf het begin van deze eeuw het "maatschappelijk werk".

Samenvattend kan deze ontwikkeling ruwweg als volgt worden geschetst (hoofdzakelijk volg ik 2, pag. 4):

1. Uitbreiding van het werkterrein.

- a. van enkeling naar gezin, van gezin naar buurt, werk, ziekenhuis etc.
- b. van de "onderste" laag der bevolking naar de bevolking in zijn geheel.

2. Professionalisering en specialisering.

van vrijwilliger, vrijwilliger en beroepskracht naar gespecialiseerde beroepskracht. (De laatste tijd schijnt men tot een herwaardering van de vrijwilliger te komen).

3. Wijziging in de benaderingswijze.

aksentverschuiving

van het religieuze en morele via het economiese en sociale naar het psychologische en sociaal-kulturele.

4. Institutionalisering.

van kleine lokale organen met beperkte doelstelling naar stedelijke, regionale en landelijke organisaties.

Naast de fundamentele veranderingen die zich in deze eeuw in de westerse wereld in een snel tempo voltrokken en zich nog steeds voltrekken, lijkt met name de ontwikkeling van de verschillende mens- en gedragswetenschappen, alsmede een ver uitgebouwd stelsel van sociale zekerheden, van beslissende invloed te zijn geweest op het huidige karakter van deze werksoort.

Die wetenschappelijke arbeid heeft zich o.a. gericht op het sociale: o.a. de omgang tussen mensen.

De voortdurende ontwikkeling in het maatschappelijk werk heeft echter nogal wat begripsverwarring en verschil van opvatting omtrent wezen en doel van het maatschappelijk werk veroorzaakt.

Zo ontstaat in de eerste plaats verwarring uit een onduidelijk hanteren van dit begrip. Het wordt namelijk in verschillende betekenissen gebruikt (3, pag. 6):

- "1 Als geheel van inzichten en verworvenheden. (het geheel van theoretische en ervaringskennis ten aanzien van het gemeenschapsleven van de mens, welke kennis praktisch wordt toegepast tot het bereiken van een bepaald doel).
- 2 Als instituut in de samenleving. (het organisatorisch geheel, dat zich ten doel stelt de toepassing onder 1 bedoeld, te realiseren.)
- 3 Het totale handelen van dat organisatorisch geheel.
- 4 Het handelen van de deskundige beroepskracht, volgens bepaalde inzichten en methoden."

(M.i. valt hier ook onder de deskundige hulpverlener, die niet (meer) als betaalde kracht werkzaam is).

In onze tijd wordt het meer en meer gebruikelijk aan de term "maatschappelijk werk" de laatste betekenis te geven. Dit kan mede worden toegeschreven aan een zekere verzelfstandiging en uitkristalisatie welke de activiteit van de beroepskracht heeft ondergaan.

De hulpverlening door het maatschappelijk werk geschiedt systematies en methodies. Naast individueel maatschappelijk werk, wordt o.a. als metodiek gebruikt:

- groeps-maatschappelijk werk;
- gezinsbehandeling ;
- opbouwwerk en
- sociale aktie.

Het huidige maatschappelijk werk richt zich op het welbevinden (welzijn) van de mens in de kontakten met diens omgeving.

Dr. A.J.M. Tienen (4, pag. 74) onderscheidt:

- " - lichamelijk - en geestelijk welzijn (gezondheid) ;
- materieel welzijn (welvaart) ;
- ruimtelijk welzijn (leefbaarheid) ;
- maatschappelijk (sociaal) - en cultureel welzijn."

Allerwege wordt nogal eens gesproken over de "gezonde mens". De psycholoog A.H. Maslow onderkent bij de "gezonde mens" de navolgende kenmerken (5, pag. 32):

- " 1 Superieure waarneming van de realiteit.
- 2 Toegenomen aanvaarding van zichzelf, van anderen en van de natuur.
- 3 Toegenomen spontaniteit.
- 4 Toegenomen concentratie op vraagstukken buiten henzelf.
- 5 Toegenomen gedistantieerdheid en verlangen naar privacy.
- 6 Toegenomen autonomie en weerstand tegen culturele inlijving.
- 7 Grotere frisheid in de waarderingen, rijkdom aan emotionele reacties.
- 8 Hogere frequentie van top-ervaringen.
- 9 Toegenomen identificatie met het genus mens.
- 10 Veranderde (de clinicus zou spreken van verbeterde) interpersoonlijke relaties.
- 11 Democratische karakterstructuur.
- 12 Aanmerkelijk toegenomen scheppende vermogens.
- 13 Bepaalde veranderingen in het waardenstelsel."

Met deze visie van Maslow ben ik het ten dele eens. Ik maak o.m. bezwaren tegen de door Maslow gebruikte onderzoek-metoden.

Drs. M. Traas (6, pag. 74) definieert vervolgens het welziinswerk: " Al die vormen van maatschappelijke arbeid die beogen de mensen te helpen hun problemen, die zij in de samenleving hebben, op te lossen en tot een betere, meer volledige ontplooiing als mens te komen."

Die moeilijkheden die zich kunnen voordoen in de voortdurende wisselwerking tussen persoon en omgeving, die een belemmering zijn of kunnen worden van het sociaal functioneren, kunnen van velerlei aard zijn.

Met name ook door de samenleving ontstaan of kunnen vele problemen ontstaan.

Hoe verschillend die problemen ook mogen zijn, zij hebben gemeen, dat het volgens T.T. ten Have (7, pag. 2 t/m 7) gaat om:

"de behoefte van een als onbevredigend beleefde situatie naar een andere, bevredigende of meer bevredigender situatie te komen."

De menselijke behoeften onderscheidt A.H. Maslow (hoofdzakelijk volg ik 8, pag. 12 en 9 pag. 11) in de navolgende hiërarchie:

1e Fysiologische behoeften (lijfbehoud, veiligheid, zekerheid e.d.)

2e Sociale behoeften (Sociale kontakten en vriendschap
passief = er bij horen/geliefd zijn;
aktief = anderen helpen/inzetten voor
gemeenschap).

3e Behoeften voortvloeiende uit gevoelens van eigenwaarde en zelfbewust-zijn.

(passief= respekt - erkenning - status -
waardering voor derden.

(aktief = zelfrespekt - zelfwaardering -
zelfvertrouwen - onafhankelijkheid).

4e Behoeften zich optimaal te ontplooiën.

Maslow beweert middels deze "groei-theorie", dat in het algemeen geldt dat eerst de "lagere" behoeften tot een redelijke mate van bevrediging gekomen moeten zijn, willen de "hogere" behoeften aan bod komen.

Met deze theorie van Maslow ben ik het eens.

Dit betekent dat de mens steeds weer voor keuzes komt te staan, voortdurend in beweging is.

Dit betekent dat de mens kan veranderen, ook al is hij "vastgelopen".

Daarnaast ben ik van mening, dat ook de omgeving (samenleving) van de mens kan veranderen.

De wetenschap, dat mens en omgeving kunnen veranderen, dat er groeitendenzen aanwezig zijn, maakt hulpverlening m.i. zonder meer zinvol.

In de praktijk kom ik veel mensen tegen die "vastgelopen" zijn in hun situatie. De oorzaken hiervan kunnen gelegen zijn in:

- a. de mens zelf;
- b. zijn relaties met mensen waar hij mee te maken heeft;
- c. zijn omgeving (de meer materiële, niet persoonlijke omgeving);
- d. zijn waardensystemen en/of die van de maatschappij.

Als een persoon problemen ervaart, welke hij noch zelf, noch met behulp van kennissen, burens, vrienden of familie kan oplossen, bestaat de kans dat hij de hulp inroept van een beroepskracht, b.v. een maatschappelijk werker.

De taak van die hulpverlener is dan om de cliënt te helpen met het verhelderen van diens problemen, het verduidelijken van de zaken die met dit probleem te maken hebben en het zoeken naar oplossingen.

Tezamen met het cliënt-systeem zal hij trachten wegen te vinden, respektievelijk vrij te maken - door de "barrières" weg te nemen of te helpen overwinnen - naar een beter en zo mogelijk optimaal sociaal functioneren.

De maatschappelijk werker zal voornamelijk stimulerend bezig zijn; de ander stimuleren in zijn denken over zichzelf en zijn situatie; helpen om inzicht te krijgen en wegen te vinden om zelf weer zijn weg te kunnen vervolgen; attent zijn op de zogenaamde "workability" (Dit houdt o.m. in: voldoende motivering van de cliënt; toegankelijkheid voor redelijke argumenten; bereidheid van de cliënt van zijn eigen mogelijkheden gebruik te maken).

Hij zal er voor waken de verantwoordelijkheid van de cliënt niet over te nemen. Ik ben van mening indien de hulpverlener de verantwoordelijkheid van de cliënt overneemt, de afhankelijkheidsrelatie - die zonder meer aanwezig is op het moment, dat hulpvrager een beroep doet op hulpverlener - alleen maar wordt versterkt.

De "startpositie" van beiden is duidelijk ongelijk. De cliënt zal zich doorgaans als de machteloze voelen, die moet erkennen het niet meer alleen te kunnen. Voor hem is in de regel de situatie nieuw (vreemd).

Van de hulpverlener mag verondersteld worden, dat hij geoefend is in het praten en luisteren, in het herkennen van patronen, die door het cliënt-systeem als exclusief en uniek worden ervaren.

De houding van de maatschappelijk werker zal er op gericht moeten zijn te streven naar een gelijkwaardige verhouding. (zoals vastgelegd in de verklaring omtrent de rechten van de mens).

De cliënt zal eerst dan ervaren, dat ook in hem groeitendenzen aanwezig zijn; dat hij kan veranderen en daardoor ook zijn relaties.

De activiteiten van de maatschappelijk werker zullen het ene moment meer bestaan uit voorlichting, bemoediging, versterking van de eigen krachten van de hulpvrager e.d.. Het andere moment kunnen de activiteiten gericht zijn op beïnvloeding en verandering van de situatie als zodanig:

- verlichten van de druk uit de omgeving;
- corrigeren van bepaalde zienswijzen;
- verbetering van financiële omstandigheden;
- inschakelen van disciplines voor andersoortige voorzieningen of maatregelen.

Kort gezegd komt het er op neer, dat er in het hulpverleningsproces verschillende benaderingen mogelijk zijn.

Welke benadering ikzelf toepas, hangt in sterke mate af (kan derhalve verschillen) van de situatie waarin de cliënt verkeert en van mijzelf. Ik ga daarbij uit van het volgende:

- ieder mens is uniek.
- ieder mens heeft waarde, betekenis.
- iedereen heeft recht op vrijheid van keuze.
- iedereen draagt verantwoordelijkheid.
- ieder mens heeft recht op ontplooiingsmogelijkheden.
- iedereen bezit de mogelijkheid tot verandering.

Om nu een redelijk inzicht te krijgen in de persoon in relatie tot zijn omgeving is het noodzakelijk om kennis van die omgeving te hebben.

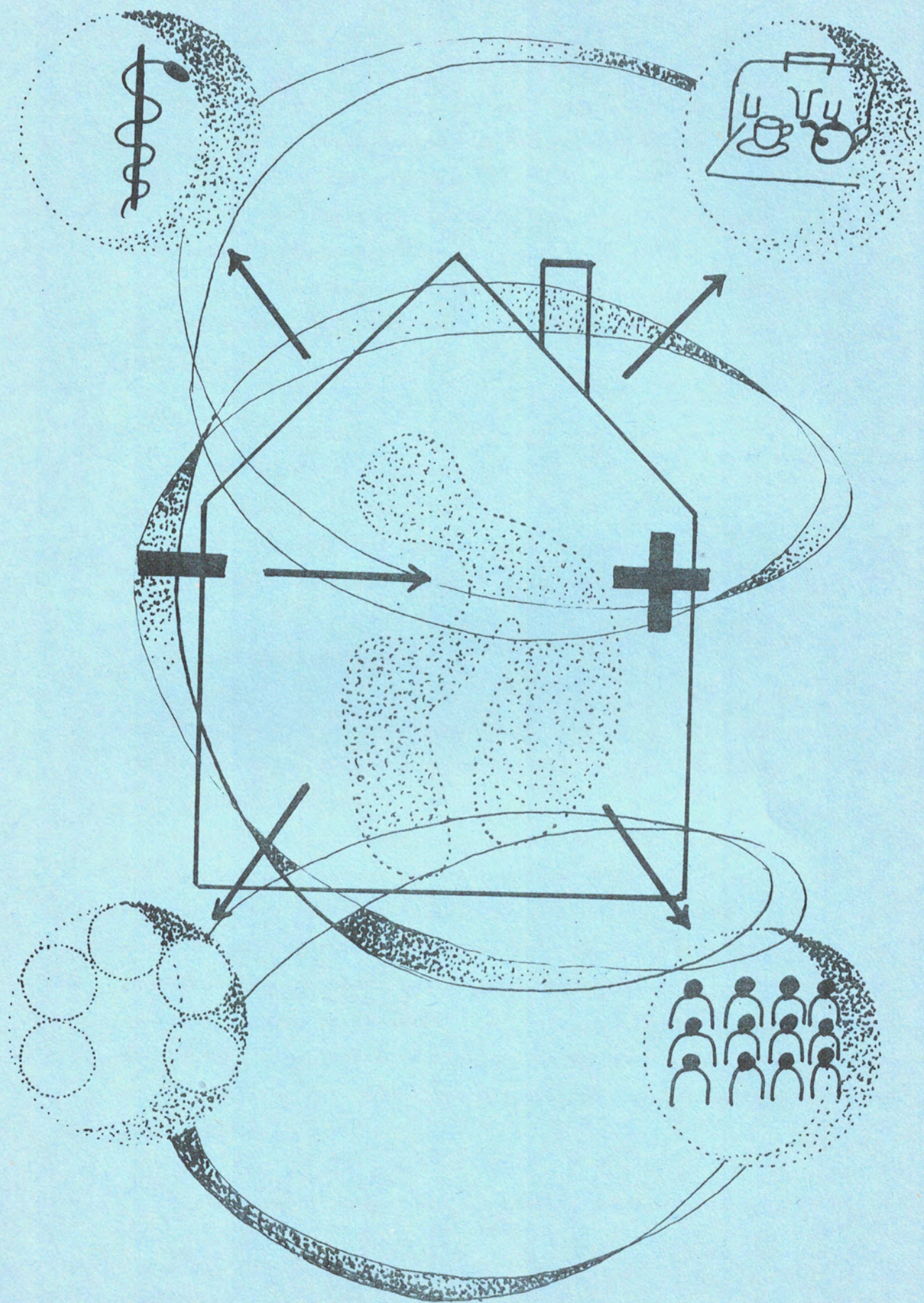
Iedere hulpverlener zal inzicht moeten hebben in de "sociale kaart" van die omgeving.

Daarbij komt hij mogelijk in aanraking met andere hulpverleners. Wellicht kunnen die een ander facet van de hulpverlening belichten.

Ik ben er van overtuigd, dat iedere welzijnswerker slechts een gedeelte van de persoon in diens verhouding met anderen kan ervaren.

De praktijk van de hulpverlening maakt duidelijk dat de lichamelijke-, de geestelijke- en de maatschappelijke functies van de mens sterk met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Storing van één der functies kan een kettingreactie veroorzaken in één of meerdere andere functiegebieden.

Een adekwate interdisciplinaire samenwerking lijkt mij daarom zeer gewenst, zo niet noodzakelijk.



II ALGEMENE BESCHOUWINGEN.

In hoofdstuk I zien wij dat veel personen, disciplines en instellingen zich bezig houden met het welzijn van de individuele mens en samenlevingsverbanden.

M.i. kunnen welzijnswerkers niet of nauwelijks vanuit een geïsoleerde positie hun taak uitoefenen.

Gekonkludeerd kan worden dat de begrippen overleg en samenwerking wezenlijk verbonden moeten worden aan het begrip welziinsbevordering.

In dit hoofdstuk wil ik mij nader verdiepen in:

1. Wat verstaan wij onder samenwerking;
2. Waarom (geen) samenwerking ;
3. Belemmeringen om tot samenwerking te komen en
4. Voorwaarden voor een zinvolle samenwerking.

1. Wat is samenwerking.

Door velen wordt nog steeds verondersteld dat het bij samenwerken in de eerste plaats gaat om duidelijke werkafspraken en een goede verwijzingsprocedure.

Velen denken dat door samenwerking bepaalde "oneigenlijke" taken kunnen worden afgeschoven. Men zou dan minder belast worden en komt dan tot betere werkresultaten. Samenwerken vergt m.i. bijzonder veel energie van de participanten. Men doet dingen samen. Hoe langer hoe meer leert men de ander in de eigen overwegingen of persoonlijk uitgedachte plannen te betrekken. Het gevolg is, dat men zich weldra steeds weer gekonfronteerd ziet met de vraag: "Wat betekent het voor mijn opstelling dat anderen om mij heen staan, dat anderen taken van mij overnemen?"

Bij samenwerking gaat het in ieder geval om twee aspecten:

- a. Samen.
- b. Werken.

a. S A M E N.

Samen is het tegengestelde van alleen. Samenwerken veronderstelt samen doen. Dit houdt in:

- de ander kennen naar de eigenheid van zijn discipline en zijn persoon.
- vertrouwen hebben.
- het opgeven van een stuk(je) individualiteit.

Samen veronderstelt een wisselwerking. Niet de één die taken uitdeelt en de ander die ze uitvoert.

Ik bedoel hiermee, dat de één geen hulpje wordt van de ander, dat de één zijn eigen inbreng niet prijsgeeft ten bate van de ander.

b. W E R K E N.

- Elkaar informeren over zaken die jezelf aangaan.
Informatie uitwisselen over elkaars beroep.
- Konsulteren, signaleren en verwijzen.
Gebruik maken van elkaars deskundigheid.
- Taken verdelen op basis van gelijkwaardigheid naar het aspect van de eigenheid der disciplines.

Kort gezegd is er volgens drs. S.J. van Driel (10, pag. 45 t/m 51) sprake van een samenwerking als de leden van een samenwerkingsverband hun taken en opvattingen door onderlinge omgang op elkaar en op een bepaald doel afstemmen.

2. Waarom samenwerking.

Het doel van samenwerking tussen welzijnswerkers moet zijn te komen tot een betere hulpverlening.

Welzijnswerkers trachten veelal individueel - als "kleine zelfstandigen" - hulp te verlenen. In de regel hebben zij slechts incidentele contacten met andere hulpverleners als het contact met een bepaalde cliënt/patiënt dit absoluut noodzakelijk maakt.

Ook dan gebeurt het niet altijd. Vaak probeert de hulpverlener op eigen terrein en vanuit eigen invalshoek hulp te bieden.

Door de individuele hulpverlener wordt m.i. bij het cliënt-systeem te weinig "geïnteriseerd".

Over het algemeen wordt te weinig nagegaan welke en hoeveel disciplines in het cliënt-systeem werkzaam zijn.

Uit doelmatigheids- en economische overwegingen is het op zijn minst gewenst, dat hulpverleners die dezelfde (potentiële) cliënten hebben van elkaar weten wat zij doen.

Dan kan bekeken worden of er niet te veel hulp wordt verleend, of het zinvol is de hulpverlening te verminderen, af te bouwen, eventueel te beëindigen.

Niet zelden gebeurt het dat welzijnswerkers - bij geen of een gebrekkige samenwerking - door de cliënt tegen elkaar worden uitgespeeld.

Ik vraag mij weleens af, of de mankracht wel daar wordt ingezet waar de noden werkelijk het grootst zijn.

Praktijkgeval.

Het gezin A bestaat uit man (48), vrouw (39) en 8 kinderen in de leeftijd van 2 t/m 16 jaar.

Het gezin woont in een veel te kleine eigen woning.

Het gezin kampt met een veelheid aan problemen.

Bij het begin van mijn contacten blijken 15 welzijnswerkers bemoeienissen te hebben met dit gezin. Een "inventaris" in de vorm van een funktionarissenlijst wordt opgemaakt.

Na verloop van tijd komt het gezin voor een keuze te staan:

- woning vergroten middels een verbouwing of
- woning verkopen en een huurwoning betrekken.

Zonder dat de hulpverleners het van elkaar weten blijkt op een gegeven moment een aantal hulpverleners zich - op dringend verzoek van het echtpaar A - te beijveren voor het realiseren van een verbouwing (tekeningen, vergunningen, subsidieverzoeken e.d.). Andere welzijnswerkers trachten op hetzelfde moment een huurwoning voor dit gezin te verkrijgen. Eén van de gevolgen is, dat tussen diverse hulpverleners wrijvingen/spanningen ontstaan.

In de praktijk komt het ook voor dat drie of vier hulpverleners uit één werksort (maatschappelijk werk) naar verschillende werkfunkties in één kliënt-situatie werkzaam zijn.

Ik denk hierbij aan maatschappelijk werkers van sociale dienst (financiële problematiek); algemeen maatschappelijk werk (relationele problemen); buro alcoholisme en drugs (alcohol en/of drugsproblemen) en b.v. instelling voor gezinsvoogdij (ondertoezichtstelling).

Naast het nadeel dat de individuele incidentele wijze van werken oplevert, werkt dit de ondoorzichtigheid voor het kliënt-systeem nog meer in de hand.

Moet de huisarts - gekonfronteerd met een overspannen moeder - gezinshulp adviseren, de man naar een arbeidsburo verwijzen of moet een kind naar een medies opvoedkundig buro worden verwezen?

Bij dit voorbeeld liggen de oorzaken van de moeilijkheden bij de hulpverlener zelf, in zijn relaties of in de omgeving. Meestal is het een combinatie van deze factoren.

("Wij hebben het zo druk, men claimt ons te veel, wij komen niet of nauwelijks toe aan meedenken").

Door het erkennen van elkaar, het onderkennen van de eigen beperktheden, de wil om samen na te denken en er iets aan te doen, kan een gezamenlijke toenadering groeien.

De behandelingsmogelijkheden kunnen meer op elkaar worden afgestemd, zodat er t.a.v. het behandelingsplan en de hulpverlening een grotere kans van slagen bestaat.

In veel gevallen is het voor een individuele hulpverlener niet mogelijk de oorzaken van problemen samen met het kliënt-systeem op te lossen.

Door samenwerking met meerdere hulpverleners zal het signaleren en doorgeven van problemen beter tot zijn recht kunnen komen.

De huisarts, wijkverpleegkundige, leidster gezinsverzorging komen in vele cliënt-situaties. Zij hebben een gemakkelijke entree en kunnen daardoor een signalerende functie vervullen voor b.v. de maatschappelijk werker. Omgekeerd zal de maatschappelijk werker een huisarts attent kunnen maken op mensen die (tijdelijk) mediese zorg nodig hebben om uit een impasse te geraken: personen met fobieën, depressies e.d..

Een onjuist gebruik van medicijnen kan verminderd of voorkomen worden door een gezamenlijke benaderingswijze, gebaseerd op de veronderstelde samenhang tussen het somaties-, psychies- en sociaal functioneren van de mens.

Interdisciplinaire samenwerking biedt tevens de mogelijkheid om nieuwe methodieken te leren kennen.

De werkomstandigheden kunnen gunstiger worden.

De mogelijkheid om de eigen deskundigheid te bevorderen kan toenemen.

Door wederzijdse informatie, mogelijkheden tot onderlinge toetsing (sociale controle), begeleiding, consultatie en andere wijzen om kennis en vaardigheden van elkaar over te nemen, krijgt de welzijnswerker meer en betere mogelijkheden zijn functioneren als hulpverlener te verbeteren dan wanneer hij dit alleen moet doen.

Door het vroegtijdig onderkennen en werken aan problemen, kan geprobeerd worden te voorkomen (preventie) dat andere mensen soortgelijke problemen ervaren.

Zowel hulpvragers als hulpverleners dienen daarbij niet uit het oog te verliezen, dat problemen wezenlijk verbonden zijn aan het menselijk bestaan.

Het gevaar is niet denkbeeldig dat hulpverleners wel eens te veel willen behandelen!

Naast de genoemde factoren welke pleiten vóór samenwerking, kan ieder samenwerkingsverband belangrijke nadelen opleveren:

- Bedreiging voor het cliënt-systeem.

Een eerste effect van een gezamenlijk optreden van hulpverleners kan angst bij de cliënt veroorzaken:

"Allen tegen één". Angst kan velerlei oorzaken hebben. B.v. als de cliënt duidelijk wordt gemaakt dat hij participant is, dat derhalve van hem een actieve(re) rol wordt verwacht.

Een nadere vorm van angst kan bij de cliënt enorme weerstanden opleveren indien hulpverleners - in hun zorg vóór de cliënt - deze al of niet opzettelijk "vergeten" in te schakelen.

Het geheel heeft dan iets weg van samenspannen. De cliënt kan hierop terecht reageren met: "Blijf zitten waar je zit".

In de praktijk heb ik het nog niet meegemaakt, dat een cliënt zelf op de gedachte kwam om met alle of een aantal van zijn hulpverleners om de tafel te gaan zitten. (Methodies probleem)

- De visies ten aanzien van de hulpvrager kunnen te eensluidend worden. Dit kan een beperking inhouden voor de hulpvrager in diens vrijheid om het kiezen van een hulpverlener (Waarderingsprobleem).
- De cliënt kan het "slachtoffer" worden van diverse misverstanden, b.v. ontstaan door:
 1. de gedachte dat waar meer mensen samenwerken, de kans op misverstanden groter is;
 2. dat de werkzaamheden aan elkaar overgelaten worden, ("Ik dacht dat jij dat zou regelen"), waardoor er in feite niets of nauwelijks iets gebeurt. (Kommunikatie-problemen).
- De faktor tijd. Samenwerking vergt veel energie en tijd (Organisatieprobleem).
- De slagvaardigheid is over het algemeen minder dan bij een solistische benadering (Prakties probleem).

Door allerlei belemmeringen mislukken vele samenwerkingsverbanden of zijn gedoemd tot mislukken.

Eenvoudig gezegd beantwoord ik de vraag:

"Waarom samenwerking?" met: "Samen kun je meer".
(Altans als aan een aantal voorwaarden is voldaan!)

3. Belemmeringen om tot samenwerking te komen.

In de praktijk wordt hierover verschillend gedacht. Factoren welke een stagnatie in een samenwerking kunnen veroorzaken, ja zelfs kunnen beletten zijn in willekeurige volgorde:

- Weigeren om samen te werken.

Verspreid in het land functioneren welzijnswerkers, die op levensbeschouwelijke - en/of andere gronden - niet kunnen of niet willen samenwerken.

Bij levensbeschouwelijke geschillen denk ik b.v. aan abortus, eutanاسie, homofilie, konkubinaat.

Deze onderwerpen kunnen onoverkomelijke bezwaren opleveren bij een poging om tot samenwerken te komen.

M.i. is het een goed recht van iedere welzijnswerker om niet met andere welzijnswerkers samen te werken. Het cliënt-systeem moet hiervan echter niet de dupe worden, net zo min als het de dupe mag worden van wel samenwerken.

Iedere welzijnswerker behoort in principe de bereidheid te tonen om een gesprek aan te gaan over het onderwerp samenwerken.

- Verschillen in relatie tussen diverse hulpverleners en cliënt.

De relatie tussen b.v. maatschappelijk werker of geestelijk verzorger met de cliënt is een andere dan die tussen de huisarts en diezelfde cliënt.

- Verschillen in sociale posities tussen welzijnswerkers onderling.

Er bestaan "vertikale"- en "horizontale" relaties.

Tussen b.v. huisarts en wijkverpleegkundige is vaak sprake van een "vertikale" verhouding.

Verschillen in organisatiestructuren (worksetting).

- * de huisarts is eraan gewend alleen te werken; hij is een vrije ondernemer.

- * vele andere welzijnswerkers werken in loondienst en worden niet per cliënt uitbetaald.
- * de financiële situatie tussen de diverse hulpverleners is nogal verschillend, alsmede verschillen in tijdsinvestering per contact.

Globaal gesproken:

- bij de huisarts 7.5 minuten.
- bij de wijkverpleegkundige 15 à 30 minuten.
- bij de maatschappelijk werker ca. 60 minuten.

- Onbekendheid met elkaars waarden- en normensystemen.

- Onvoldoende inzicht in elkaars beroepsbeeld, zoals b.v.:
 - * de huisarts is er voor lichamelijke klachten.
 - * de maatschappelijk werker is er slechts voor het oplossen van financiële- en administratieve problemen.
 - * de wijkverpleegkundige geeft injecties en wast de billen.

- Verschillen in opleiding, inzicht en status, waardoor irritaties kunnen ontstaan. (Kultureel probleem)

- Onduidelijke grenzen van ieders vakgebied (Demarkatie-problemen)

- Verschillen in taal en terminologie (Vakjargon)

Bepaalde woorden, uitdrukkingen hebben voor diverse disciplines een verschillende betekenis. Dit kan verwarring geven.

- Gebrek aan ervaring met samenwerking.

- Veel wisselingen van hulpverleners binnen een instelling.

Vooraf binnen het maatschappelijk werk wordt regelmatig van baan veranderd.

In hoeverre deze mogelijke knelpunten een rol spelen, zal sterk afhangen van de persoonlijkheid, de inzet en de interpersoonlijke verhoudingen.

4. Voorwaarden voor een zinvolle samenwerking.

Wanneer vertegenwoordigers van verschillende disciplines een samenwerkingsverband aangaan, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

Wie in de uitoefening van zijn beroep nooit of sporadisch contact heeft gezocht met andere hulpverleners, wie niet aan den lijve heeft ondervonden dat samenwerken beperkingen en mogelijkheden geeft, moet zich eerst nog eens afvragen of hij wel wil samenwerken.

Behalve elkaar kennen, leren kennen of de mogelijkheden scheppen om elkaar te leren kennen, vertrouwen hebben, elkaar zowel professioneel- en als mens waarderen, onderkennen wij een aantal voorwaarden van een samenwerking:

A. Principiële voorwaarden:

- Het formuleren van een gemeenschappelijk doel van de samenwerking, te richten op de hulpvraag en de achtergronden ervan. Zonodig dit doel omschrijven en opnemen in een kontrakt.
- Overeenstemming over de richting van de hulpverlening.
- Overeenstemming over het beroepsgeheim.
Los van ieders individuele beroepskode moeten afspraken gemaakt worden over de grenzen en het hanteren van ieders beroepsgeheim binnen het samenwerkingsverband.
- Duidelijkheid over ieders beroepsbeeld.
Van elkaar weten wat ieder doet.
Zich niet begeven op andermans terrein.
("kompetentie").
- Respekt voor elkaars handelen.
Van elkaar aannemen, dat ieder doordacht, kundig en rekening houdend met de belangen van de cliënt handelt, dat ieder naar beste vermogen zijn beroep/functie uitoefent.

- In principe de mogelijkheid voor de cliënt/patiënt om deel te nemen aan het overleg.

Dit is beslist niet in alle gevallen mogelijk. Per situatie moet dit worden gezien.

In de praktijk komt het helaas herhaaldelijk voor, dat het cliënt-systeem opzettelijk wordt "vergeten" of "over het hoofd wordt gezien".

B. Praktiese voorwaarden:

- Afspraken over tijdstip, frekwentie, tijdsinvestering en plaats.
- Overeenstemming over het maximum aantal deelnemers en de mogelijkheden voor introducees.
- Overeenstemming over het organisatiemodel.
- Duidelijkheid over ieders relatie met het "achterland" (instellingen).
- Duidelijkheid over ieders werkgebied.
Opstellen van een sociale kaart.
- Regelmatige evaluatie.

Daarnaast dient ieder teamlid overtuigd te zijn van zijn eigen beperkingen (attitude):

Jezelf krities durven bekijken en laten bekijken.
Openstaan voor andere opvattingen.

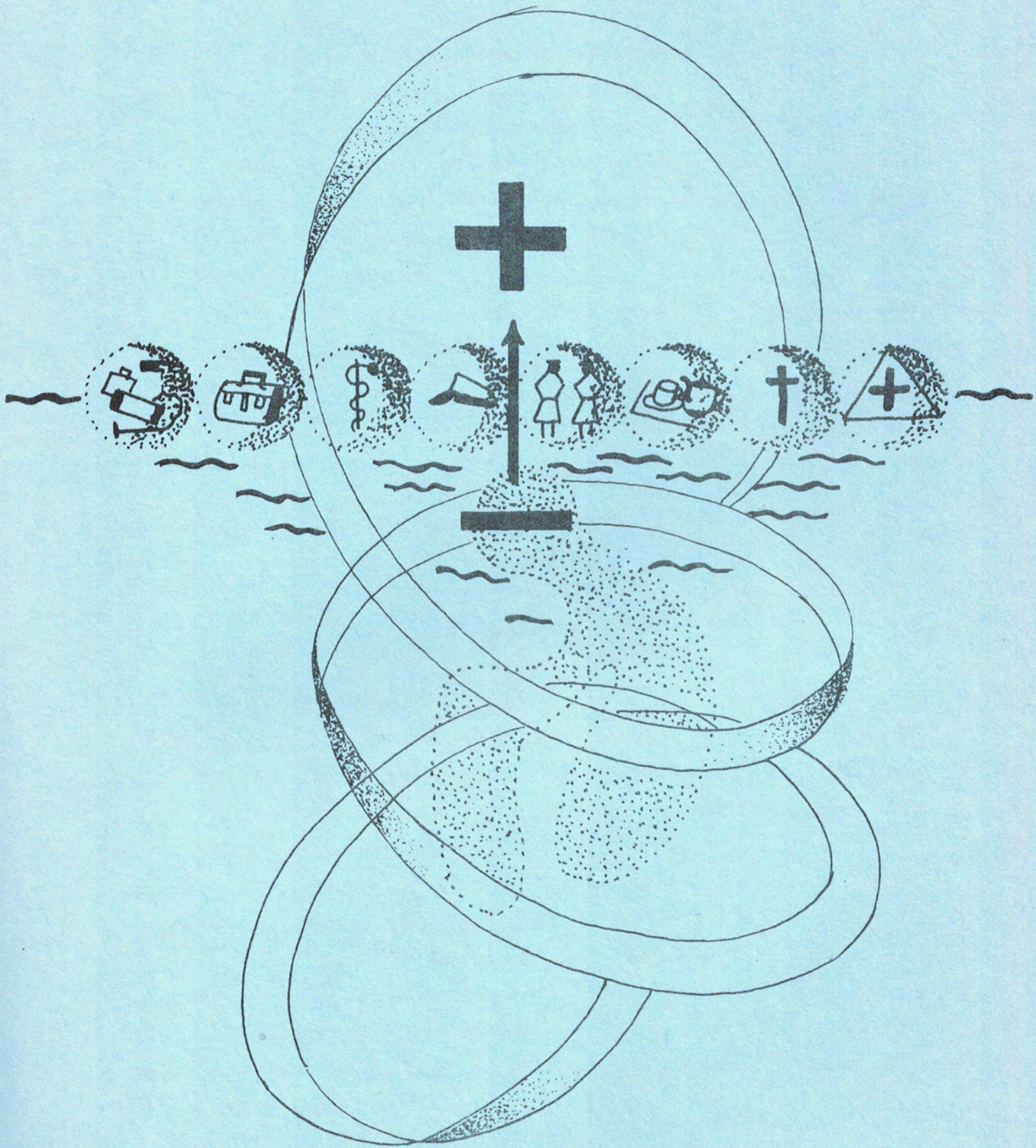
Het durven loslaten van een houding en een werkwijze die in de loop der jaren een vanzelfsprekendheid is geworden.

Behalve het taakproces - gericht op het verwezenlijken van een gemeenschappelijk doel - vindt in elk samenwerkingsverband een relationeel proces plaats.

Dit wordt gevormd door de persoonlijke relaties tussen de deelnemers van een samenwerkingsverband.

In hoofdstuk IV kom ik hierop terug.

Bezien wij nu in het volgende hoofdstuk de verschillende gesprekspartners (komponenten).



III KOMPONENTEN IN DE SAMENWERKING.

In dit hoofdstuk besteed ik aandacht aan diverse gesprekspartners. Allereerst komt de kliënt aan bod.

Diens belangen behoren immers voorop te staan.

Vervolgens volgt een omschrijving van vrijwilliger, huisarts, wijkverpleegkundige, leidster gezinsverzorging, agent van politie, geestelijke verzorger, maatschappelijk werker en tenslotte enige andere hulpverleners.

Ik beoog hiermee achtergronden, eventuele overlappingsen en verschillen in functies tussen deze personen/disciplines te verduidelijken.

1. Kliënt.

Andere benamingen: Hulpvrager, hulpontvanger, hulpbehoevende, cliënt-systeem, vanuit een iets andere optiek: "cliënt-situatie" (11, pag. 9 t/m 11).

In de veelheid aan literatuur over het maatschappelijk werk wordt over het algemeen weinig geschreven over de cliënt zelf.

Ook in artikelen, onderzoeken, werkstukken e.d. over vormen van overleg en/of samenwerking binnen het welzijnswerk wordt de cliënt vaak "over het hoofd gezien".

Een veelvuldig gehoorde opmerking van cliënten is dat er nog steeds over en niet met hen wordt gepraat.

Dit is één van de redenen dat cliënten zich vanaf 1970 hebben verenigd in hun tans meer dan duizend leden tellende "Cliëntenbond". (12, pag. 9 t/m 13). Alhoewel deze bond op mij nog geen sterke indruk maakt, konkludeer ik, dat de cliënt zich meer bewust is geworden van zijn positie.

Wie is nu die cliënt?

H.H. Perlman (13, pag. 80) komt tot de navolgende omschrijving: "Een persoon met een probleem die naar een instelling voor maatschappelijk werk (of bij een representant van een dergelijke instelling komt)en enige vorm van hulp ontvangt."

Deze definitie vind ik onvolledig, omdat andere instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (b.v. gezinsverzorging, geestelijke verzorging en vrijwillige hulpverlening) ook over cliënten spreken.

Met de onderscheiding naar aard en omvang van wat onder "kliënt" wordt begrepen, wordt echter bedoeld dat de cliënt niet steeds één persoon behoeft te zijn.

Bij hulpverlening gaat het beslist niet altijd alleen om de enkeling. Ook grotere sociale eenheden worden als "kliënt" beschouwd.

T.T. ten Have (14, pag. 9 t/m 11) spreekt van "Cliënt-situaties". Bij zijn opsomming van dit begrip neemt hij niet slechts de sociale eenheid als zodanig in beschouwing, maar ook de vraag of het bij deagogiese arbeid gaat om de interne situatie van de cliënt of om diens eksterne relaties tot personen of groepen in zijn omgeving.

Met Ten Have ben ik van mening, dat kliënten kunnen bestaan uit:

- individuen;
- organisaties;
- gemeenschappen of samenlevingen

en derhalve toegankelijk voor het maatschappelijk werk.

Hoe wordt een individu nu cliënt?

H.H. Perlman (15, pag. 42 en 44) is van mening, dat in een ingewikkelde maatschappij als de onze, het individu zich behendig en soepel moet kunnen aanpassen om de talrijke verwisselingen van rol te kunnen volbrengen, die zelfs in de loop van een enkele dag van hem worden geëist.

Hij wordt cliënt op het moment dat hij naar een beroepskracht gaat (m.i. ook een vrijwilliger) en hij niet in staat is om één of enkele van zijn levenstaken evenwichtig en bevredigend te vervullen. De oorzaak kan zijn, dat zijn gedrag er onjuist op is ingesteld. Dit leidt dan tot moeilijkheden en ondoeltreffendheid. Het kan ook zijn dat de maatschappelijke omstandigheden zijn optreden belemmeren of ondermijnen.

De kliënt heeft volgens Perlman een dubbel probleem:

- 1e. datgene wat hem naar de instelling brengt en
- 2e. het probleem van hulp te moeten vragen.

In mijn contacten met cliënten ervaar ik veelvuldig hoe moeilijk mensen het vinden om hulp te moeten vragen. Bij velen geeft dit gevoelens van onzekerheid.

Wat wordt er onder een probleem verstaan?

Een probleem kan worden opgevat als het verschil tussen een wenselijke toestand en een werkelijke toestand.

Om van een probleem te kunnen spreken is er altijd een vergelijkingsmaatstof nodig. Pas wanneer hulpvrager en hulpverlener een voorstelling hebben van een wenselijke situatie kunnen zij in een gegeven situatie tekorten ontdekken. Deze worden dan problemen genoemd. Zo bestaan er ook sociale problemen (hoofdzakelijk volg ik 15, pag.47):

- " a. een situatie welke door een belangrijke groep mensen in de samenleving als problematies wordt ervaren;
- b. die omstandigheden en kondities die het leven van een mens sterk beïnvloeden of er sterk beïnvloed door worden, zoals:
1. onbevredigde behoeften en onbevredigende situaties;
 2. spanningen die een persoon verhinderen doeltreffend zijn sociale rollen te vervullen;
 3. onvermogen de onder 1 en 2 genoemde problemen zelfstandig op te lossen, waardoor iemands maatschappelijke verhoudingen eronder gaan lijden."

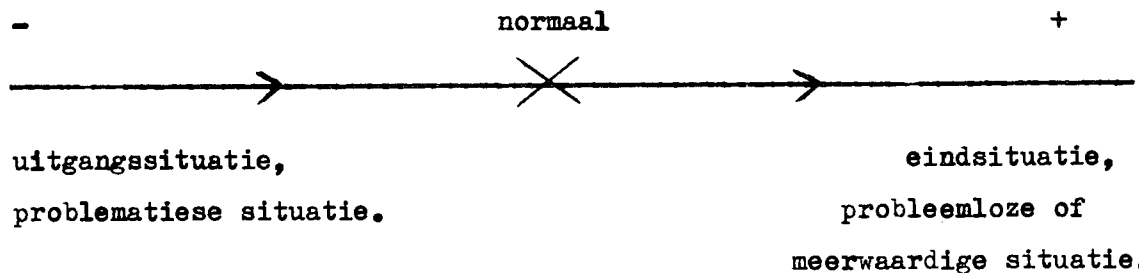
Ik merk hierbij op, dat de problemen onder 1 en 2 genoemd als normaal kunnen worden beschreven.

Perlman wijst er terecht op, dat een cliënt steeds een kombinatie van problemen meebrengt:

steeds 1 en/of 2, maar altijd in combinatie met 3.

De hulpverlening kan vervolgens herleid worden tot het onderstaande grondmodel (16, pag. 7):

weg van de hulpverlening:



Voordat de cliënt het besluit heeft genomen om hulp te vragen van een beroepskracht, heeft hij in de regel eerst met één of meerdere andere mensen uit zijn omgeving over zijn moeilijkheden gesproken.

Tot slot citeer ik artikel 14 van de "Code voor de maatschappelijk werker" (17, pag. 6):

"Bij al hetgeen de hulpverlening raakt, handelt de maatschappelijk werker met medewerking van of in overleg met de cliënt. Slechts indien het de cliënt kennelijk niet mogelijk is in dezen zijn wil te bepalen of indien belangen van anderen of van de gemeenschap met ernstige schade bedreigd worden, is een handelen buiten hem om aanvaardbaar."



2. Vrijwilliger.

Een leefbare samenleving in onze tijd is m.i. alleen denkbaar, wanneer er tussen mensen onderling een spontane openheid en hulpvaardigheid blijft bestaan. In deze hulpvaardigheid moet tegelijkertijd een fundamenteel respect voor de vrijheid en zelfstandigheid voor de ander mogelijk zijn.

In tegenstelling tot vroeger bestaan er veel minder vaste groepen of personen op wie men terug kan vallen. Dit betekent dat mensen van elkaar afhankelijk zijn. Zij hebben elkaar nodig om een draaglijke samenleving te vormen.

Tegenwoordig zijn vele grenzen doorbroken. Verbanden gaan ontbreken. Iedereen heeft met iedereen te maken. Alleen in de traditionele maatschappij en in sommige streken op het platteland bestaan nog regels voor de onderlinge hulpverlening (b.v. burenhulp).

Door met name bevolkingsimport van buitenaf en vertrek van jongeren naar de steden, verwateren en verdwijnen de oude vormen van hulpverlening.

Al met al heeft het vrijwillige hulpverleningswerk een eigen ontwikkeling doorgemaakt. Door beroepskrachten wordt de vrijwilliger nogal eens gezien als een ondeskundige.

Ik ben van mening, dat de vrijwilliger niet gezien moet worden als een "maatschappelijk-werker - in - zakformaat", maar als een mens die door zijn - in de regel niet beroepsmatig denken en handelen - eigen achtergrond, levenservaring en gezond verstand eigen mogelijkheden tot helpen heeft.

Deze mogelijkheden liggen op het vlak van grotere persoonlijke betrokkenheid, solidariteit en grotere vrijheid in werkwijze. In feite is hij hierin een "specialist".

In zijn woon- en werkomgeving kent hij vaak mensen, die moeilijkheden hebben.

Over het algemeen overschrijden mensen niet zo gemakkelijk een "Drempel" van b.v. een buro voor maatschappelijk werk.

De vrijwilliger kan de in moeilijkheden verkerende mens attent maken op bestaande disciplines. Hij kan als een "brug" (signaleren, helpen, verwijzen) fungeren tussen adspirant-kliënt en beroepskracht.

Door zijn bekendheid met de omgeving is hij soms beter in staat problemen in deze gemeenschap - veroorzaakt door kulturele- en/of structurele factoren - te onderkennen en door te spelen naar de beroepskracht.

Samengevat enige kenmerken van de goede vrijwilligers:

- hulpverlening in vrije tijd.
- incidentele hulpverlening als onderdeel van vriendschap.
- hulp mede bepaald door emotionele betrokkenheid.
- persoonlijke houding - gegrond op sociale- en etiese maatstaven - , zoals deze gelden voor een vriendschapsrelatie.
- hulpmogelijkheden vanuit een levenservaring en gezond verstand.
- vriendschapsband op basis van wederzijdse sympathie en genegenheid.

Regelmatig werk ik samen met één of meerdere vrijwilligers.

Enige praktijk-voorbeelden:

- Vrijwilliger die stervenden begeleidt;
- Vrijwilligster die een gescheiden vrouw met drie kinderen begeleidt. Deze gescheiden vrouw onderhoudt een relatie met een alcoholist. Hij is vader van het jongste kind. De vrouw wordt regelmatig door hem ernstig mishandeld. De vrijwilligster is een toevluchtsoord voor haar en de kinderen. In overleg en samenspel met diverse beroepskrachten wordt deze vrijwilligster aangesteld als gezinsvoogdes.

Werkelijke en zinvolle hulp wordt m.i. meestal incidenteel - zonder omslag - , vaak anoniem gegeven.

Deze vorm van hulpverlening moet niet te veel worden georganiseerd. Spontaniteit valt in wezen niet te organiseren.

Volledigheidshalve merk ik op, dat de vrijwilliger ingeschakeld kan worden door specialisten (beroepskrachten).

Hij kan ook als het ware een "verlengstuk" zijn van het cliënt-systeem.

Fia van Veenendaal - 2e kamerlid DS '70 - (18, pag. 7) pleit voor een eerherstel voor de vrijwilligers:

"Een geheel nieuwe structurele aanpak is nodig, aan te pakken op het niveau van wijk of buurt. Vrijwilligers worden slechts hier en daar geduld. Vrijwel elke spontane aktie wordt verlamd, omdat de professie meent te moeten begeleiden, te moeten intaken, follow-uppen en evalueren. Waar het om gaat is, dat er kontaktmogelijkheden zijn, van mens tot mens. Daarbij zou de professie voor een belangrijk deel over boord kunnen."

Met deze visie ben ik het slechts ten dele eens. Vrijwillige hulpverlening moet zeker niet verlamd worden. Een goed samenspel tussen vrijwilliger en professionele kracht lijkt mij onontbeerlijk.

In Nederland bestaan diverse vrijwilligersorganisaties zoals de Unie van Vrouwelijke Vrijwilligers (U.V.V.); de Hervormde Vrouwendienst, De Rooms-Katholieke pendant hiervan en de plaatselijke geestelijke verzorging van het Humanistisch Verbond.

Besluiten wij deze paragraaf met art. 5 van de Code voor de maatschappelijk werker (19, pag. 5):

"De maatschappelijk werker is bij de hulpverlening bereid tot een loyale samenwerking met vrijwillige medewerkers."



3. Huisarts.

In 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht. Het doel was de huisartsengeneeskunde op een hoger niveau te brengen.

Het Genootschap beschouwde het als één van haar eerste taken te komen tot een omschrijving en inventarisatie van taak en functie van de huisarts. Als resultaat hiervan ontstond het Woudschoten-rapport. De functie van de huisarts wordt hierin als volgt omschreven:

"Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele en gezinsgezondheid".

Het is duidelijk, dat hiermee een ideaal is gesteld, dat mogelijk nooit bereikbaar zal zijn. Toch bevat deze formulering enkele essentiële kenmerken, die men in het werk van alle huisartsen terug kan vinden. De belangrijkste kenmerken zijn:

- De huisarts is direct toegankelijk voor zijn patiënten.
- Hij heeft met hen langdurig en regelmatig contact.
- Hij kan de patiënt zien als een totaliteit.
- Hij ziet zijn patiënt in zijn milieu.

Het beeld van de huisarts (beeld dat de huisarts van zichzelf heeft en het beeld van hem dat bij patiënten leeft), zoals die (nog) bij brede lagen van de bevolking aanwezig is, ziet er echter anders uit:

- De hoeveelheid tijd, die de huisarts voor zijn patiënten beschikbaar heeft wordt over het algemeen onvoldoende geacht. (volle wachtkamer; lange afspraaklijst).

- De dokter is er voor de lichamelijke klachten. (Op een klacht volgt meteen het antwoord. Vervolgens wordt meestal een recept afgegeven). De patiënt vraagt, de arts weet:

Hij is een autoriteit op het medies terrein.

- De patiënt doet in de regel wat de dokter zegt. De verantwoordelijkheid ligt bij de arts.

De patiënt blijft in principe passief.

" De verhouding van de arts naar de patiënt is onderschikkend.

Keerzijde van de afhankelijkheid van de patiënt is, dat de arts geen hulp kan weigeren:

zijn relatie is niet vrijblijvend, hij moet antwoord geven.

De rolopvatting van de huisarts en de rolopvatting van de patiënt mogen "de stilzwijgend gemaakte afspraak" - niet alleen tussen de arts en de patiënt, maar mede door de cultuur bepaald - niet overschrijden.

Gebeurt dit wel dan ontstaat er verwarring, onzekerheid en ontevredenheid." (20, pag. 29/30)

Toch gebeurt dit steeds vaker. De psycho-sociale problematiek dringt zich steeds meer op.

M.i. zal de rol van de arts zich moeten wijzigen. Die rol - mede bepaald door de cultuur - is zo in de loop der jaren gegroeid en niet altijd zo geweest. Dit betekent dat hierin verandering kan optreden. Onder invloed van verschuivingen in het cultuurpatroon, alsmede de invloed van de menswetenschappen zal het rolgedrag van de arts zich moeten aanpassen.

De arts kan niet meer alleen volstaan met het werken volgens het medies model: "Op een lichamelijke klacht met een lichamelijk onderzoek en behandeling reageren."

"Er bestaat behoefte aan geïntegreerde kennis omtrent de hulpvrager. Vermoedelijk ligt hier de basis tot een eerste-lijnsvoorziening.

De huisarts kan zijn taak niet meer alleen aan. Zijn kennis moet worden aangevuld vanuit de menswetenschappen." (21, pag. 291-293)

Langzamerhand bestaat er in de mediese wereld behoefte aan informatie over de oorzaken en gevolgen van de wisselwerking tussen hulpvrager en diens omgeving. Hulpmiddelen hiervoor zijn o.a. bijscholing, verdere scholing, wetenschappelijke onderzoeken, alsmede overleg c.q. samenwerking met andere welzijnswerkers.

Volgens C.J. Lammers (22, pag. 135) treden er verschuivingen op in de structuur van het artsenberoep:

"Het optreden van de arts is gebonden aan een in zijn professie vrij algemeen aanvaard cultuurpatroon; daar zijn dan beroepsethiek en beroepscode van de arts, waarin doeleinden, normen, verwachtingen en waarden omtrent de arts zijn gecodificeerd. Dit cultuurpatroon is grotendeels afgestemd op een vroegere periode, waarin de ongespecialiseerde huisarts vrijwel het enige soort arts was, belast met de medische verzorging.

Thans zijn specialiseringen in het beroep ver voortgeschreden; Ook de opkomst van ziekenfondsen en artsen in dienstverband heeft de autonomie van de huisarts beperkt. Tenslotte is de moderne "wijkarts" in de grote steden ten tonele verschenen en doen zich bepaalde ideologische tegenstellingen in de artsenwereld gelden.

Wanneer de belangentegenstellingen tussen diverse soorten artsen geregeld tot wrijving leiden (urgent probleem voor deze groepering!), zet zich op den duur een re-institutionalisering-proces in beweging en komen nieuwe cultuur-elementen in het beroep tot stand, die onderlinge werkerterrein en competenties afbakenen."

Gekonkludeerd kan worden, dat de rol van de huisarts zich de laatste tijd langzaam wijzigt.



4. Wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige (voorheen wijkverpleegster) is samen met de wijkziekenverzorger in dienst van een plaatselijke kruisvereniging. Per plaats bestaan er in de regel verschillende - op ge-
loofsovertuiging gebaseerde - verenigingen.

Vele kruisverenigingen zijn inmiddels gefuseerd.

Vooraf in kleinere plaatsen worden deze verenigingen vaak be-
stuurd door vrijwilligers (vaak notabelen). Dit garandeert m.i.
niet altijd de deskundigheid.

De werkzaamheden van de kruisverenigingen vallen onder de
"maatschappelijke gezondheidszorg".

Drs. A.C.I. Brand (23, pag. 39/40) verstaat hieronder:

"Het in georganiseerd verband uitoefenen van die zorg in de samen-
leving, in en rond het gezin, ter bevordering van gezondheid en ter
bestrijding en vermindering van de ziekten".

Het lijkt mij juist het begrip "gezin" te vervangen door
"samenlevingsverbanden". Behalve het gezin bestaan er andere vormen
van samenleving, zoals communes, Monkubinaat e.d..

De wijkverpleegkundigen ontvangen door het werk veel vertrouwen.
Zij komen daardoor op de hoogte van eventuele moeilijkheden, die
niet op het mediese- en/of verzorgende vlak liggen. Verwijzing is
dan meestal de juiste weg of minstens samenwerking met een andere
deskundige. In de praktijk komt dit m.i. te weinig voor.

Tussen wijkverpleegkundige en huisarts bestaan over het algemeen
meer contacten dan tussen de wijkverpleegkundige en maatschappelijk
werker.

De relatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts is vaak geba-
seerd op een hiërarchische verhouding.

Deze gezagsrelatie vindt mede zijn oorsprong tijdens de zieken-
huisperiode, waar beiden respectievelijk als verpleegster en ko-
assistent werkzaam zijn. In het ziekenhuis is de arts de deskundige,
die alle gegevens in handen heeft.

In de praktijk komt het meermalen voor, dat de huisarts de wijkverpleegkundige nog ziet als de verpleegster, die niet meer gegevens ontvangt dan volgens de huisarts noodzakelijk is voor behandeling van zijn patiënt.

Het gevolg is dat tussen de wijkverpleegkundige en huisarts - mede door een verschillende beoordeling - spanningen kunnen ontstaan. Hoewel dit van plaats tot plaats kan verschillen, beziet de huisarts de wijkverpleegkundige vaak als een ondergeschikte. De wijkverpleegkundige ervaart dit veelal als een ontkenning van haar deskundigheid.

Volgens mij kan hier de basis liggen van een afzetten van de wijkverpleegkundige tegen de huisarts.

De wijkverpleegkundige verricht zowel kuratieve- als preventieve werkzaamheden:

A. Kuratieve werkzaamheden:

Omvat de verpleging en de verzorging van de zieke en/of hulpbehoevende mens in zijn of haar omgeving.

B. Preventieve werkzaamheden:

- de kinderhygiëne: prenatale zorg, zuigelingenverzorging en kleuterzorg.
- de sociaal-mediese verzorging:
verzorging en begeleiding van stervenden en hun familieleden;
van chronies zieken, zoals hart-, reuma- en multiple sclerose
patiënten en lichamelijk gehandicapten.
- de bejaardenzorg.
- de ziekenhuisnazorg.

Naast de huisbezoeken, welke de wijkverpleegkundige aflegt, verricht zij ook werkzaamheden op de konsultatieburo's voor zuigelingen e.d..

Ik vraag mij af, of de wijkverpleegkundige het vermelde uitgebreide takenpakket naar behoren kan uitoefenen. Uit diverse gesprekken is mij gebleken, dat zij nauwelijks toekomt aan de preventieve zorg.

Bovendien heb ik de indruk, dat de wijkverpleegkundige veelal door andere hulpverleners (i.c. de maatschappelijk werker) in de eerste plaats gezien wordt als een signaleerder c.q. verwijzer en nauwelijks als een gelijkwaardige gesprekspartner.



5. Leidster gezinsverzorging.

Momenteel heeft elke gemeente of regio een instelling voor gezinsverzorging, al of niet gekombineerd met een instelling voor maatschappelijk werk.

Juist de laatste jaren komen door schaalvergrotingsprocessen veel gekombineerde instellingen tot stand.

Gezinshulp kan worden gegeven op mediese- en/of sociale gronden door een:

- 1e gezinsverzorgster (vervangt moeder);
- 2e gezinshulp (assisteert moeder);
- 3e bejaardenhelpster (hulpverlening aan bejaarden).

Na de aanvraag om hulp stelt de leidster gezinsverzorging - al of niet geassisteerd door een assistent-leidster - een onderzoek in naar de nood van de hulpvrager. Zonodig neemt zij contact op met andere disciplines.

In overleg met het cliënt-systeem beslist zij vervolgens of hulp zal worden verstrekt, wat voor hulp, welke verzorgster/helpster en voor welke periode.

Gedurende de hulpverlening blijft de leidster min of meer regelmatig - afhankelijk van de problematiek van de cliënt-situatie - contact met deze onderhouden.

Deze begeleidende rol kan ook worden uitgevoerd door de assistent-leidster, zij het dan onder leiding van de leidster.

Daarnaast koördineert de leidster die hulpverlening en begeleidt zij de verzorgster/helpster bij hun lang niet altijd even gemakkelijke werkzaamheden.

Gezinshulp kan door iedereen worden aangevraagd. In de regel betaalt de hulpontvanger een vergoeding. Meestal is dit afhankelijk van het inkomen.

Ik ben ervan overtuigd, dat deze sektor van het welzijnswerk tegenwoordig nog in onvoldoende mate wordt gewaardeerd.

Aan het beroep van leidster gezinsverzorging worden tans steeds hogere eisen gesteld.

Veelal wordt een hogere beroepsopleiding vereist.



6. Agent van politie.

De zin "de politie is je beste vriend" wordt nog dagelijks geuit. Dit ondanks het feit, dat de politieman ook benamingen heeft als "smeris, blauwe tuut". De politieman vervult een E.H.B.O.-functie in de "eerste lijn". Hij is er dag en nacht. Vooral op die tijdstippen waar disciplines uit de welzijnszorg afwezig zijn. Hij treedt veelvuldig op als bemiddelaar bij burenruzies, familievetes, echte-lijke twisten e.d..

Tijdens mijn werkzaamheden bij de politie in Leeuwarden (1967 - 1973) werd ik vooral in de weekenden (vanaf vrijdagavond) geconfronteerd met krisis-situaties, situaties waar geen opleiding voor was genoten.

Praktijkvoorbeelden:

- Kinderen die in paniek het huis uit rennen.
De ouders zijn uitgegaan en onbereikbaar;
- De man die tijdens een ruzie het eigen meubilair kort en klein slaat. Vrouw en kinderen worden in nachtgewaad het huis uitgejaagd;
- De vrouw die belt, dat ze zich bedreigd voelt (eenzaamheid);
- Het minderjarig kind dat uit huis is weggelopen;
- De weduwnaar die naar de drankfles grijpt;
- Die vrouw die op een brug staat en het water wil inspringen of langs de spoorlijn slentert;
- Die burenen die elkaars leven tot een hel maken;
- Die jongen die onder invloed van drugs wordt aangetroffen en in de waan verkeert, dat hij een bekende popzanger is.

Kortom menselijk leed te veel om op te noemen. De politieman handelt dan naar gegeven omstandigheden. Veelal biedt hij praktiese hulp. Geen onderdak en geen geld, dan maar "gratis logies".

Met name de laatste tijd heb ik de indruk, dat vermelde werkzaamheden van de politieman meer worden erkend en onderkend. Binnen de welzijnszorg kan hij één van de gesprekspartners zijn bij vormen van overleg en/of samenwerking. Een belangrijke plaats neemt tans b.v. de wijkagent in.

In 1976 vond in Utrecht een samenwerkingsexperiment plaats van politie en maatschappelijk werk (24, pag. 30/32):

"Door de politie werd de gevestigde hulpverleningsinstellingen een slecht functioneren verweten. Bij maatschappelijk werkers werd een ambtelijke inslag gekonstateerd.

Bezwaren van de politie betroffen het juist niet bereikbaar zijn van instellingen op tijden dat kritis-situaties zich voordoen: 's avonds en in het weekend. De politie kan naast een kalmerende opvang niet veel meer doen dan verwijzen naar instanties, maar dan na het weekend. Vaak is de nood dan minder hoog en wordt verwijzing moeilijk. Ook voor de eigen cliënten zijn werkers niet bereikbaar tijdens het weekend. Instellingen werken bovendien vaak met wachtlijsten. Alleen van de kant van de alternatieve en vrijwillige hulpverlening verwacht de politie in de toekomst een mogelijkheid tot alerte reaktie.

Bij wijze van experiment werden in februari 1976 drie weekends georganiseerd. Hieraan namen naast maatschappelijk werkers vertegenwoordigers deel van de kinderpolitie, de sociale afdeling van het politiekorps Utrecht (de enige in Nederland) en de surveillancedienst. Deze laatste dienst zorgde voor de aanmeldingen (resp. verwijzing naar de maatschappelijke werkers). Het experiment viel onder een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen. De hulpverlening zelf was voor de verantwoording van de werkers. Er werd gewerkt vanuit het hoofdbureau.

Het experiment heeft aangetoond dat het van belang is voor de hulpvrager om hulp te krijgen op het moment dat de nood het hoogst is. Na een nacht slapen is de motivering om geholpen te worden veel geringer geworden.

Het actief "inspringen" op die momenten van relatief grote motivering is bovendien ook bevorderlijk voor het op gang brengen van procesmatige hulp en dit is weer ten gunste van een verwijzing. Het is nodig gebleken om na verwijzing te controleren of verdere hulpverlening op gang is gekomen en wanneer dit niet het geval was om dan alsnog een stimulans te bieden.

De samenwerking met de politie was succesvol.

De aanpak van problemen door de politie wordt gekenmerkt door nuchterheid (men vraagt niet naar de motivering van een cliënt, maar verleent gewoon hulp) en outreaching werken.

Deze benadering van cliënten verschilt van die in het maatschappelijk werk, waar men zich meer afwachtend, geduldig, luisterend opstelt. Politie en maatschappelijk werk kunnen het een en ander van elkaar leren. Zo zou bij het maatschappelijk werk meer aandacht moeten komen voor de hulpverlening in crisis-situaties en wat de politie betreft zou er in de opleiding meer ruimte moeten zijn voor gespreksvoering en hantering van konfliktgedrag."

Dit eksperiment is m.i. een lofwaardig streven en verdient navolging. Op die plaatsen waar een wezenlijke behoefte aanwezig is kan het instellen van permanente weekendhulpdiensten een aanzienlijke bijdrage leveren in het hulpverleningsproces.



7. Geestelijk verzorger.

Onder geestelijke verzorging wordt wel verstaan de hulpverlening die er op gericht is de mens te helpen met betrekking tot vragen over de zin van leven en dood (eksistentiële nood, in tegenstelling tot psycho-sociale nood in engere zin). Een gemeenschappelijk aanvaarde levensovertuiging tussen hulpvrager en hulpverlener vormt de basis.

- Met deze omschrijving ben ik het eens, waarbij ik opmerk dat er brede overlappingen bestaan met psychiatrie en maatschappelijk werk.
- Geestelijke verzorging vindt plaats vanuit zowel talrijke kerkgenootschappen (pastorale zorg) als vanuit het Humanistisch Verbond, raadsliedenwerk genoemd.
- Met betrekking tot het cliënt-systeem ontbreekt de geestelijke verzorger veelal in vormen van overleg en/of samenwerking.

Uit diverse gesprekken met geestelijke verzorgers bleek mij, (kan plaatselijk verschillen) dat zij over het algemeen niet zitten te springen om opgenomen te worden in een min of meer permanent overleg- en/of samenwerkingsverband van eerste-lijns-funktionarissen.

In incidentele gevallen bestaat hieraan meer behoefte.

Met betrekking tot andere disciplines kan de taak van geestelijk verzorger meer worden gezien als een voorlichtende, verwijzende voor de cliënt.



8. Maatschappelijk werker.

Maatschappelijk werk kent de volgende elementen (25, pag. 6):

- " - een beroepsopleiding.
- hulpverlening in werktijd.
- systematische hulpverlening op grond van eigen functie.
- georganiseerde hulpverlening door een zelfstandige instelling die hulpverlening als doel heeft.
- een beroepshouding, eveneens gegrond op sociale- en ethiese maatstaven, gedeeltelijk vastgelegd in een beroepscode.
- hulpmogelijkheden gebaseerd op wetenschappelijke kennis, persoonlijke kunde, methoden en technieken.
- vastlegging van gegevens in een systematisch opgezet cliëntendossier.
- een tijdelijke en helpende relatie op basis van het beroep."

De maatschappelijk werker wordt ook wel genoemd:

agoog, hulpverlener, dienstverlener, deel uitmakend van een dienstverlenend- of beïnvloedingssysteem.

Met prof. J.A.A. van Doorn (26, pag. 31) en vele anderen ben ik van mening dat het beroep van maatschappelijk werker tans in een professionaliseringsfase verkeert. De maatschappelijk werker wil erkend worden als deskundige in meerdere problematieken. Hier ligt een spanningsveld tussen maatschappelijk werk en andere professions.

Dit is vermoedelijk de oorzaak van de ontwikkeling tot grotere professionalisering van de beroepswerkers binnen het maatschappelijk werk. (27, pag. 214-217)

Bij "professionalisering" wordt het doel opgegeven. (functie) De weg is echter niet volledig bepaald. Er zijn verschillende wegen mogelijk, die tot het doel leiden. Aan de verantwoordelijke werker wordt overgelaten welke weg hij bewandelt. Hij heeft speelruimte, een zekere mate van zelfstandigheid. De regels voor zijn gedrag worden hem binnen zijn vakgebied niet door anderen (van hogerhand) opgelegd. Hij stelt zichzelf regels, op grond van professionele kennis en/of afspraken.

Wij zien, dat de maatschappelijk werker werkzaam is vanuit een instelling, die hulpverlening als doel heeft.

Dit betekent, dat hij een gemeenschap vertegenwoordigt.

Dat geeft aan zijn werk een bepaald karakter. Ten opzichte van de cliënt zal dit moeten blijken.

Vanuit het maatschappelijk werk hebben zich diverse methodieken ontwikkeld:

1e. Social casework.

"Een proces dat door bepaalde instellingen voor maatschappelijk werk wordt aangewend om de individuele mens te helpen doeltreffender het hoofd te bieden aan moeilijkheden in zijn sociaal functioneren." (28, pag. 19)

2e. Maatschappelijk groepswork.

"Een methodiek van het maatschappelijk werk, die personen helpt hun maatschappelijk functioneren te verbeteren door middel van doelgerichte groepservaringen om hun persoonlijke moeilijkheden en problemen in de groep of in de gemeenschap beter te verwerken." (29, pag. 48)

3e. Gezinsbehandeling.

Een proces van geplande interactie in het gezinsfunctioneren, dat zich richt op het functioneren van het gezin als eenheid. Hieronder valt ook het "joint-interview". (Echtparenbehandeling c.g. gesprek met twee personen die in relatie met elkaar staan).

4e. Sociale aktie.

Valt onder samenlevingsopbouw:

- a. Een poging een bevolking meer bewust te maken van de veranderingen die zich in haar samenleving voltrekken, van de gemeenschappelijke wensen en behoeften, alsmede welke volgorde van urgentie zij hierin willen zien;

- b. daarna de bevolking helpen bij het nagaan van de mogelijkheden tot verwezenlijking van de wensen en trachten de zelfwerkzaamheid te bevorderen in de hoop dat men
- al doende - leert samenleven en samenwerken.

Maatschappelijk werkers hebben zich onder meer verenigd in de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. Door o.a. de algemene ledenvergadering van deze bond werd op 26 mei 1962 de "Code voor de maatschappelijk werker" aanvaard. Deze Code - bestaande uit 27 artikelen - is aan kritiek onderhevig. Ter beperking van mijn werkstuk ga ik hier niet op in, doch citeer de volgende artikelen uit deze Code (30, pag. 5 en 7):

" Art. 4 Tegenover degenen die uit hoofde van een ander beroep bemoeiing hebben met de cliënt, toont de maatschappelijk werker begrip voor de eigen aard en waarde van dat beroep.

Art. 19 Indien terwille van de hulpverlening samengewerkt wordt met anderen, verstrekt de maatschappelijk werker aan dezen gegevens voor zover die van belang zijn voor de hulpverlening, echter niet zonder toestemming van de cliënt, behoudens uitzonderingen (genoemd in art. 14).

Art. 25 De maatschappelijk werker is tot een dusdanige samenwerking met andere maatschappelijke werkers bereid als het belang van de cliënt vereist en het beroepsgeheim toelaat."

Ik heb wel eens de indruk, dat deze Code door sommige maatschappelijk werkers woordelijk wordt geïnterpreteerd. Onder meer komt dit tot uiting bij vormen van samenwerking. Andere welzijns werkers betitelen dit veelal met vaag, ondoorzichtig, niet concreet.

Dat houding en opstelling van de maatschappelijk werker in een samenwerkingsverband van wezenlijk belang kunnen zijn spreekt m.i. voor zichzelf.

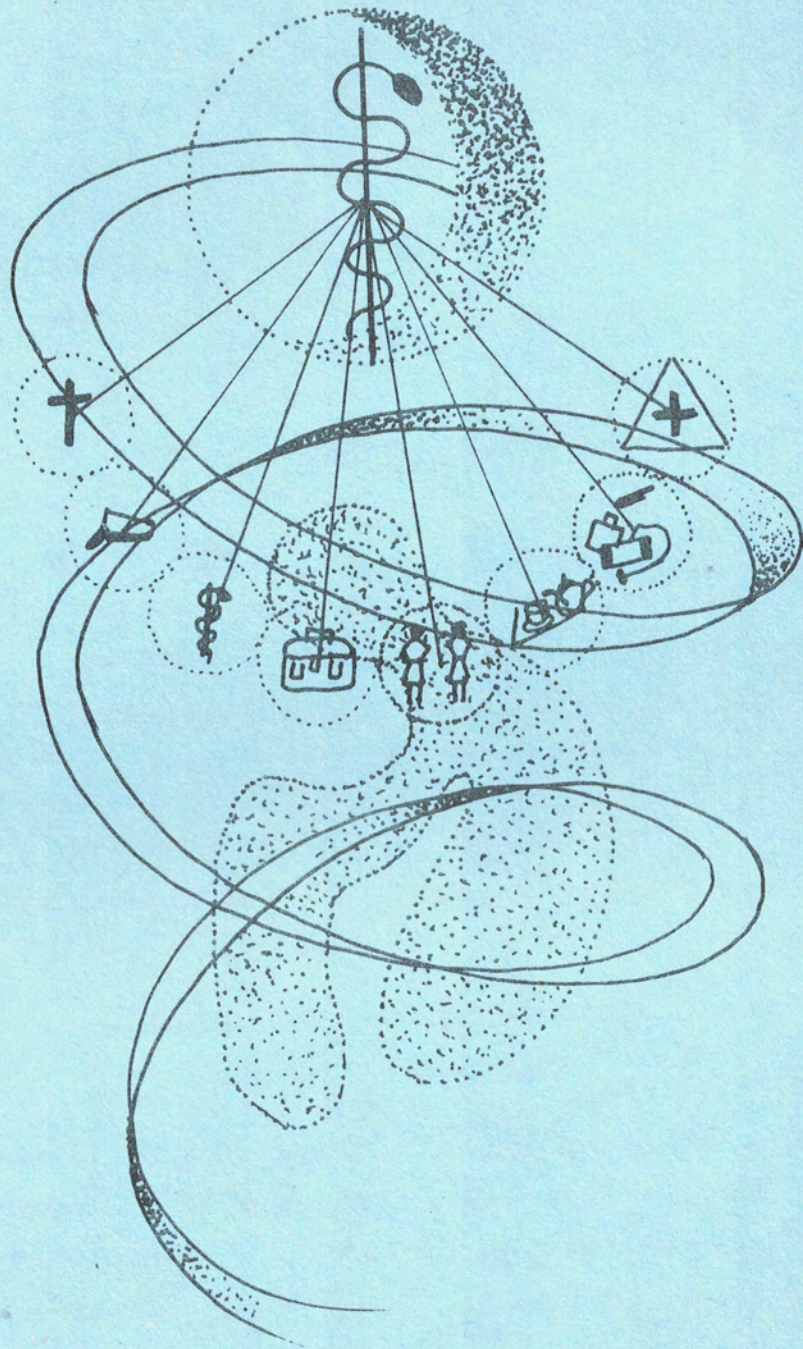


9. Andere hulpverleners.

Naast de onder 2 t/m 9 genoemde hulpverleners bestaan er nog vele andere welzijnswerkers, die hulpverlening binnen de eerste lijnsvoorziening.

Hierbij denk ik aan o.a. opbouwwerker, sociaal-kultureel vormingswerker, jurist in wetswinkel, sociale raadsman.

Zonder deze werkers te kort te willen doen, meen ik geen "profiel" van deze hulpverleners te moeten schetsen. Het zou dit werkstuk te uitgebreid maken.



IV. S A M E N W E R K I N G.

A. Samenwerkingsmodellen.

Samenwerking in de (rechtstreekse) hulpverlening op psychosociaal en psychosomatie gebied vindt al lang plaats.

Het kan geschieden op diverse nivo's:

- 1e. Uitvoerend nivo ("veldwerker").
- 2e. Beleidsnivo ("staf").
- 3e. Combinatie van 1e en 2e.
4. Administratief nivo.

Als een groep eenmaal is gestart zal de samenwerking een bepaalde structuur ondergaan. Samenwerking kan verschillende gestalten krijgen, b.v. (hoofdzakelijk volg ik 31, pag. 15):

" a. Werkzaamheden op elkaar afstemmen.

Deelnemende organisaties behouden hun zelfstandigheid.

b. Werkzaamheden onderbrengen in een nieuw werkverband.

dat onder gezamenlijk bestuur staat.

Met betrekking tot het deelgebied waarop de samenwerking betrekking heeft, verliezen de participerende organisaties een deel van hun autonomie. Hier is sprake van koöperatie.

c. Alle werkzaamheden samen uitvoeren.

Hier is sprake van integratie."

De laatste jaren vindt steeds intensiever - met name tussen verschillende werksoorten - samenwerking plaats. Vanaf ongeveer 1965 kunnen wij tal van groepen signaleren waarbij op de een of andere manier sprake is van samenwerking tussen verschillende werksoorten.

Bijna zonder één uitzondering zijn die groepen de laatste jaren ontstaan. Zij kennen vele benamingen.

Zoals vermeld in de inleiding, is deze skriptie gewijd aan samenwerken tussen eerste-lijnswelzijnswerkers.

Het is niet doenlijk alle bestaande samenwerkingsvormen op dit nivo ("veldwerkers") te omschrijven. Een keuze is door mij gemaakt:

- 1e Funktionarissenkontakt ;
- 2e Samenwerkingsverband "ad hoc" ;
- 3e Home-team ;
- 4e Gezondheidscentrum ;
- 5e Welzijnscentrum.

Tussen deze samenwerkingsmodellen kunnen wij een onderscheid maken met b.v. een indeling in:

losse (niet hechte), vaste (hechte) en tussenvormen in gestructureerdheid van samenwerking.

"los" en "vast" slaan op de mate waarin de deelname aan de bijeenkomsten vrijblijvend of verplicht is. Dit geldt zowel wat betreft de opkomst als het met elkaar samenwerken.

Praktijkervaringen werden door mij opgedaan met de onder 1e t/m 3e genoemde modellen.

Het gezondheids- en welzijnscentrum hebben mijn bijzondere aandacht. Met name deze centra staan in de aktuele belangstelling.

Ter verduidelijking lijkt het mij nuttig de volgende veelgebruikte omschrijvingen te vermelden:

Rechtstreekse hulpverlening: o.a. huisartsengeneeskunde, maatschappelijk werk, gezinsverzorging, wijkverpleging, opbouwwerk, tandheelkunde, maar niet b.v. psychiatrische hulp.

Monodisciplinariteit: benadering vanuit één vakgebied.

Multidisciplinariteit: "verwijst naar een veelheid van onderscheiden vakgebieden, waarbij de onderlinge relaties in het midden worden gelaten. M.a.w., een aantal kennisgebieden is betrokken bij het onderzoek van een bepaald probleem, maar de afzonderlijke bevindingen van de betrokken disciplines worden niet verder dan op cumulatieve wijze bij elkaar gebracht.

Er is derhelve veeleer sprake van sommering dan van verweving. De inbreng van verschillende kanten geschiedt simultaan maar in principe van elkaar onafhankelijk. De (mono-) disciplines zelf veranderen niet.

Interdisciplinariteit: duidt op samenwerking tussen twee of meer vakgebieden en stelt onmiddellijk de hoedanigheid van de onderlinge relatie aan de orde. Steeds vaker komt men hiervoor de term transdisciplinaire samenwerking tegen." (32, pag. 1).

1. Funktionarissenkontakt.

Andere benamingen : Sociaal kafé;
Sociale beurs (-instuif, -trefpunt);
Welzijnsbijeekomst;
Medies-sociaal kontakt.

Het oprichten van een funktionarissen-kontakt vindt voornamelijk plaats vanuit de behoefte aan een meer efficiënte hulpverlening. Veelal is het niet de bedoeling de gebruikelijke hulpverlening wezenlijk te veranderen.

Onder een "funktionarissenkontakt" versta ik een periodiek (regelmatig) kontakt tussen welzijnswerkers, voornamelijk gericht op de onderlinge kontakten tussen die hulpverleners.

De ontmoeting staat daarbij centraal. Men neemt genoeg met het puur samenzijn, met alle toevallige voordelen van dien. Het aksent valt hierbij op de gezelligheid, het elkaar leren kennen. Aan de ontmoetingen wordt niet al te veel struktuur aangebracht. ("Soos-idee").

Er blijft een vrijblijvendheid ten opzichte van elkaar. Iedere deelnemer blijft verantwoordelijk voor zijn eigen beroepsuitoefening. Van een gezamenlijke verantwoordelijkheid is geen sprake. (Los, niet-hecht samenwerkingsverband).

Voor de hulpverleners biedt een dergelijk kontakt mogelijkheden om telkens met één of enkele welzijnswerkers apart te spreken over problemen van individuele kliënten. Hierdoor kan bij hulpverlening aan gezamenlijke kliënten de "drempelvrees" tussen de hulpverleners onderling verminderen of zelfs verdwijnen.

Door een funktionarissenkontakt kan de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren in die zin, dat kliënten vaker naar de meest geschikte hulpverlener worden verwezen, dat lakunes beter worden opgespoord, dat b.v. meer mensen - die dat nodig hebben - gezins-hulp toegewezen krijgen. Ook kunnen overlappingsen voorkomen worden.

Eigen ervaringen.

In 1973 werd in de gemeente Den Ham (0) een maandelijks funktionarissenkontakt opgericht. De organisatie c.q. koördinatie hiervan werd in mijn handen gesteld. Aan dit kontakt namen dertien funktionarissen deel van algemeen maatschappelijk werk, gezinsverzorging, Distriks Geneeskundige Dienst en gemeentelijke afdeling sociale zaken. De omschreven doelstelling luidde:

- Hulpverlening op elkaar afstemmen.
- Elkaars werkmethodeën leren kennen.
- Uitwisselen van werkervaringen.
- Voorleggen van werkplannen en maken van konkrete afspraken ten aanzien van verwijzingen.
- Zowel gesignaleerde materiële - als immateriële problemen bespreekbaar stellen met andere funktionarissen - deskundigen - introducees.
- Onderkennen van structurele problemen, dit alles in het belang van het kliënt-systeem.

De oprichting van dit funktionarissenkontakt kwam tot stand naar aanleiding van mijn opleiding Middelbare Sociale Arbeid (M.S.A.). In het kader van deze opleiding werd door mij een onderzoek verricht en vervolgens verwerkt in een skriptie:

"Samenwerkingsverband, een studie betreffende samenwerking van instellingen werkzaam op het gebied van de sociale dienstverlening in de gemeente Den Ham (0).

Uit dit onderzoek bleek o.m., dat de funktionarissen van vermelde instellingen behoefte hadden aan een periodiek kontaktorgaan.

Tevens bleek, dat met name de wijkverpleegkundigen - behoudens het overleg met de artsen - geen of nauwelijks kontakten onderhielden met andere disciplines.

Na acht maandelijks bijeenkomsten werd - direkt ná de zomervakantie in 1974 - dit funktionarissenkontakt opgeheven. Een aantal hulpverleners bleek uiteindelijk in onvoldoende mate gemotiveerd te zijn.

2. Samenwerkingsverband "ad hoc".

Onder een samenwerkingsverband "ad hoc" versta ik een ten behoeve van één cliënt-systeem georganiseerde overleg-situatie. Over en weer wordt informatie verstrekt.

Een "plan de campagne" wordt opgesteld. Werkafspraken worden gemaakt.

Een dergelijk overleg vindt vaak eenmalig plaats. Veelal wordt dit georganiseerd bij met name krisis-situaties of bij "slepende zaken".

Onder het laatste begrip versta ik die gevallen, waarin de hulpvrager(s) en/of hulpverlener(s) het gevoel hebben in het "moeras te zinken" c.q. geen stap verder te kunnen komen.

Eigen ervaringen.

In de afgelopen vier jaar was ik belast met de organisatie en koördinatie van ongeveer vijftien "samenwerkingsverbanden ad hoc."

Enige voorbeelden:

Gezin A.

Het gezin bestaat uit man (62), vrouw (63) en vijf kinderen.

Drie kinderen zijn gehuwd en uitwonend.

Twee dochters, Marjan (25) en Ria (17) wonen thuis.

Marjan werkt ongeveer acht jaar - met veel plezier - in loondienst.

Ria is lichamelijk gehandikapt (spasties). Zij bezoekt de M.A.V.O.

Vader en moeder zijn beiden slecht ter been. Omdat de ouders lichamelijk steeds minder in staat zijn om Ria te verzorgen, neemt

Marjan - op verzoek van haar ouders - ontslag bij haar werkgever.

Marjan neemt t.a.v. Ria de ouderlijke taak over.

In overleg met het gezin werd een "samenwerkingsverband ad hoc" georganiseerd, waarvan de organisatie en koördinatie in mijn handen was.

Deelnemers hieraan waren behalve ikzelf: Vader A, huisarts, fysiotherapeut, directeur M.A.V.O., hoofd basisonderwijs, alsmede een deskundige van een stichting voor revalidatie.

Doel: Bezien of er betere mogelijkheden zijn dan de door het gezin gevonden oplossing.

Het overleg leidde tot het volgende resultaat:

- Ria wordt - na intensieve voorlichting en begeleiding aan haar en haar ouders - opgenomen in een bekend revalidatiecentrum.
- Alle hieraan verbonden noodzakelijke kosten worden volledig vergoed via Ziekenfonds en Algemene Bijstandswet.
- Marjan hervat wederom haar werkzaamheden bij haar vorige werkgever.
- Vader en moeder knappen - als gevolg van de opname van Ria - lichamelijk aanzienlijk op.
Een grote psychiese last is van hen afgevallen.
("Hoe moet het als wij er niet meer zijn?")
- Met Ria gaat het naar omstandigheden zeer goed.
Het bevalt haar uitstekend in het revalidatiecentrum.
Alle weekenden en de vakanties gaat zij naar huis.
Naast de M.A.V.O.-opleiding volgt zij diverse kursussen.

Onlangs is zij met sukses geopereerd.

Gezin B.

Het gezin bestaat uit man (45), vrouw (34) en 7 kinderen in de leeftijd van 3 t/m 15 jaar.

Het gezin woont in een kleine eigen woning met drie kleine slaapkamers. De heer B. is op mediese gronden volledig afgekeurd. Mevr. B. is diverse keren overspannen geweest.

Naast de huisvestingsproblemen en invaliditeit van men. B. bestaan er financiële moeilijkheden, opvoedingsproblemen en relatiestoornissen tussen man en vrouw.

Enige kinderen komen in contact met de politie (kruimel-diefstallen).

Bij mijn eerste kontakten blijken ongeveer twaalf hulpverleners bemoeienissen te hebben met dit gezin. Met de ouders wordt een funktionarissenlijst samengesteld van alle hulpverleners. ("INVENTARIS")

In overleg met de ouders worden door mij diverse "samenwerkingsverbanden ad hoc" georganiseerd. De ouders nemen op hun verzoek niet deel aan deze bijeenkomsten (angst/bedreigend). Zij worden door mij volledig op de hoogte gehouden van de besprekingen.

De hulpverlening wordt vervolgens gekoördineerd.

In verband met psycho-somatische klachten van de kinderen en om de ouders enigszins te ontlasten, worden zes kinderen min of meer gelijktijdig uitgezonden naar een medies kindershuis.

Na de periode van een jaar komen alle kinderen weer thuis.

De heer B. overlijdt plotseling.

Een kostganger neemt de vaderrol over.

Mevr. B. doet enige maanden later een poging tot zelfmoord. Direkt na vermelde krisissen worden multi-disciplinaire bijeenkomsten georganiseerd.

In overleg met mevr. B. wordt de Raad van de Kinderbescherming ingeschakeld.

Vier kinderen verblijven daarna - op vrijwillige basis - in een kindertehuis in de omgeving van de ouderlijke woning.

De woning wordt vervolgens aanzienlijk verbeterd en vergroot.

Door een regelmatige samenwerking tussen de verschillende welzijnswerkers - in overleg met het cliëntsysteem - wordt deze hulpverlening konkreter en doelmatiger.

Een centrale hulpverlener (koördinator) wordt aangesteld.

3. Home-team.

In vele plaatsen en in allerlei variaties bestaan er home-teams.

Onder een home-team versta ik een samenwerkingsverband tussen tenminste de disciplines huisartsgeneeskunde, maatschappelijk werk, sociale dienst en wijkverpleegkunde, (tussenvorm in gestructureerdheid van samenwerking).

Deze samenwerkingsvorm heeft weinig zakelijke konsekventies.

Het doel is de gezamenlijke psycho-somatiese en/of psychosociale problemen van individuele cliënten te bespreken. Ook worden wel algemene zaken besproken.

Voor het oog van de cliënten verandert er niet veel.

Wezenlijk is, dat verschillende disciplines overeenkomen elkaar op gezette tijden te raadplegen.

Door samen te spreken leert men elkaar kennen en krijgt men inzicht in elkaars werkwijze en opvattingen.

Zo kan een klimaat ontstaan, waarin men minder behoefte zal hebben aan het vrijblijvende:

Uit samenspreken kan samenwerken groeien.

Zo bestaan er home-teams met uiteenlopende gradaties van samenwerking: van heel vrijblijvend tot zeer intensief.

In Nederland zijn omstreeks 1960 de eerste home-teams ontstaan.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (33, pag. 14) ver-richtte in 1974/75 een inventarisatie naar vormen van samenwer-king in de rechtstreekse hulpverlening op medies- en maatschap-pelijk gebied.

Er worden 222 groepen home-teams geïnventariseerd, welke funk-tioneren in 159 verschillende plaatsen.

Op grond van de beperkte aard van de enquête worden echter de juiste aantallen beduidend hoger geschat.

Eigen ervaringen.

In 1973 en 1974 nam ik deel aan een reeds vele jaren bestaand home-team in het dorp Den Ham (0).

Dit team komt nog steeds één keer per maand bijeen en bestaat uit:

- drie plaatselijke huisartsen.
- twee wijkverpleegkundigen.
- een leidster gezinsverzorging.
- een maatschappelijk werker. (algemeen maatschappelijk werk)
- een maatschappelijk werker. (gemeentelijke afdeling sociale zaken).

In incidentele gevallen worden introducees uitgenodigd.

Het geheel heeft een informeel karakter.

Er is geen gespreksleider. Er wordt niet genotuleerd. Er is geen agenda.

Als informele leider wordt de oudste huisarts - tevens oprichter - gezien.

Het teamfunctioneren wordt nauwelijks bespreekbaar gesteld. Het begrip "evaluatie" komt ten aanzien hiervan niet voor. De hulpverleningsprocessen t.a.v. cliënten komen wel regelmatig aan de orde.

4. Gezondheidscentrum.

De "Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra" verstaat onder een wijkgezondheidscentrum: (34, pag. 16)

"Een vast samenwerkingsverband van de disciplines huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende, dat kan beschikken over een centraal adres voor advies en hulp, met adequate outillage en/of met beschikking over faciliteiten ten behoeve van een voor de samenwerkende medewerkers gelijke bevolkingsgroep."

Andere dan de hier genoemde disciplines worden overigens niet ondenkbaar geacht.

De gezondheidscentra verschillen nogal in opzet en benaming: (35, pag. 588)

- "
- In de eenvoudigste vorm kan men een gezondheidscentrum omschrijven als een multi-disciplinair samenwerkingsproject van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers;
- Bij een meer grotere opzet zou men het kunnen definiëren als: een multi-disciplinaire, geïntegreerde en gecoördineerde benadering van de gezondheidszorg in de "eerste lijn", gericht op het gezin. (Bakker);
- Siegenbeek van Heukelen en zijn medewerkers geven de volgende definitie:

Onder groepspraktijken, waarin inbegrepen gezondheidscentra, worden verstaan die samenwerkingsvormen van medische- en paramedische zorg en sociale dienstverlening waarbij:

- * tenminste twee artsen en in totaal tenminste drie personen met een eigen terrein van zorgverlening samenwerken, daarbij al of niet bijgestaan door andere wetenschappelijke technische- of administratieve krachten;

De samenstelling van 123 groepen werd bekend.
Aan de groepen namen deel één of meer:

	<u>aantal groepen:</u>
- maatschappelijk werkenden: in bijna alle groepen	(111)
- huisartsen : in veruit de meeste groepen	(100)
- wijkverpleegkundigen : in veruit de meeste groepen	(97)
- gezinsverzorgenden : in de meeste groepen	(77)
- mensen van sociale diensten: in vele groepen	(61)
- pastores : in vele groepen	(59)
- bejaardenverzorgenden : in tamelijk veel groepen	(36)
- opbouwwerkenden : soms	(2)
- mensen van politie : soms	(8)
- fysiotherapeuten : soms	(12)
- anderen : incidenteel.	

Het initiatief.

Van 30 groepen werd bekend wie het initiatief heeft genomen tot de samenwerking. Hierbij waren betrokken (soms samen met andere werksoorten):

- in 14 gevallen : het maatschappelijk werk (particulier initiatief).
- in 6 gevallen : de gemeentelijke sociale dienst.
- in 6 gevallen : de huisartsen.
- in 3 gevallen : de pastores.
- in 2 gevallen : de burgemeester.
- in 2 gevallen : de wijkverpleegkundigen.

Frekwentie van de bijeenkomsten.

Van 30 groepen waarvan de frekwentie van de bijeenkomsten werd bekend, komen er:

- 3 : één keer per twee maanden bijeen.
- 21 : één keer per maand.
- 2 : één keer per 14 dagen.
- 4 : één keer per week.

- * de zorg zich in hoofdzaak uitstrekt over dezelfde populatie;
- * de zorg in hoofdzaak wordt verleend vanuit één behuizing;
- * de direct bij de gezondheidszorg betrokken medewerkers tenminste éénmaal per week een teambespreking hebben.

- Volgens de Ziekenfondsraad mag men pas van een gezondheidscentrum spreken wanneer aan de volgende minimum eisen voldaan is:

- a. de aanwezigheid van:
 - 1. twee huisartsen;
 - 2. enig hulppersoneel;
 - 3. twee wijkverpleegsters;
- b. deze funktionarissen oefenen de praktijk uit in één gebouw of als uitzondering in belendende percelen;
- c. in dit gebouw behoort een gezamenlijk beheerde administratie te zijn, waarvan de voor de praktijkuitoefening relevante gegevens onderling toegankelijk zijn;
- d. tenminste één van de funktionarissen behoort continue bereikbaar te zijn voor de patiënten teneinde medische hulp te kunnen (laten) toepassen.
- e. er behoort een organisatorisch verband te bestaan (vastgelegde regels en afspraken) om een goed funktioneren, met name de onderlinge kommunikatie, te bevorderen."

Het doel van dit samenwerkingsverband is het bieden van een geïntegreerde gezondheidszorg in de eerste lijn. Zowel de somatische als de psycho-sociale aspecten van de hulpverlening worden behartigd (gezamenlijke diagnostiek en behandeling).

In Assen werd in 1965 het eerste wijkgezondheidscentrum gevestigd. Dankzij financiële steun van rijk en gemeenten hebben zich de laatste tijd in Nederland diverse gezondheidscentra ontwikkeld.

Eind 1974 werd door de Tweede Kamer de motie-Lamberts aangenomen, die de regering verzocht te bevorderen, dat op korte termijn ongeveer 25 centra worden gesticht.

In 1975 bestaan er 41 gezondheidscentra (36, pag. 17).
Behalve huisartsen werken in de centra één of meer:

- "
- wijkverpleegkundigen : in veruit de meeste centra (33)
 - maatschappelijk werkers : in veruit de meeste centra (33)
 - tandartsen : soms (8)
 - fysiotherapeuten : soms (11)

psychologen, verloskundigen, bejaardenverzorgenden, opbouw-
werkers en apothekers : in enkele gevallen.

Het initiatief.

Bij 19 centra bleek, dat:

- in 11 centra de oprichting een initiatief van de huisartsen was;
- in 4 centra van het Ministerie van volksgezondheid en milieu-
hygiëne;
- in 3 centra van de gemeente;
- in 1 centrum van de kruisverenigingen.

Agogische begeleiding.

In 10 van deze 19 centra werd het samenwerkingsverband op de een of andere wijze door een agoog of door een organisatiedeskundige begeleid."

In verreweg de meeste gevallen zullen maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen niet in dienst treden bij het gezondheidscentrum. Vanuit hun eigen instelling zullen zij gedetacheerd worden.

In het gezondheidscentrum houden deze welzijnswerkers dan spreekuur, ontvangen er zondig hun cliënten en wonen er teamvergaderingen bij.

5. Welziinscentrum.

Onder een welziinscentrum kan worden verstaan:

"Een gestructureerd samenwerkingsverband vanuit één gebouw.

Alle deelnemers participeren op voet van gelijkwaardigheid.

("One man one vote")

In deze opzet vind ik dat in ieder geval moeten participeren: huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, bejaardenhulp, opbouwwerker, sociale raadsman en maatschappelijk werker. De aanwezigheid van anderen is wenselijk, b.v. jurist, klinies psycholoog.

Het doel van dit samenwerkingsverband is het bieden van geïntegreerde welziinszorg in de eerste lijn (behoudens jurist).

Zowel de somatische- als psycho-sociale aspecten van de hulpverlening worden behartigd, uitdrukkelijk zonder prioriteit van één van beiden.

Er wordt hulp verleend in een bepaald geografies gebied.

Welziinscentra kunnen kwa structuur en rechtspositie aanzienlijke verschillen vertonen:

- alle medewerkers in overheidsdienst;
- alle medewerkers in dienst van partikulier initiatief;
- een aantal medewerkers in dienst van partikulier initiatief (b.v. stichting of vereniging) en een aantal in overheidsdienst;
- een combinatie van vrij(e) ondernemer(s) met medewerkers van partikulier initiatief;
- combinatie van overheid en vrij(e) ondernemer(s).

Met het werken in een gezondheidscentrum heb ik geen ervaringen opgedaan.

Ook blijven zij participeren aan de teambesprekingen van de eigen instelling.

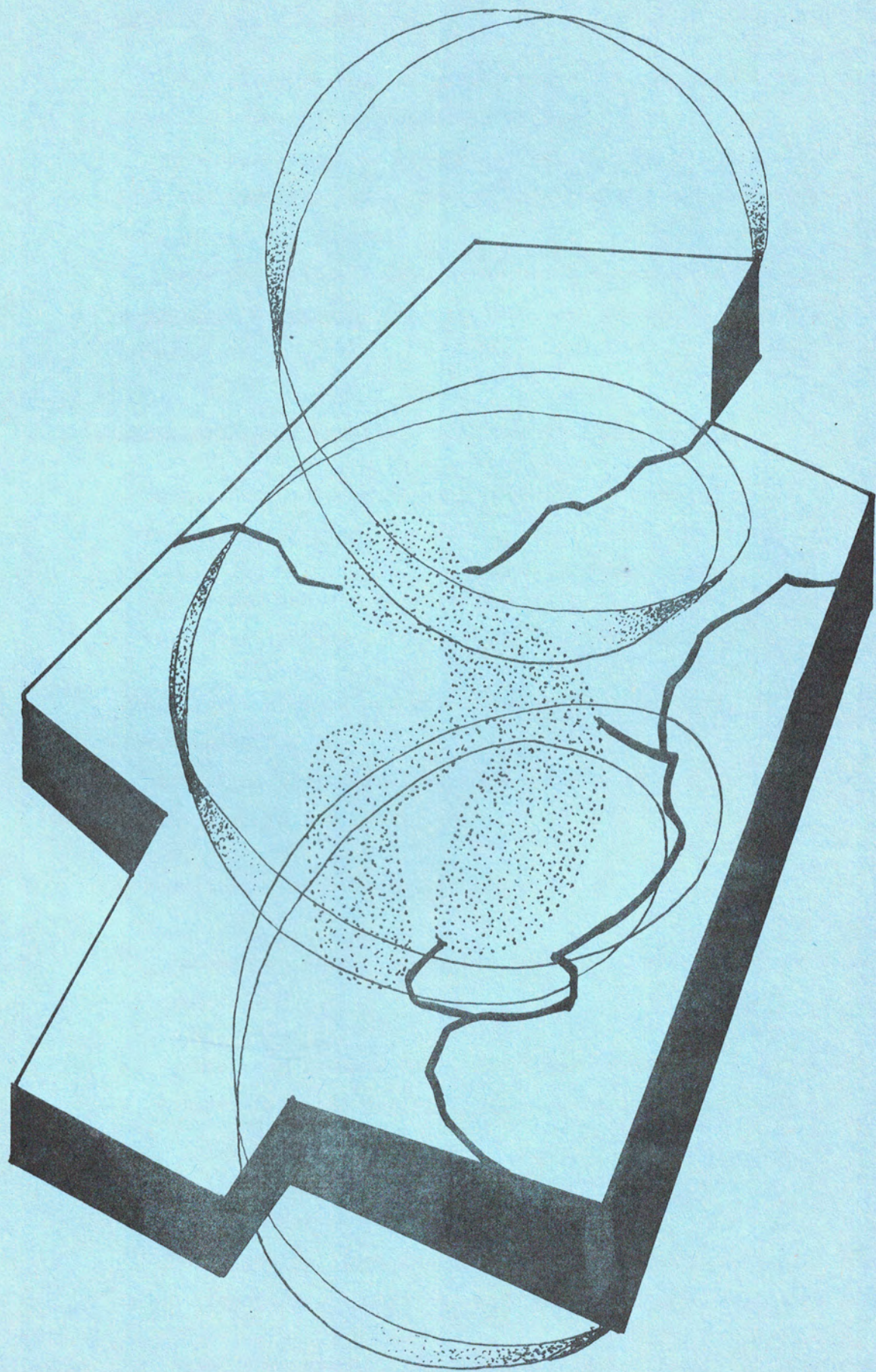
Gevoelsmatig - mede door de naam gezondheidscentrum i.p.v. welzijnscentrum - komt het primaat bij de huisarts.

(associatie met lichamelijk- en niet direkt met psycho-sociaal welzijn).

Die primaire rol kan langzamerhand worden opgenomen in een structuur.

Het maatschappelijk werk is m.i. dan niet meer te zien als algemeen maatschappelijk werk, maar als ingebouwd medies maatschappelijk werk.

Zelf heb ik geen ervaringen opgedaan met het werken in een gezondheidscentrum.



B. Aspekten van samenwerking.

Wij hebben gezien dat binnen het eerste echalon diverse samenwerkingsverbanden mogelijk zijn.

Afhankelijk van de gekozen structuur kunnen sommige of alle van de hieronder te noemen aspecten bij een samenwerkingsverband een rol spelen.

Deze aspecten wil ik onderverdelen in aspecten van organisatoriese- en groepsdynamiese aard. Een aantal hiervan wil ik noemen.

I. Organisatoriese aspecten van samenwerking.

- De samenwerking dient gestructureerd te worden.
Frekwentie en tijdsinvestering moeten bepaald worden.

- Rechtsvorm van een samenwerkingsverband. Hiervoor bestaan vele mogelijkheden, zoals stichting, vereniging e.d.

Wordt er voor een stichting gekozen dan impliceert dit een bestuur.

Deze wijze biedt mogelijkheden om de bevolking te laten participeren in het beleid.

- Regelingen betreffende rechtspositie(s).

Inkomen en andere zaken van sociale zekerheid spelen hierbij een rol.

- Wanneer een groep effectief wil werken zal door de leden een gezamenlijke doelstelling bepaald moeten worden.

De leden kunnen zichzelf centraal stellen.

"Hoe funktioneer ik als hulpverlener?"

Het kliënt-systeem kan centraal worden gesteld.

Beide componenten kunnen worden opgenomen in een doelstelling.

Naast een gezamenlijke doelstelling zal ieder lid zijn persoonlijke doelstelling moeten formuleren.

Een beginnende groep is veelal niet zondermeer in staat welomschreven doelstellingen te formuleren. De leden hebben hiervoor tijd nodig. Zij moeten zich eerst hun persoonlijke, vaak nog vage, behoeften bewust worden en deze trachten onder woorden te brengen.

Nadat ieder tot op zekere hoogte duidelijk is wat van de samenwerking verwacht kan worden en dit kenbaar is gemaakt aan elkaar, is het mogelijk aan het opstellen van bruikbare gezamenlijke doelstellingen te beginnen.

Iedere deelnemer zal voor zichzelf en voor zijn teamgenoten tussen de individuele doelstellingen en die van het samenwerkingsverband een aanvaardbaar evenwicht moeten vinden.

T.o.v. het doel van een samenwerkingsverband zijn er vier houdingen te onderscheiden: (37, pag. 36)

- "1e Het doel kan als waarde op zich worden beschouwd:
de leden identificeren zich met de doeleinden en ervaren het werk op zich als bevredigend;
- 2e Men kan zich met het doel verenigen, omdat het eigen belang er mee gemoeid is:
de leden zetten zich in voor het doel onder het motto "voor wat hoort wat".
Men wil daarom ook "loon naar werken ontvangen";
- 3e Het doel kan iemand onverschillig zijn:
Men is gedwongen lid te blijven.
Men is er niet psychologisch bij betrokken;
- 4e Men kan het doel afwijzen."

- Verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

Onduidelijke beeldvorming en stereotype opvattingen over andere discipline(s) dienen (geleidelijk) te verdwijnen.

- Gemeenschappelijke huisvesting.

Het werken vanuit één gebouw dat in een werkgebied, b.v. een wijk staat, kan belangrijke voordelen opleveren. Dit kan de bereikbaarheid (hoewel niet altijd de herkenbaarheid) voor de hulpvrager(s) ten goede komen. Ook ten aanzien van de onderlinge samenwerking kan dit belangrijk zijn.

- Ongeveer eenzelfde cliëntenbestand voor alle leden van een samenwerkingsverband kan gewenst zijn.

Ik merk hierbij op, dat het dichter bij het cliënt-systeem brengen van de hulpverlening voor sommige cliënten enorm bedreigend kan zijn.

Het kan een tegen (ketting)reactie veroorzaken.

Om anoniem te blijven komt het voor dat cliënten uit b.v. het oosten des lands hulp vragen en ontvangen in het westen des lands. Omgekeerd komt dit ook voor!

- Afspraken moeten gemaakt worden over de grootte, de samenstelling van een samenwerkingsverband; het al of niet incidenteel/regelmatig toelaten van introducees (deskundigen). Gevaar bestaat voor "kliëkvorming", een elitaire groep.

- Het cliënt-systeem behoort naar de huidige opvattingen
 - waarmee ik het volledig eens ben - niet langer een passieve konsument van een aantal voorzieningen te zijn:

Het dient zich bij zijn plaats in de welzijnszorg betrokken te voelen.

Duidelijkheid is m.i. een vereiste voor het al of niet c.q. in beperkte mate toegankelijk zijn voor het cliënt-systeem tot een samenwerkingsverband.

Ik ben van mening dat de samenstelling van een samenwerkingsverband niet te gekompliceerd moet worden gemaakt.

Volgens drs. H. de Graaf (38, pag. 54) ziet een ideale groep er als volgt uit:

- * de groep bestaat uit 6 tot 10 leden.
In ieder geval hebben huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen daarin zitting;
- * de groep komt tenminste eenmaal per maand 1½ tot 2 uur bijeen;
- * er is een aangewezen diskussieleider;
- * een agenda wordt opgesteld;
- * notulen worden gemaakt.

De frekwentie van de bijeenkomsten, zoals die uit het onderzoek van De Graaf naar voren komt, vind ik volstrekt onvoldoende. M.i. is het niet mogelijk om effectief samen te werken als men hooguit jaarlijks 12 keer bijeenkomt. Veel meer dan wat informatie uitwisselen is niet mogelijk.

Volgens de huidige opvattingen bestaat een ideale groep uit 9 tot 15 leden.

- Afstemming van verschillende werkwijzen, werktempi, waarden en normen en de daaraan gekoppelde methodieken en gedragswijzen verdienen aandacht.

Hierbij is het belangrijk het leren kennen van elkaars interpretaties van psycho-sociale en/of psycho-somatische klachten.

Noot:

De problematiek van waarden en normen zou een afzonderlijke skriptie rechtvaardigen. Dit blijkt o.m. uit de debatten in de Tweede Kamer. (abortus provokatus, eutanاسie, homofile samenwerking, echtscheiding, enz.)!

- Afspraken over gegevens van cliënten.

Een centraal dossier kan voorkeur verdienen om overlappingen in de hulpverlening te voorkomen.

Zeer duidelijke afspraken behoren gemaakt te worden over beheer en toegankelijkheid van dossiers (beroepsgeheim).

- Vaste procedures bij onderlinge verwijzingen, waarnemingen bij vakanties en weekenden.

Met name in weekenden komen veel crisis-situaties voor.

Op welke wijze zijn hulpverleners bereik- en inzetbaar?

- Mogelijkheden voor training, bijscholing, bespreken van vakliteratuur. Zijn er voldoende waarborgen tot verdere ontwikkeling en deskundigheidsbevordering?

Bekeken kan worden of het van toepassing kan zijn op de werksituatie.

Hierdoor worden mogelijkheden geschapen om alternatieven te bestuderen voor de werkwijze.

Bovendien blijft men op de hoogte van de ontwikkelingen in het welzijnswerk.

- Duidelijkheid omtrent de te vervullen functies.

Welke formele posities (machtsposities) heeft een ieder?

Wie moet naar wie luisteren?

Is er van gelijkwaardigheid sprake?

Een samenwerkingsverband dient m.i. in ieder geval intern - zo mogelijk ook ekstern - op demokratiese wijze gestructureerd te zijn.

Onder demokratie versta ik: mogelijkheden voor ieder, zonder aanzien van positie, inbreng te leveren.

Volledigheidshalve merk ik op, dat horizontale verhoudingen niet altijd impliceert: het ontbreken van leiding. Leidinggevendes functies zijn zeer wel mogelijk.

Ook bestaan er binnen de welzijnszorg vele samenwerkingsverbanden/organisaties met een hiërarchiese structuur en dito verhoudingen.

Dit sluit een goede hulpverlening niet uit.

- Een vaste begeleider (buitenstaander, b.v. agoog, sociaal-psycholoog of arbeidsdeskundige) kan gewenst zijn.

Met name geldt dit voor de beginfase van een samenwerkingsverband.

Taken van een begeleider kunnen zijn:
toezien op de organisatie van de groep, gespreksleiding, training en informatieverzorging.

Deze begeleidingstaken kunnen waarschijnlijk wel voor een gedeelte - later mogelijk in zijn geheel worden overgenomen - door één of meerdere leden.

Gewoonlijk is een relatieve buitenstaander beter in staat een samenwerkingsverband op een "afstand" te bekijken.

Een vraag blijft wel of iemand te vinden is en of hij/zij wel of niet een vergoeding moet ontvangen.

Als groep moet men wel waken voor een te grote afhankelijkheid van een begeleider.

- Afgezien van een vaste begeleider kan een samenwerkingsverband besluiten al of niet gebruik te maken van een gespreksleider, (permanent/wisselend).
- Behalve ieders beroepskode kan een specifieke kode voor een samenwerkingsverband geformuleerd worden.
- Als methodiek kan de "groepsdiskussie" gehanteerd worden (39, pag. 16, 17 en 23):

"Een proces van georganiseerd samendenken in een beperkte groep van gelijkgerechtigde personen, die samenkomen om door middel van het gesproken woord een onderwerp van gemeenschappelijke belangstelling te bespreken."

In zo'n gesprek kan de nadruk gelegd worden op het verwerven van inzicht, het vinden van oplossingen ten aanzien van problemen of het ontwerpen van een actieplan.

Bij discussies die over problemen handelen, waarvoor oplossingen gezocht moeten worden of actieplannen uitgewerkt, is het doel altijd het oplossen van een probleem."

Naast de taakgerichte functies kent elk samenwerkingsverband ook relationele functies. Bezien wij nu de groepsdynamische aspecten van samenwerking.

II Groepsdynamische aspecten van samenwerking.

- Eén van de eerste problemen die zich binnen een samenwerkingsverband kan voordoen is het probleem van de dubbele loyaliteit. Hieronder wordt verstaan, dat niet-zelfstandige beroepsbeoefenaren, zoals maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige zowel verantwoording schuldig zijn aan de andere leden van het samenwerkingsverband alsmede hun achterban (gemeentebesturen of besturen van partikuliere instellingen).

De eisen van die instellingen zijn vaak niet in overeenstemming met de eisen die een samenwerkingsverband aan de werkers stelt. Angst speelt hierbij vaak een rol. Wordt de wijkverpleegkundige het hulpje van een arts?

Wordt de maatschappelijk werker omgevormd tot medies maatschappelijk werker?

Konflikterende doelstellingen van een samenwerkingsverband enerzijds en de eksterne instellingen anderzijds kunnen aanleiding geven tot grote problemen.

- Kompetentiekwesties (informele machtsposities), alsmede anciënteitskwesties (oudste rechten op grond van leeftijd en ervaring) spelen ongetwijfeld een rol. Gaat het primair om deskundigheid of om anciëniteit?

Er kan al of niet sprake zijn van een formeel leiderschap. Leiderschap is m.i. een relatief begrip: Het wordt niet alleen aan eigenschappen gekoppeld, maar vooral aan activiteiten. Dat zijn alle activiteiten, die voortvloeien uit de organisatorische- zowel als de groepsdynamische aspecten van samenwerking. Iedere deelnemer van een samenwerkingsverband kan hieraan op zijn wijze deel hebben.

- Het aanwerven van nieuwe medewerkers kan specifieke problemen met zich meebrengen. Wie nieuw in een samenwerkingsverband komt, wil er bij horen, geaksepteerd worden. Voor dit dilemma zal iedere deelnemer voor zich en het samenwerkingsverband als geheel, een evenwichtige oplossing moeten vinden.

Het verdient m.i. voorkeur, indien leden van een samenwerkingsverband zelf hun medewerkers kiezen. Is dit niet mogelijk dan dient er een gedegen overleg plaats te vinden met de instelling buiten het samenwerkingsverband die een hulpverlener detacheert bij het samenwerkingsverband.

Indien er geen enkele inspraak mogelijk is met instellingen buiten het samenwerkingsverband, kan het functioneren binnen een samenwerkingsverband in belangrijke mate bepaald worden door de relatie tussen de teamleden en de beroepsorganisaties van iedere discipline.

- Problemen van samenwerkingsverbanden laten zich veelal verklaren in termen van kommunikatie: (40, pag. 24)

"Bij iedere overgebrachte boodschap dient de zender te toetsen of de ontvanger de boodschap zo heeft opgenomen als hij bedoeld heeft. Dat is allerminst een vanzelfsprekende zaak.

De betekenis van woorden is namelijk helemaal niet zo duidelijk als doorgaans wordt aangenomen. Naast een min of meer algemene betekenis heeft in principe elk woord voor alle mensen vele verschillende bijbetekenissen en maakt verschillende gevoelens los. De zender moet dus te weten komen hoe zijn bericht "overkomt". Daarover moet de ontvanger hem informeren. Dit proces wordt genoemd "feedback", ofwel terugkoppeling.

De term is ontleend aan zichzelf sturende mechanismen, zoals b.v. een centrale verwarming met thermostaat.

Blijken zender en ontvanger elkaar verkeerd begrepen te hebben, dan moet men verduidelijken: een zich steeds herhalende cyclus van berichtgeving, terugkoppeling en bijsturen".

- Kommunikatie - en besluitvormingsmoeilijkheden behoren onderkend en besproken te worden. Getracht moet worden kortsluitingen te voorkomen.

Voor een samenwerkingsverband is het van levensbelang, dat alle deelnemers de beschikking en inzichten krijgen die nuttig zijn voor een goed functioneren.

Gevoelens over de gang van zaken zijn daarbij belangrijk.

Vaak worden die gevoelens verborgen achter vriendelijkheid, beleefdheid of een gespannen taakgerichtheid.

Regelmatige evaluaties - met voldoende bescherming voor ieders persoon - kunnen belangrijk zijn. Helaas gebeurt dit niet altijd in opbouwend kritiese zin. Het komt voor dat men elkaar "de grond intrapt".

Met dr. Vasbinder betwijfel ik het effect van puur zakelijke relaties (41, pag. 440-442):

"Persoonlijke verhoudingen van teamgenoten t.o.v. elkaar zijn van enorm groot belang. Ik geloof niet dat er sprake kan zijn van intensieve coöperatie, wanneer naast de achting voor de professie van de ander, niet ook een persoonlijk respect bestaat."

Om elkaar persoonlijk wat te leren kennen en om contact te onderhouden verdient het aanbeveling bij hechte permanente samenwerkingsverbanden een vast koffie/tee-uurtje in te stellen. Dit kan b.v. aan het begin van de dag zijn.

Vooraf wanneer een samenwerkingsverband pas tot stand is gekomen lijkt het mij goed om dit op een vaste tijd af te spreken. Je hoort dan van allemaal iets en je kunt op grond daarvan nader contact zoeken met de mensen die je aantrekken.

Incidenteel met teamleden uit eten gaan of een teamlid bezoeken, biedt mogelijkheden elkaar op breder terrein te leren kennen. Vooral voor een nieuweling lijkt mij dit van groot belang.

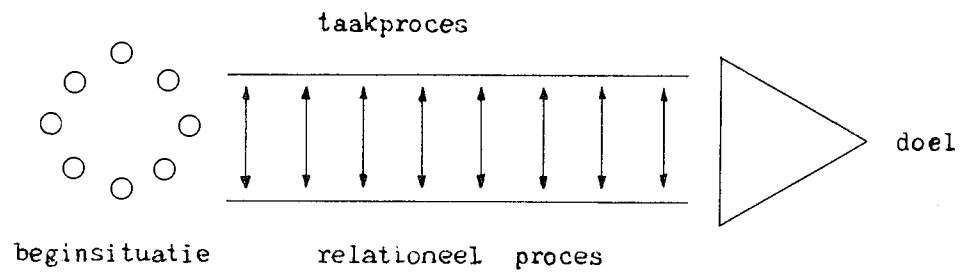
Ik ben ervan overtuigd, dat informele relaties van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van het werk.

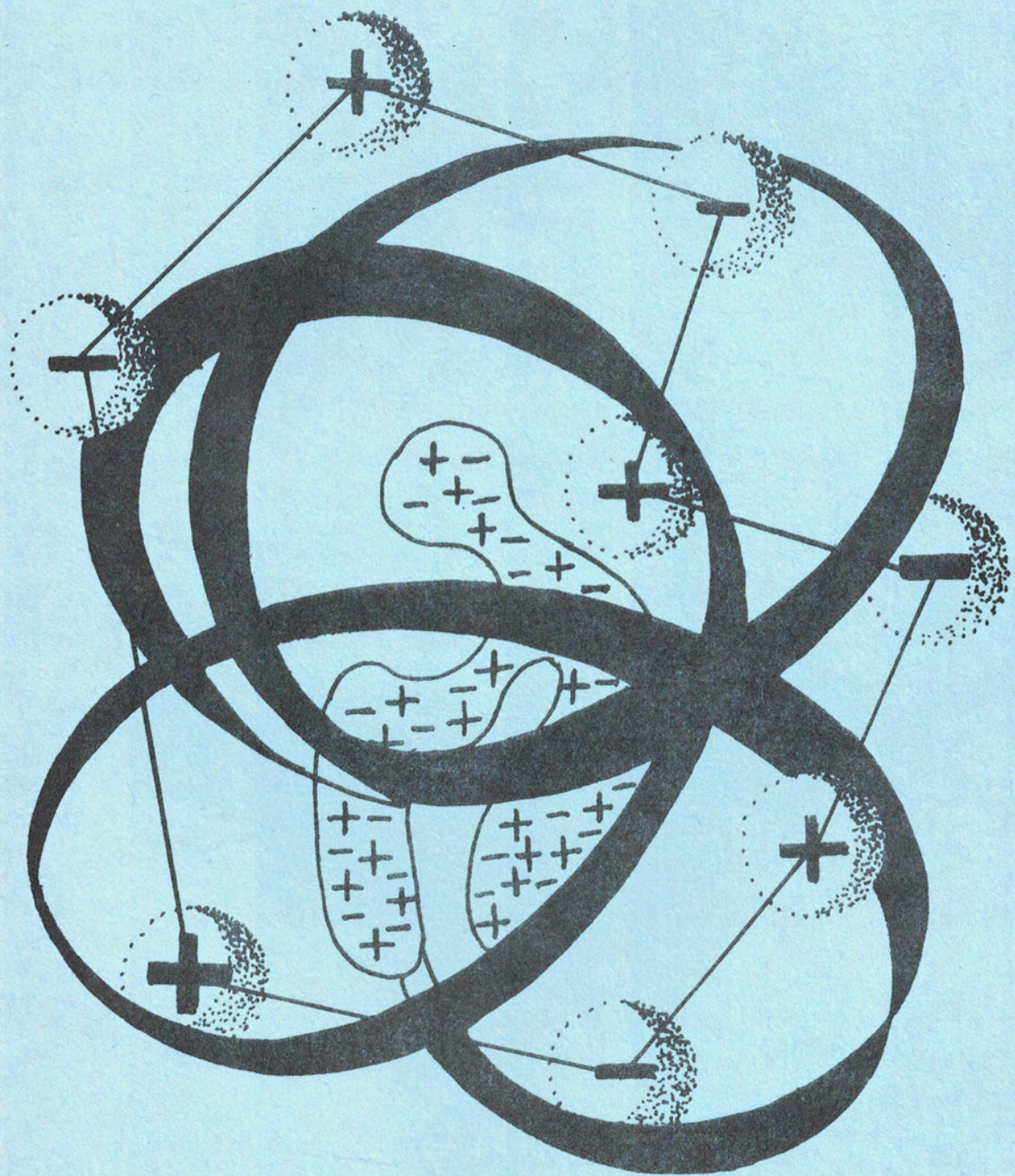
In een samenwerkingsverband gaan mensen met elkaar om, reageren op elkaar en hebben hun gevoelens jegens elkaar en tegenover de gang van zaken. Laat men deze gevoelens en reacties welbewust niet aan bod komen, maakt men daar geen tijd voor vrij, dan verslechtert het werkklimaat. Er kunnen geregeld "onverklaarbare" of frustrerende storingen in het taakproces ontstaan.

Het gevolg kan zijn dat de groep uit elkaar valt.

Wil men zich vanuit een nog verbrokkelde beginsituatie richten op een gemeenschappelijk doel, dan zal men terdege rekening moeten houden met zowel een taak- alsmede een relationeel proces en hun onderlinge wisselwerking.

Schematies als volgt aan te duiden:





V EVALUATIE SAMENWERKINGSMODELLEN.

Een evaluatie van de in het vorige hoofdstuk genoemde samenwerkingsmodellen is geen eenvoudige opgave.

Zo onderkennen wij aanzienlijke verschillen tussen hulpverlening in de stad en op het platteland.

De vooronderstellingen die aan hulpverlening ten grondslag liggen geven derhalve hier verschillen te zien.

Variabelen die ingebracht kunnen worden in de stad kunnen heel anders liggen op het platteland.

Dit kan b.v. ook gezegd worden van verwijzingen en de manier van verwijzen. Een welzijnscentrum kan in een stad uitermate goed functioneren. Op het platteland kan dit hulpverleningsinstituut volkomen mislukken. Dit kan ook gezegd worden van alle andere samenwerkingsmodellen.

Dit moge nogmaals verduidelijken, dat uitkomsten van een evaluatie van vermelde samenwerkingsmodellen altijd de nodige vraagtekens zullen opleveren. Dit geldt vooral, indien deze uitkomsten niet langs empiriese weg verkregen zijn.

Bovendien geven de in hoofdstuk IV genoemde modellen kwa structuur aanzienlijke verschillen te zien.

Bij alle samenwerkingsmodellen kunnen vrijwilligers participeren.

Om tot een evaluatiepoging te komen heb ik een aantal criteria opgesteld, welke gebruikt worden als toets indien er sprake zal zijn van:

- A. Autonome instellingen (solisten).
- B. Funktionarissenkontakt.
- C. Samenwerkingsverband "ad hoc".
- D. Home-team.
- E. Gezondheidscentrum.
- F. Welzijnscentrum.

Welbewust heb ik een selectie gemaakt van vier criteria. Deze - nader te noemen - criteria heb ik verkozen omdat deze t.a.v. samenwerking naar mijn mening tot de belangrijkste gerekend kunnen worden.

Deze criteria behoren m.i. bij ieder samenwerkingsverband ter sprake te komen.

Vanzelfsprekend zijn er veel meer criteria te noemen. Een belangrijk criterium is b.v. tijd- en kostenfaktor. Aangezien er op dit terrein nog weinig onderzoek heeft plaats gevonden, kan hierover nagenoeg niets vermeld worden.

De opzet is vermelde modellen per afzonderlijk criterium te toetsen.

Vanuit het oogpunt van de kliënt worden aspecten van (geen) samenwerking betreffende de gehele welzijnszorg in z'n algemeenheid vergeleken.

De uitkomsten worden daarna in een schematis overzicht geëta-leerd aan de hand van de volgende waarderingen:

- + + Positief.
- + Matig positief.
- Indifferent (neutraal).
- Matig negatief.
- - Negatief.

Deze waarderingssymbolen zijn door mij overgenomen van de "Consumentenbond" (hoofdkantoor gevestigd te Den Haag).

Evaluatie-kriteria:

1 Bereikbaarheid voor cliënt.

A. Duidelijkheid (doorzichtigheid) :

- 1 van werksoort (geoperationaliseerde doelstelling i.c. duidelijke werkafspraken).
- 2 van levensbeschouwing (b.v. religieuze achtergrond vóór of tegen abortus, eutanاسie, homofilie e.d.).

B. Lage psychologische drempel:

- Geen centraal gebouw (afzonderlijke huisvesting per werksoort).

- Voordelen cliënt : persoonlijker (minder een "nummer"),
minder vervreemdend.
- Voordelen hulpverlener : het behoud van identiteit per werksoort.
- Nadelen cliënt : meer stigmatiserend, als het b.v. het
maatschappelijk werk betreft.
- Nadelen hulpverlener : geen "ruimtelijke nabijheid" andere
welzijnswerkers.

- Centraal gebouw (gezamenlijke huisvesting verschillende werksoorten)

- Voordelen cliënt : minder stigmatiserend voor b.v. werksoort
maatschappelijk werk.
- Voordelen hulpverlener : "ruimtelijke nabijheid" andere welzijns-
werkers.
- Nadelen cliënt : te onpersoonlijk, massalale kantoorflat
werkt vervreemdend.
- Nadelen hulpverlener : kans op verlies identiteit van werksoort.

Noot: Vermelde voor- en nadelen zijn vooronderstellingen.

Voorlopig ga ik hier van uit tot het moment, dat het tegendeel
aangetoond is.

Voor- en nadelen van hulpverlening vanuit respectievelijk één
centraal gebouw of vanuit verschillende gebouwen zijn - voor zover
mij bekend - nog niet langs empiriese weg onderzocht.

Een gedegen onderzoek hierover verdient aanbeveling.

2 Mate van inspraak voor cliënt.

(Rechtstreekse participatie - i.c. via vertegenwoordiger -
in teambespreking als het de cliënt betreft).

3 Mate van geheimhouding.

4 Mate van deskundigheidsbevordering voor participanten.

A. AUTONOME INSTELLINGEN (SOLISTEN).

Waardering:

Kriterium 1 : A. Duidelijkheid.

B. Lage psychologische drempel.

Toetsing : A 1. Werksoort: -

Door enorme veelheid aan instellingen, disciplines, specialisaties e.d. zijn werksoorten in ieder geval voor de leek (kliënt) en vaak voor hulpverleners onduidelijk.

A 2. Levensbeschouwing:

- Autonome instellingen : + +

- Solisten (huisarts) : +

Kriterium 1 : B. Lage psychologische drempel:

Toetsing : Dit is afhankelijk van de werksoort. □
(maatschappelijk werk wordt ten onrechte nog wel eens geassocieerd met zwak-sociale gezinnen etc.).

Kriterium 2 : Inspraak cliënt.

Toetsing : Afhankelijk van de levensbeschouwelijke achtergronden der instellingen kan dit van matig positief tot matig negatief variëren. +/-
Zo bestaan er buro's, die niet meewerken aan b.v. echtscheiding of abortus.

Kriterium 3 : Geheimhouding.

Toetsing : Door diverse beroepskodes en solisties optreden (minder gelegenheid om informatie over de cliënt mede te delen) is geheimhouding verzekerd. + +

Kriterium 4 : Deskundigheidsbevordering.

Toetsing : Volkomen afhankelijk van individueel initiatief, gekombineerd met de bereidheid van vakgenoten om bij cursussen, trainingen, bijscholingen e.d. taken over te nemen. +/-
Zo zal een goede instelling regelmatig studiebijeenkomsten (-dagen) organiseren.

B. FUNKTIONARISSENKONTAKT.

Waardering:

- Kriterium 1 : A. Duidelijkheid.
B. Lage psychologische drempel.
- Toetsing : A 1. Werksoort: -
zelfde als A. (Autonome instellingen)
- A 2. Levensbeschouwing:
zelfde als A. - Autonome instellingen: + +
- Solisten (huisarts) : +
- Kriterium 1 : B. Lage psychologische drempel:
Toetsing : zelfde als A. (autonome instellingen) □
- Kriterium 2 : Inspraak cliënt.
Toetsing : zelfde als A. (Autonome instellingen) +/-
- Kriterium 3 : Geheimhouding.
Toetsing : Indien er sprake is van meerdere hulpverleners zal de kans op "lekkage" toenemen. +
Met name omdat hier hulpverleners aanwezig kunnen zijn die geen specifieke beroepskode hanteren (b.v. gezinsverzorging).
- Kriterium 4 : Deskundigheidsbevordering.
Toetsing : Deskundigheidsbevordering neemt iets toe. +
Door communicatiemogelijkheden met meerdere hulpverleners kan men iets van elkaar leren. Bovendien mogelijkheden introducees (specialisten) uit te nodigen tot houden van lezingen/deskussies e.d..

C. S A M E N W E R K I N G S V E R B A N D " A D H O C ".

Waardering:

Kriterium 1 : A. Duidelijkheid.

B. Lage psychologische drempel.

Toetsing : A 1. Werksoort: +

Werkzaamheden, methodieken e.d. worden op elkaar afgestemd. De kliënt kan hierbij participeren. De hulpverlening wordt verduidelijkt.

A 2. Levensbeschouwing: +

Kliënt weet (kan weten) uit welke levensbeschouwelijke instellingen de werkers komen. (geref. maatsch. werk, Humanistisch Verbond etc.) Van het samenwerkingsverband "ad hoc" is niet volkomen duidelijk hoe de krachtsverhoudingen uitvallen in levensbeschouwelijk geladen vragen (zoals echtscheiding, homofile samenwoning, abortus etc.)

Kriterium 1 : B. Lage psychologische drempel:

Toetsing : Niet van toepassing. "Drempel" (zo die er is/was) is al genomen in het stadium dat de hulpverleners bij elkaar komen. Daarvóór geldt dus de situatie van modellen A (Autonome instellingen) en/of B (Funktionarissenkontakt). □

Kriterium 2 : Inspraak cliënt.

Toetsing : Zelfde als modellen A (Autonome instellingen) en B (Funktionarissenkontakt). +/-

Kriterium 3 : Geheimhouding.

Toetsing : Zelfde als model A (Autonome instellingen) + +

Kriterium 4 : Deskundigheidsbevordering.

Toetsing : Verschilt weinig met het funktionarissenkontakt. +/□
T.a.v. specifieke probleemsituaties kunnen gespecialiseerde hulpverleners worden uitgenodigd (b.v. "aanpassingen" i.v.m. invaliditeit).

D. H O M E - T E A M.

Waardering:

Kriterium 1 : A. Duidelijkheid.

B. Lage psychologische drempel.

Toetsing : A 1. Werksoort:

Werkzaamheden worden meer op elkaar afgestemd. Vaak wordt dit in de loop van de hulpverlening voor de cliënt herkenbaar.

A 2. Levensbeschouwing: -

Van afzonderlijke hulpverleners kan de cliënt weten uit welke levensbeschouwelijke instellingen zij komen. In het home-team participeren ook hulpverleners met wie de cliënt nooit te maken heeft (gehad). Het inschatten van onderlinge krachtsverhoudingen in levensbeschouwelijk geladen vragen (zie model C) is voor de cliënt onduidelijk.

Kriterium 1 : B. Lage psychologische drempel:

Toetsing : zelfde als modellen A, B en C.

Kriterium 2 : Inspraak cliënt.

Toetsing : Minder dan bij modellen A, B en C. Cliënt is niet aanwezig bij teambesprekingen. Lang niet in alle gevallen wordt aan hem toestemming gevraagd zijn situatie bespreekbaar te mogen stellen. Gebeurt dit wel, dan bestaat er in principe wel de mogelijkheid, dat de cliënt vertegenwoordigd wordt door een hulpverlener die al of niet behoort tot de permanente bezetting van het home-team. In hoeverre de cliënt nog kan overstappen naar een andere hulpverlener blijft een vraag. Nadelig t.a.v. inspraak is echter dat meningsvorming over hem plaats vindt zonder hem. T.a.v. diagnose en behandelingsplan kan dit soms voordeliger voor de cliënt zijn. Het bijwonen door de cliënt van teambesprekingen kan hulpverleners weerhouden (remmen) vrijuit te spreken. -

Waardering:

Kriterium 3 : Geheimhouding.

Toetsing : Afhankelijk van goede afspraken kan dit +/-
variëren van matig positief tot matig
negatief. Men kan afspreken, dat hulpver-
leners die niet met een bepaalde cliënt
te maken hebben niet aanwezig zijn bij een
bespreking van diens geval.
Dan kan de situatie ontstaan als bij een
samenwerkingsverband "ad hoc".

Kriterium 4 : Deskundigheidsbevordering.

Toetsing : Door regelmatige (periodieke) contacten +
neemt deskundigheidsbevordering iets toe.
Van elkaar kan men leren. Gespecialiseerde
hulpverleners kunnen uitgenodigd worden.
Naast kliënt-gerichte werkzaamheden kan men
b.v. structurele problemen bespreekbaar
stellen.

E. GEZONDHEIDSCENTRUM.

Waardering:

Kriterium 1 : A. Duidelijkheid.

B. Lage psychologische drempel.

Toetsing : A 1. Werksoort: □

In eerste instantie minder duidelijk.

Door duidelijke interne aan- en verwijzingen en goede intake kan enigszins worden voorkomen dat de cliënt in een groot gebouw verdwaalt.

A 2. Levensbeschouwing:

Levensbeschouwing kan duidelijk en onduidelijk zijn. ++/--

* (Zie toelichting).

Kriterium 1 : Lage psychologische drempel.

Toetsing : B. Over het algemeen verlagend van "drempel". +
Anonimiteit cliënt neemt toe. Minder stigmatiserend voor werksoort maatschappelijk werk. Cliënt kan doen voorkomen dat hij voor een andere werksoort komt.

Kriterium 2 : Inspraak cliënt.

Toetsing : In gezondheidscentrum spelen heel menselijke factoren mee: de sociaal-psychologische wens om geen ruzie te krijgen met collega's met wie men nog jaren lang moet samenwerken. Men zal bij menigverschillen tussen cliënt en één hulpverlener minder snel scherp positie kiezen dan in de modellen A, B, C en D. - -

Kriterium 3 : Geheimhouding.

Toetsing : Ongeveer hetzelfde als model D (Home-team). +/-

Kriterium 4: Deskundigheidsbevordering.

Toetsing : Door "ruimtelijke nabijheid" andere welzijns- +/+ +
werkers neemt deskundigheidsbevordering toe.
Dit geldt tevens voor vervangingsmogelijkheden.

* Toelichting levensbeschouwing:

Levensbeschouwing kan van een maximum aan duidelijkheid tot een minimum aan duidelijkheid variëren.

In dit verband spreekt het volgende citaat voor zich zelf

(43, pag. 134):

"Laten we de gulden middenweg bewandelen: niet verzuilen als dat niet nodig is, maar wel een democratische keuze-mogelijkheid bieden door een pluriforme opstelling van sociale hulpverlening, die per definitie niet waardevrij kan zijn. Ook als men tot de conclusie komt dat verzuild maatschappelijk werk in een bepaald gebied verantwoord zou zijn (en niet ingegeven door een klein-geestig gevecht voor eigen winkel) kan het bijvoorbeeld om economische redenen onhaalbaar zijn de verzuiling te handhaven. In dat geval moeten goede waarborgen worden geschapen om de keuzevrijheid voor de cliënten veilig te stellen. In de publiciteit moet dit duidelijk gesteld worden, bijvoorbeeld kan in de wachtkamer van een gefuseerd algemeen maatschappelijk werk-instelling een bord komen met een tekst die b.v. als volgt luidt:

Dit is een gezamenlijk bureau van:

- Gereformeerd Maatschappelijk Werk
- Humanitas
- Instituut voor Maatschappelijk Werk (R.K.)
- Kerkelijke Sociale Arbeid (Hervormd)
- Joods Maatschappelijk Werk

Desgewenst kunt U vragen naar een maatschappelijk werker van een bepaalde levensbeschouwing.

In veel gevallen is het namelijk niet belangrijk of de werker van dezelfde kleur is als de cliënt en veel werkers hebben begrijpelijk weinig lust om aan iedere cliënt te vragen of hij behoefte heeft aan een geestverwant. Onjuist is het echter als men de cliënt geen kans geeft zelf na te denken maar onder elkaar als werkers uitmaakt wat goed is voor de cliënt. Big brother is watching you - maatschappelijk werk, dat een grondprincipe van het werk al direct met voeten treedt: het respect voor de cliënt."

F. WELZIJNSCENTRUM.

Waardering:

Kriterium 1	: A. <u>Duidelijkheid.</u>	
	B. <u>Lage psychologische drempel.</u>	
Toetsing	: A 1. <u>Werksoort:</u>	□
	zelfde als E (<u>Gezondheidscentrum</u>)	
	A 2. <u>Levensbeschouwing:</u>	+ +/ - -
	zelfde als E (<u>Gezondheidscentrum</u>)	
Kriterium 1	: B. <u>Lage psychologische drempel:</u>	
Toetsing	: zelfde als E (<u>Gezondheidscentrum</u>)	+
Kriterium 2	: <u>Inspraak cliënt.</u>	
Toetsing	: zelfde als E (<u>Gezondheidscentrum</u>)	- -
Kriterium 3	: <u>Geheimhouding.</u>	
Toetsing	: zelfde als E (<u>Gezondheidscentrum</u>)	+/-
Kriterium 4	: <u>Deskundigheidsbevordering.</u>	
Toetsing	: In vergelijking met gezondheidscentrum (model E) neemt door de aanwezigheid ("ruimtelijke nabijheid") van meerdere werksoorten, deskundigheidsbevordering iets toe.	+ +

E V A L U A T I E.

In navolging van de "Consumentenbond" laat ik de beantwoording van de probleemstelling

"Welk(e) samenwerkingsmodel(len) in de psycho-somatische en psychosociale hulpverlening lijkt(en) het gunstigst?"

over aan het individuele oordeel van degenen die evalueren.

Ieder kan zijn prioriteiten bij andere criteria leggen.

De keuze van waarderingen is en blijft een subjektieve aangelegenheid.

Dit kan leiden tot minimale, maar ook tot maximale verschillen, o.a. samenhangend met het relatieve gewicht dat iemand hecht aan de respectievelijke toetsingscriteria:

de één zal levensbeschouwelijke duidelijkheid het belangrijkste vinden;

de ander mogelijkheid tot interdisciplinair werken, etc.

De criteria 1 t/m 4 zijn moeilijk op te tellen.

Men kan geen paarden, varkens etc. als eenheidsdieren bij elkaar optellen. Het is voor mij derhalve niet mogelijk een antwoord te geven op bovenvermelde vraag (probleemstelling).

Mijn persoonlijke voorkeur gaat uit naar een welzijnscentrum, indien in ieder geval vermelde criteria als matig positief c.q. positief kunnen worden gewaardeerd.

In onderstaand schema zijn de toetsingen weergegeven:

	I			2	3	4
	A 1	A 2	B			
A. <u>Autonome instellingen.</u> - Solisten (huisarts) :	-	++	□	+/-	++	+/-
B. <u>Funktionarissenkontakt.</u> - Autonome instellingen : - Solisten (huisarts) :	-	++	□	+/-	+	+
C. <u>Samenw.verband "ad hoc".</u>	+	+	□	+/-	++	+ / □
D. <u>Home - team.</u>	□	-	□	-	+/-	+
E. <u>Gezondheidscentrum.</u>	□	++/--	+	--	+/-	+/++
F. <u>Welzijnscentrum.</u>	□	++/--	+	--	+/-	++

A L G E M E N E K O N K L U S I E S.

- De huidige maatschappelijke dienstverlening geeft een nogal chaotisch beeld.
- De sociale ontwikkeling bleef achter bij de technische vooruitgang, hetgeen tot spanning leidt.
- Velen kunnen zich daardoor niet meer staande houden in deze samenleving.
- Steeds terugkerende herstructurering van de maatschappelijke dienstverlening is noodzakelijk.

- Invloed overheid (staat) neemt hand over hand toe.
Vermoedelijk speelt geld hierin een grote rol.
Partikulier initiatief vormt een noodzakelijk tegenspel.
Het cliënt-systeem moet op grond van levensbeschouwelijke gronden, geloofsovertuiging e.d. keuze kunnen maken (vgl. politieke partijen).
Op grond van fundamentele verschillen door levensvisie (-beschouwing) moeten verschillende (soorten) welzijnsinstellingen mogelijk zijn. Te denken valt hierbij aan abortus, homofile samenwoning, eutanاسie, konkubinaat (42, pag. 25/27).

- Vooral in die gevallen waar het leven van de cliënt weinig of geen uitzichten meer biedt, zal deze zich vastklampen aan iedere "strohalm" (hulpverlener).

- Indien vele hulpverleners tegelijkertijd onafhankelijk van elkaar dezelfde cliënt helpen:
 - neemt de verantwoordelijkheid van de cliënt af;
 - wordt de cliënt bevestigd in zijn problematiek en afhankelijkheid;
 - vergroot dit de kans, dat de cliënt zich enorm belangrijk gaat vinden (cliënt ziet hulpverleners voor zich "draven");
 - veroorzaakt vergroting kostenfaktor;
 - leidt tot een ondoelmatige hulpverlening, waardoor andere (potentiële) cliënten tekort worden gedaan. (Kliënten kunnen nagenoeg in onbeperkte mate hulpverleners claimen);
 - wordt een gezamenlijk behandelingsplan bemoeilijkt.

- Welzijnswerkers behoren niet alleen "brokken" te lijmen.
Dit betekent niet alleen proberen "drenkelingen" uit het water te halen. Zij dienen vooral te trachten te voorkomen dat "drenkelingen" in het water geraken.

- Samenwerking is geen absoluut rationele waarde:
Op een bepaald moment moet er een yonk overspringen.

- Samenwerking is niet alleen zaligmakend.
Het heeft zowel positieve- als negatieve aspecten.
In ieder samenwerkingsverband zullen wij deze beide aspecten moeten aksepteren.
Overwegen de negatieve aspecten, dan moet er uiteraard niet samengewerkt worden.

- Bij samenwerking moet er sprake zijn van zowel een duidelijke verstandelijke - als emotionele behoefte:
Deze behoeften kunnen liggen bij:
 - organisaties zelf;
 - cliënten ("afnemers");
 - zowel organisaties (i.c. hulpverleners) als cliënten.In een zo beweeglijke samenleving als de onze kunnen en zullen behoeften veranderen.
Zowel hulpverleners als cliënten moeten er van overtuigd zijn, dat wijziging van het karakter van de hulpverlening een verbetering is.
Vraag en aanbod dienen op elkaar te worden afgestemd.

- Wanneer een groep effectief wil werken, moeten haar leden in staat zijn en de gelegenheid hebben zo veel mogelijk hun persoonlijke- en groepsdoelstellingen te formuleren.

- Het oplossen van persoonlijke- en relationele problemen vergt bijzonder veel tijd. Het formuleren van gezamenlijke doelstellingen voor een samenwerkingsverband zal in het begin moeilijk verlopen. Deze moeilijkheden - die vele samenwerkingsverbanden hierbij onder vinden - ontstaan doordat men hier te weinig tijd aan besteedt.
"Laten wij nu eens beginnen. Wij hebben nog niets gedaan. De rest komt vanzelf", zijn bekende uitspraken.

- Samenwerking zal - al naar gelang de intensiteit er van - veel tijd kosten. Dit impliceert, dat er financiële gevolgen aan zijn verbonden. Financiële konsekventies moeten vooraf duidelijk geregeld en overzien worden.
- "Konkurrentie-gevoelens" doorkruisen een samenwerking, zolang kontakten niet goed worden onderhouden.
- Samenwerking dient georganiseerd te worden op die momenten en plaatsen waar het nodig is.

In sterke mate is samenwerking afhankelijk van het karakter van een gemeente (gebied/wijk).

Aantal inwoners, gedifferentieerdheid van het maatschappelijk leven, geografiese spreiding van bevolking enz. zijn hierop van invloed.

- Om samen te kunnen werken is het noodzakelijk, dat men eerst met zich zelf min of meer in het reine is gekomen. Met iemand die niet weet wat hij wil of wat hij kan is het slecht zaken doen.
- Overleg en samenwerking zijn mede noodzakelijk om eigen blinde vlekken te toetsen. Dit maakt interkollegiaal kontakt zinvol. Iedere welzijnswerker neemt op een gegeven moment waar door een gekleurde bril. Het is daarom goed hetzelfde "objekt" door andere glazen te bezien.
- Samenwerken impliceert het zich openstellen voor opvattingen van anderen. Het vereist de bereidheid kritiek op eigen gedrag, opvattingen en werkwijze als een zinvolle "terugkoppeling" (feedback) te aanvaarden.
- In z'n algemeenheid zal gestreefd moeten worden naar een maksimum aan democratie.

Weliswaar bestaat er tussen democratie en deskundigheid een konstant spanningsveld. Eén van de problemen bij een democratie is: "Wie hebben er belang bij?"

Een te ver doorgevoerde democratie schaft deskundigheid af.

- Samenwerking loopt gevaar van zeer korte duur te zijn als te overhaast van start wordt gegaan.

Dit gevaar wordt nog vergroot indien welzijnswerkers participeren, die tot dan toe gewend waren betrekkelijk zelfstandig te opereren, of die op levensbeschouwelijke gronden ver van elkaar afstaan.

- Elke groep (team) valt of staat bij de motivering van haar leden. Het niet-nemen van risico's en het niet-aanvaarden van onzekerheden berust in vele gevallen niet alleen op onwil.

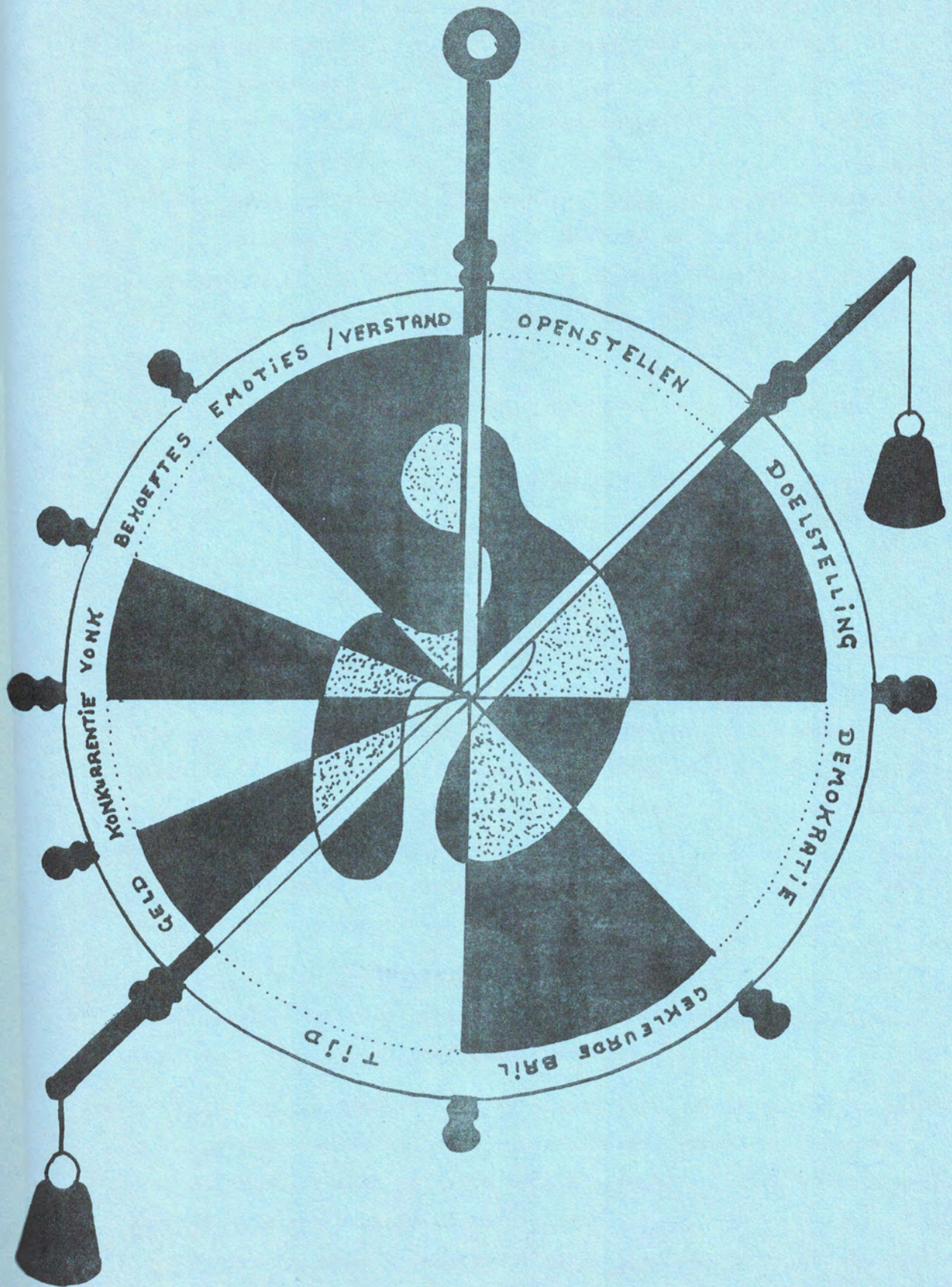
Persoonlijke problemen beletten vele leden zich zo voor een groep in te zetten, zoals zijzelf en anderen zouden willen.

Het zich kwetsbaar opstellen naast de ander vereist een bepaalde mate van innerlijke zekerheid.

- Agogische begeleiding kan zeker in de beginfase van samenwerkingsvormen behulpzaam zijn bij het wennen aan conflicten die zich voor kunnen doen.

Participeren in een samenwerkingsverband is iets wat geleerd moet worden.

Hechte samenwerking kan veelal pas na jaren verwezenlijkt worden.



A A N B E V E L I N G E N.

1. Iedere welzijnswerker dient bij een nieuw hulpverleningscontact (INTAKE) samen met de cliënt een "INVENTARIS" op te maken van het aantal hulpverleners (i.c. vrijwilligers), die werkzaam zijn bij het cliënt-systeem.

Tijdens het contact dient dit regelmatig te worden getoetst op eventuele wijzigingen.

Bij het signaleren en erkennen van overlappen (doublures) van disciplines dit bespreekbaar te stellen met de cliënt.

Samen met de cliënt vervolgens bezien of een afbouw en/of beëindiging van bepaalde hulpverleningsrelaties wenselijk c.q. noodzakelijk is.

2. Hulpverleners behoren het cliënt-systeem zo veel mogelijk te betrekken bij een behandelingsplan.

Kliënten hebben er recht op te weten waar zij aan toe zijn.

Welzijnswerkers mogen cliënten niet "opzettelijk" vergeten en allerlei zaken buiten de cliënt om bespreken (behoudens uitzonderingen).

Kliënten dienen zich bewust te worden van hun actieve rol.

3. Hulpverleners dienen zich bewust te zijn van hun VAKTAAL. (Vakjargon)

Dit kan ernstige kommunikatiestoornissen met de cliënt opleveren.

Kliënten zijn er bij gebaat, dat zij zo veel mogelijk in hun eigen taal worden aangesproken. In de regel betekent dit geen of nauwelijks gebruik van moeilijke begrippen.

Kliënten dienen bespaard te blijven voor een taalgebruik, dat overkomt als een soort abrakadabra.

4. De plaats die de vrijwilliger inneemt binnen de psycho-sociale en/of psycho-somatische hulpverlening verdient meer duidelijkheid. (zoals erkenning als hulpverlener, gesprekspartner).

5. Bestaande opleidingen van hulpverleners (o.m. de in hoofdstuk III genoemde componenten 2 t/m 10) dienen meer aandacht te besteden aan (on)mogelijkheden van diverse disciplines en aspecten en verscheidenheid aan samenwerkingsverbanden.

De verschillende opleidingen dienen hierover onderling contact met elkaar op te nemen.

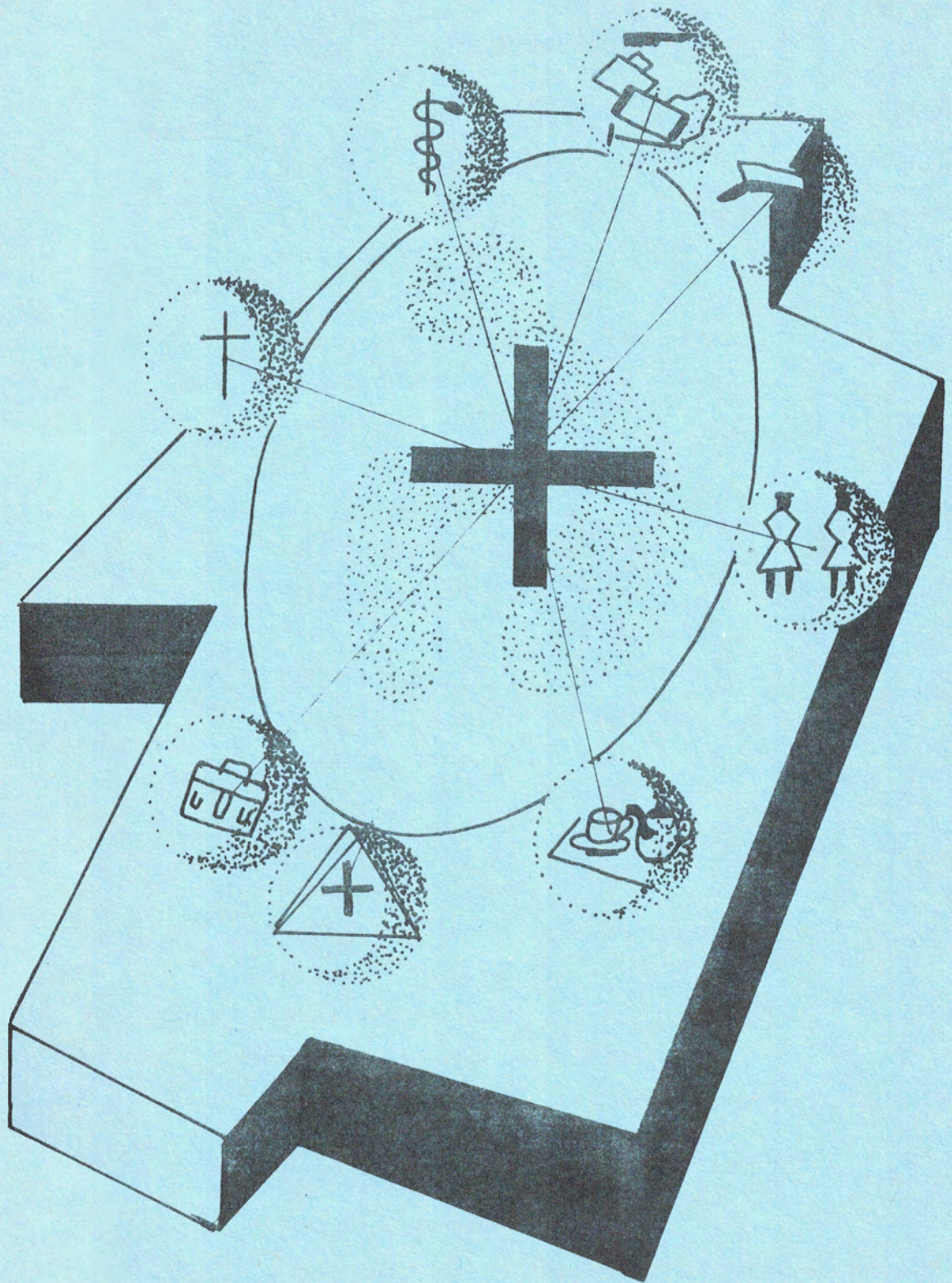
6. Onderzoeken naar betekenis en vormgeving van samenwerkingsverbanden verdienen aanbeveling.

Voor dergelijke onderzoeken dienen meer gelden ter beschikking te worden gesteld. Het uitgangspunt dient hierbij te zijn op welke wijze de cliënt het beste wordt geholpen.

Recentelijk verrichte onderzoeken:

- 1e "Registratie lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn" door het Nederlands Huisartsen Instituut;
- 2e "Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra" in opdracht van het Praeventiefonds.
- (zie noten 43 en 44).

7. In ieder werkgebied behoren afspraken gemaakt te worden over de bereikbaarheid van hulpverleners gedurende de uren buiten kantoor (i.c. weekenden).



NOTEN.

Nootnummer(s):

- 1 Sociale Akademie Twente,
Prospektus dagopleiding H.B.O., maatschappelijk werk,
Hengelo, 1975/'76.
- 2, 3, 23 Opleiding Middelbare Sociale Arbeid,
Sociale kaart,
Haarlem.
- 4 Van Tienen, dr. A.J.M.,
Welzijn in welvaart,
G.F. Callenbach N.V., Nijkerk.
- 5 Maslow, A.H.,
Psychologie van het menselijk zijn,
Rotterdam, derde druk 1974.
- 6 Traas, Drs. M.,
Welzijn in welvaart,
G.F. Callenbach N.V., Nijkerk, 1972.
- 7, 11, 14, 16 Ten Have, Dr. T.T.,
Klein bestek van de agologie,
Wolters - Noordhoff n.v., Groningen, derde druk, 1970.
- 8 Maslow, A.H.,
Motivatie en persoonlijkheid,
Lemniscaat - Rotterdam, Tweede verbeterde druk, 1974.
- 9, 26, 37, 40 Opleiding Middelbare Sociale Arbeid,
Aspekten van arbeidsindeling en samenwerking,
Haarlem.

Nootnummer(s):

- 10 Van Driel, Drs. S.J.,
Samenwerken op wijkniveau,
Intermediair, Amsterdam, 22-3-1974.
- 12 Welzijnsweekblad,
We doen op onze manier aan burenhulp.
Stichting T.M.W., Haarlem, in samenwerking met
Samson Uitgeverij, Jaargang 1, 22 oktober 1976, no. 4.
- 13 Perlman, H.H.,
Social Casework in :
Kamphuis M.,
Wat is social casework,
Samson, Alphen aan den Rijn, 1972.
- 15, 28 Perlman, H.H.,
Social Casework,
Van Loghum Slaterus, Deventer , 1973.
- 17, 19, 30 de Katholieke Vereniging van Maatschappelijk Werkers,
Dr. Ariëns en
de Nederlandse Bond van Maatschappelijk Werkers,
CODE voor de maatschappelijk werker.
- 18 Welzijnsweekblad,
Eerherstel voor de vrijwilligers,
Stichting T.M.W., Haarlem, in samenwerking met
Samson Uitgeverij, Jaargang 1, 3 december 1976, no. 10.
- 20 Nederlands Huisartsen Genootschap,
Hoe helpt de dokter? (Speciale uitgave)
Utrecht, juli 1975.

Nootnummer(s):

- 21 Beekman - Eggink, J.,
Patiënt en samenleving,
Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en
Welzijnswerk,
Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, jaargang 28,
nr. 15.
- 22 Lammers, C.J., 1957 in:
Lammers, C.J. en Van Doorn, J.A.A.,
Moderne Sociologie (Systematiek en analyse)
Het Spectrum N.V., Utrecht/Antwerpen, 1972.
- 24 Lektuurkeuze welzijnsterrein,
Hulpverlening in het weekend,
Vuga, 4e jaargang, nr. 1.
Stichting TMW, Haarlem, in samenwerking met
Samson Uitgeverij, Jaargang 1.
- 25 Buro's voor maatschappelijk werk te Leeuwarden,
Maatschappelijk werk, een mogelijkheid voor anderen.
- 27 De Gier, Drs. H.G.,
Professionalisering van maatschappelijk werkers in:
Sociaal bestek,
Vuga b.v., jaargang 36, nr. 8, 1974.
- 29 Konopka, G.,
Groepswerk,
Van Loghum en Slaterus, Deventer.
- 31 Vereniging van directeuren van overheidsorganen
voor sociale arbeid (D.I.V.O.S.A.),
Samenwerkingsverbanden bij de Gemeentelijke Sociale
Diensten, 1967.

Nootnummer(s):

- 32 Lekanne dit Deprez, Ir. B.E.J.C.,
Macht en onmacht van interdisciplinair samenwerken,
Intermediair, 12e jaargang 45, 5 november 1976.
- 33, 34, 36 Vereniging van Nederlandse Gemeenten,
Samenwerking in de eerste lijn,
's-Gravenhage, Groene reeks nr. 17, 1975.
- 35 Drogendijk sr., Prof. Dr. A.C.,
Gezondheidscentrum in:
Sociaal bestek,
Vuga b.v., jaargang 35 nr. 23, 1973.
- 38 H. de Graaf, Drs. H.,
Op één lijn in de eerste lijn - werken aan samenwerking,
Nederlands Instituut Voor Maatschappelijk Werk
Onderzoek - NIMAWO,
's-Gravenhage, juni 1975.
- 39 Roels, Renaat,
Discussiëren en vergaderen,
H.D. Tjeenk Willink b.v., Groningen, vijfde druk, 1973.
- 41 Vasbinder, Dr. W.,
Home-team,
Huisarts en wetenschap, nr. 11, 1968.
- 42 Sie Dhian Ho, Drs. H.T.,
Om de leefbaarheid van een prostitutiewijk,
"Humanitas", Nederlandse Vereniging Voor Maatschappe-
lijke Dienstverlening En Samenlevingsopbouw,
Amsterdam, 1975.
- 43 Sie Dhian Ho, Drs. H.T.,
Verzuiling democratie staatsmacht,
"Humanitas", Nederlandse Vereniging Voor Maatschappe-
lijke Dienstverlening En Samenlevingsopbouw,
Amsterdam, oktober 1972.

Scriptie 1980

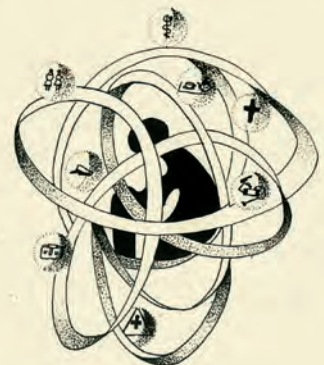
december 1980

InSa-projekt

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

INVENTARISATIE SAMENWERKINGS- VERBANDEN

TUSSEN GEZONDHEIDSZORG
EN
MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING
IN FRIESLAND



deel 1: eindverslag van de eerste fase
(enquêtering van huisartsen, maatschappelijk
werkers en wijkverpleegkundigen)

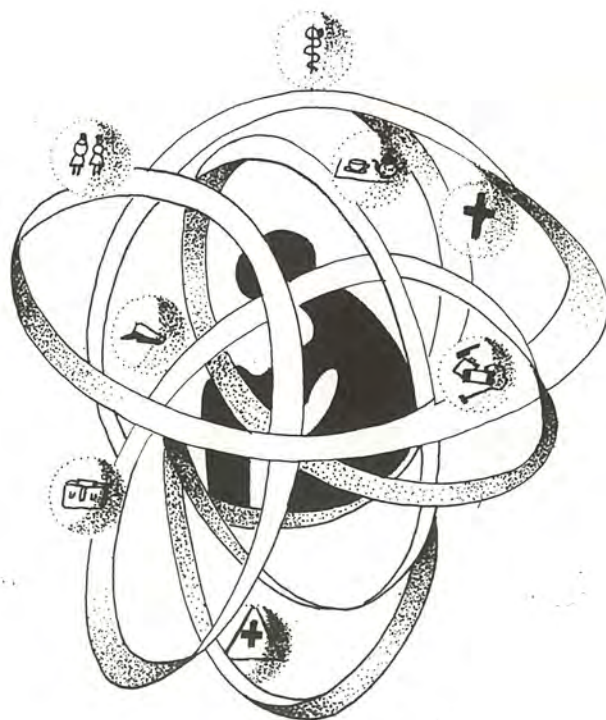
december 1980

InSa - projekt

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

INVENTARISATIE SAMENWERKINGS- VERBANDEN

TUSSEN GEZONDHEIDSZORG
EN
MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING
IN FRIESLAND



deel 1: eindverslag van de eerste fase
(enquêtering van huisartsen, maatschappelijk
werkers en wijkverpleegkundigen)

InSa - projekt

Inventarisatie Samenwerkingsverbanden tussen de
gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Westersingel 34

Leeuwarden

05100 - 24665

Aan :

Hierbij doen wij U toekomen het eindverslag van de eerste fase van het InSa - projekt (Inventarisatie Samenwerkingsverbanden). Deze eerste fase van het onderzoeksverslag bestaat uit een schriftelijke enquêtering van alle in de eerstelijns hulpverlening betrokken huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, werkzaam in de provincie Friesland.

In dit deel I van het onderzoeksverslag - hetgeen tevens fungeert als afstudeerscriptie van twee leden van het onderzoeksteam (J.L.Meijering en S.Olijnsma) in het kader van de Subfakulteit Sociale Wetenschappen i.o. betreffende welzijnsvraagstukken - bieden wij een rapportage aan over deze fase.

De tweede fase van het onderzoek zal bestaan uit een verdiepte inventarisatie van met name de motieven, knelpunten en voorwaarden die een rol spelen bij het samenwerken tussen hulpverleners-in-de-eerste-lijn. Hiertoe zullen in de periode januari - maart 1981 een reeks mondelinge interviews worden gehouden met uitvoerende werkers uit de drie kerndisciplines (huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers).

De resultaten van de eerste fase van het onderzoek vormen deels de basis voor de ' invulling ' van de tweede fase van het onderzoek, waarvan de start naar verwachting plaats zal vinden in januari 1981 en hebben derhalve het karakter van een tussenrapport.

Om onnodige beïnvloeding van de nog te interviewen onderzoekseenheden in de tweede fase van het onderzoek te voorkomen verzoeken wij U de gegevens uit dit verslag vertrouwelijk te behandelen.

Namens het onderzoeksteam,

Prof.Dr.M. van Beugen (projektleider)

J.L.Meijering (projektkoördinator 'ad interim')

S.Olijnsma (dokt.studente)

Leeuwarden, 26 november 1980.

Insa-Projekt.

Wetenschappelijk onderzoek

INVENTARISATIE
SAMENWERKINGSVERBANDEN

tussen
Gezondheidszorg
en
Maatschappelijke Dienstverlening
in Friesland.

Opdrachtgever: Gedeputeerde Staten van de
provincie Friesland.

Redactie : Prof. Dr. M. van Beugen (projektleider)
J.L. Meijering (projektkoördinator
"ad interim")
F.S. Olijnsma (dokt. studente)

v o o r w o o r d

Na een lange aanloopperiode van het onderzoeksteam waarin een exploratieve studie van het onderzoeksthema is gepleegd en na de pas in het najaar van 1979 generaliseerde benoeming van een projektkoördinator, kan de in het onderzoeksvoorstel opgenomen 'schets van een onderzoeksoptzet' nader worden uitgewerkt tot een onderzoeksontwerp. Dit is in maart 1980 gereed en wordt door de inmiddels door het Provinciaal Bestuur van Friesland in het leven geroepen begeleidingskommissie goedgekeurd, waarna met de uitvoering van het onderzoek kan worden begonnen.

De eerste fase van het onderzoeksproject bestaat uit een breed opgezette enquêtering van alle in de eerste lijnshulpverlening betrokken huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

In dit DEEL I van het onderzoeksverslag bieden wij een rapportering aan over deze fase.

De medewerking aan dit deel van het onderzoek door het 'veld' is boven alle lof verheven: de responsiegraad van degenen die voor de enquête werden aangeschreven is hoog tot zeer hoog voor de verschillende werkdisciplines.

Alleen door uiterste krachtsinspanningen van het onderzoeksteam, dat ook nog getroffen is door een op persoonlijke motieven gebaseerd vroegtijdig vertrek van de projektkoördinator, kan de verwerking van het onderzoeksmateriaal nog in de loop van de zomer van 1980 geschieden. Daardoor kan dit verslag eind november 1980 aan de begeleidingskommissie worden aangeboden.

Daarmee is niettemin fors afgeweken van de oorspronkelijke planning van het totale projekt, waarbij voorzien is in een compleet eindverslag van beide fasen van het onderzoek vóór 31 december 1980.

In overleg met de begeleidingskommissie is na de aankondiging van het vertrek van de projektkoördinator, een bijgestelde planning uitgewerkt waarbij de definitieve afsluiting van het gehele projekt (dus met inbegrip van de tweede fase) op uiterlijk 1 juni 1981 is vastgesteld.

De resultaten van deze eerste fase van het onderzoek hebben deels een op zichzelf staande betekenis (die een aantal voorlopige konklusies toelaat), deels vormen zij de basis voor de 'invulling' van de tweede fase van het onderzoek.

Deze tweede fase zal bestaan uit een verdiepte inventarisatie van met name de motieven, knelpunten en voorwaarden die een rol spelen bij het samenwerken tussen hulpverleners-in-de-eerste-lijn. Hiertoe zullen in de periode januari-maart 1981 een reeks mondelinge interviews worden gehouden met uitvoerende werkers uit de drie kerndisciplines (huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers). Deze mondelinge interviews zullen worden afgezet tegen beleidsvoornemens, welke terug te vinden zijn in nota's e.d.

Het zal duidelijk zijn dat pas na het afsluiten van de tweede fase van het onderzoeksproject (DEEL II van het onderzoeksverslag) beleidsaanbevelingen kunnen worden geformuleerd die kunnen worden onderbouwd door de complete onderzoeksresultaten. Wij zullen deze beleidsaanbevelingen onderbrengen in een afzonderlijk DEEL III van het onderzoeksverslag. Daarnaast zullen alle bijlagen welke betrekking hebben op het totale onderzoeksverslag in een afzonderlijk DEEL IV worden opgenomen. Door deze opzet is het onvermijdelijk dat de resultaten zoals deze in dit DEEL I zijn beschreven een voorlopig karakter dragen; dit verslag zal dan ook slechts op beperkte schaal (nl. ten dienste van de meest direct betrokkenen) worden verspreid. Voor een grotere groep van geïnteresseerden zal te zijner tijd een SAMENVATTING van zowel DEEL I en II beschikbaar worden gesteld.

Zoals dat te doen gebruikelijk is, wordt een ieder die rechtstreeks of indirect aan dit onderzoek zijn bijdrage heeft geleverd, van harte bedankt. In het bijzonder willen we hier noemen de ondervraagden die zich de moeite hebben moeten getroosten enquêteformulieren in te vullen, alsmede de leden van de begeleidingskommissie en de heer Bruinewoud, medewerker van de Provinciale Griffie.

Tevens willen we dankzeggen de medewerk(st)ers van de Raad Maatschappelijke Dienstverlening, alwaar de projectkoördinator voor de duur van het onderzoek is gehuisvest.

Inleiding

Hoofdstuk 1 ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEKSPROJEKT blz. 5

- recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg
- recente beleidsontwikkelingen in de maatschappelijke dienstverlening
- ontwikkeling van integraal beleid voor de zorgverlening
- de positie van de hulpvrager

Hoofdstuk 2 DE OPZET VAN HET ONDERZOEK blz. 18

1. Van doelstelling naar vraagstelling.
2. Uitwerking vraagstelling eerste fase.
3. Onderzoeksveld en populatie.
4. De enquêteringsfase en de response.

Hoofdstuk 3 RESULTATEN blz. 30

1. Achtergrondgegevens per kerndiscipline.
2. Inventarisatie van de feitelijke contacten die er zijn tussen de 3 kerndisciplines en de vorm van deze contacten.
3. Contacten en samenwerking.
4. Beoordeling van de contacten door de 3 kerndisciplines.
5. Deelname aan gezondheidscentra/overlegvormen.
6. Contacten die de 3 kerndisciplines hebben met andere disciplines/hulpverleners.
7. Visie op samenwerking.

Hoofdstuk 4 SAMENVATTING EN KONKLUSIES blz. 82

- A. Huisartsen.
- B. Wijkverpleegkundigen.
- C. Maatschappelijk werkers.
- D. Samenvatting over de drie kerndisciplines.

Literatuurlijst.

Bijlagen.

Bij de aanwijzing tot proefregio wordt door de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gewezen op de volgende aandachtspunten:

- de onderlinge samenwerking van alle echelons en gedingen in de gezondheidszorg;
- het functioneren van distriktsgezondheidsdiensten;
- de integratie van maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg.

In 1977 toont de Minister zich bereid een subsidie te verlenen voor het uitvoeren van een "inventarisatie van vormen van samenwerking en processen daartoe tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in Friesland".

Naar aanleiding hiervan wordt door de Werkgroep Proefregio Friesland een sub-werkgroep (zie bijlage 1) ingesteld, die zich ten doel stelt de inventarisatie van bedoelde "vormen van samenwerking en processen daartoe" nader te omschrijven. Bovendien wordt deze sub-werkgroep geacht voorbereidingen te treffen voor het starten van een onderzoeksproject rond deze problematiek.

In de nota ter voorbereiding op dit onderzoek (1977) van deze sub-werkgroep wordt als doel van deze inventarisatie gezien: het verkrijgen van een indruk van de kwantiteit en kwaliteit van samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Daarbij wordt nog opgemerkt dat de inventarisatie van samenwerkingsvormen tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voorrang dient te hebben boven een inventarisatie binnen één van beide werksoorten.

In dezelfde nota wordt samenwerking nader gedefiniëerd als: "een méér dan incidenteel werkkontakt tussen twee of meer instellingen resp. personen op bestuurlijk/direktioneel nivo en op uitvoerend nivo".

De sub-werkgroep maakt hierbij een onderscheid tussen samenwerkingsvormen die op een schriftelijke overeenkomst zijn gebaseerd, vormen die op mondelinge afspraken berusten en samenwerkingsinitiatieven in een voorbereidende fase.

Als doel van deze samenwerking ziet men "verbetering van de dienstverlening in kwantitatieve en/of kwalitatieve zin".

Aspekten die men van belang acht bij de inventarisatie van de verschillende samenwerkingsvormen:

- "- deelnemers aan de samenwerking
- doel van de samenwerking
- motieven die aan de samenwerking ten grondslag liggen
- de aard van de schriftelijke overeenkomst (zo deze bestaat)
- de wijze van samenwerking, zowel in uitvoerende als bestuurlijke zin
- de waardering van de betrokkenen voor de samenwerking, zowel wat de onderlinge relaties betreft als het bereiken van doelstellingen en waarom."

Wat de opzet van een inventariserend onderzoek (naar deze aspecten) betreft, acht de sub-werkgroep het wenselijk in eerste instantie een schriftelijke enquête te houden bij alle instellingen en zelfstandig-werkenden op het gebied van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Men acht het waarschijnlijk dat vervolgens door middel van mondelinge interviews nadere informatie zal moeten worden verzameld.

Onderzoeksvoorstel.

In maart 1979 wordt door de sub-werkgroep overleg gepleegd met Prof. dr. M. van Beugen, hoogleraar andragogiek bij de studierichting Welzijnsvraagstukken (Rijks Universiteit Groningen; vestiging Leeuwarden). Deze toont zich bereid een onderzoeksvoorstel in te dienen dat nader inhoud zal geven aan de gedachten van de sub-werkgroep. Het perspectief van de ontwikkeling van toekomstig beleid van het Provinciaal Bestuur met betrekking tot de samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dient hierbij als leidraad.

In het onderzoeksvoorstel wordt benadrukt dat de inventarisatie verdiept zal dienen te worden tot op het nivo van motieven, knelpunten en voorwaarden met betrekking tot samenwerking.

Wat de uitvoering van het projekt betreft zal, naast een aan te stellen projektcoördinator (op 8/10 basis) voor de duur van het projekt, óók door enkele doktoraal-studenten in het kader van hun studieverplichtingen (projekttijd; stage-periode) meegewerkt worden. Gezamenlijk vormen dezen het onderzoeksteam.

De projektcoördinator zal, tezamen met Prof. dr. van Beugen, de eindverantwoordelijkheid dragen voor de voorbereiding, uitvoering, rapportering en de overdracht van de onderzoeksresultaten aan het Provinciaal Bestuur (de opdrachtgever).

Het ingediende onderzoeksvoorstel wordt op 20 november 1979 door de Gedeputeerde Staten van Friesland goedgekeurd, waarna gewerkt kan worden aan een definitief onderzoeksontwerp.

Als naam voor dit projekt wordt korthedshalve gekozen voor InSa-projekt (Inventarisatie Samenwerkingsverbanden).

Het onderzoeksteam (zie bijlage 2) wordt begeleid door een begeleidingskommissie (zie bijlage 3), die door de provincie is aangesteld. Naast een konsulterende en bewakende functie vervult deze kommissie een beleidsstimulerende rol.

Dit laatste houdt in dat het Provinciaal Bestuur door de begeleidingskommissie op de hoogte wordt gehouden van de voortgang van het projekt. De begeleidingskommissie vormt een schakel tussen het onderzoeksteam en het Provinciaal Bestuur van Friesland (de opdrachtgever).

In het definitieve onderzoeksontwerp wordt vermeld dat de inventarisatie van de verschillende samenwerkingsvormen in twee fasen plaatsvindt.

In de eerste fase wordt vooral in de breedte geïnventariseerd. Centraal staan met name de verschillende vormen van samenwerking, mate van samenwerking tussen de drie kerndisciplines op uitvoerend nivo en de visie van de uitvoerende werkers op samenwerking.

In de tweede fase ligt de nadruk meer op een verdieping van de inventarisatie zoals motieven, knelpunten en voorwaarden die een rol kunnen spelen bij samenwerking tussen eerstelijns hulpverleners.

In dit verslag staat de rapportering van de eerste fase centraal.

In hoofdstuk 1 zal worden ingegaan op de achtergronden en doelstellingen van dit onderzoeksprojekt. Enkele recente beleidsontwikkelingen in de hulpverlening worden geschetst. Daarnaast wordt het begrip samenwerking nader omschreven.

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet uitgewerkt. Er vindt een uitleg plaats over de methode van onderzoek en een toelichting op het onderzoeksveld en de populatie.

De resultaten van de enquête worden in hoofdstuk 3 vermeld.

In hoofdstuk 4 worden de voorlopige konklusies weergegeven en worden een aantal aandachtspunten geformuleerd voor de tweede fase.

HOOFDSTUK 1 : ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEKSPROJEKT

Dit onderzoek richt zich, zoals reeds is vermeld, op de samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Men houdt zich vanuit twee invalshoeken met deze samenwerking bezig.

Allereerst vinden we allerlei vormen van samenwerking gekoncretiseerd binnen het praktisch uitvoerende werk. Daarnaast vinden we ook in het beleid van landelijke en lagere overheden elementen die deze samenwerking benadrukken.

Dit onderzoek zal zich vooral richten op de bestaande (en zich ontwikkelende) samenwerkingsvormen in het praktisch uitvoerende werk. Omdat een en ander echter plaatsvindt in de context van bestaande beleidsontwikkelingen, zullen we in dit hoofdstuk eerst een summier schets van de recente beleidsontwikkelingen in de hulpverlening geven.

Tegen deze achtergrond zullen we vervolgens het centrale thema van dit onderzoek (samenwerking tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening) nader uitwerken.

In de volgende paragraaf worden eerst enkele recente beleidsontwikkelingen op vier punten geschetst:

- recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg;
- recente beleidsontwikkelingen in de maatschappelijke dienstverlening;
- ontwikkeling van integraal beleid voor de zorgverlening;
- de positie van de hulpvrager.

Enkele recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg.

In de STRUKTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG (1974) wordt een geheel van uitgangspunten aangeboden voor veranderingen in de gezondheidszorg die zullen moeten leiden tot "één samenhangend, gekoördineerd systeem van voorzieningen, trapsgewijs opgebouwd en voorzien van stuur- en beheersinstrumenten."

Om dit doel te bereiken acht men in deze nota een herstructurering van de gezondheidszorg noodzakelijk. Hierbij zouden een tweetal indelingsprincipes centraal moeten staan, nl. regionalisatie en echelonnering.

REGIONALISATIE.

In de Struktuurnota Gezondheidszorg wordt regionalisatie opgevat als de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidsvoorzieningen dient te bestaan.

De in dit kader in voorbereiding zijnde WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG (voorontwerp 1971) maakt voor de planning van de voorzieningen een duidelijk verschil tussen de rol van de provincie en die van de gemeente.

Primair zal de planning van eerstelijnsgezondheidszorg plaats vinden op gemeentelijk en inter-gemeentelijk nivo, al zal een gemeentelijk plan de goedkeuring nodig hebben van gedeputeerde staten, in het kader van een provinciaal plan.

De provinciale plannen hebben betrekking op de inrichtingen voor gezondheidszorg en de overige instellingen voor gezondheidszorg. Provinciale plannen behoeven op hun beurt de goedkeuring van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Wat de samenwerkingsprocessen betreft deelt dit wetsontwerp een stimulerende en koördinerende rol toe aan zowel de gemeenten als de provincie bij het komen tot samenwerking tussen de regionaal gespreide voorzieningen.

ECHELONNERING.

In de Struktuurnota Gezondheidszorg wordt echelonnering gezien als het bij elkaar brengen in één organisatorisch verband van voorzieningen die eenzelfde mate van specialisatie vertonen. In deze nota worden drie echelons onderscheiden:

Het eerste echelon ('eerste lijn') omvat alle niet-gespecialiseerde gezondheidsvoorzieningen (huisarts, wijkverpleegkundige).

Het tweede echelon ('tweede lijn') wordt gevormd door specialistische voorzieningen in de gezondheidszorg van deels ambulante, deels residentiële karakter (de intra- en extra-murale tweedelijnsvoorzieningen).

Daarnaast wordt in deze nota over 'basis-echelon' gesproken als aanduiding van de openbare gezondheidszorg. Hiermee wordt het geheel van voorzieningen bedoeld welke door de overheid ter beschikking van een gemeenschap zijn gesteld voor preventieve en curatieve activiteiten (zoals bijv. de g.g.d's).

Voortbordurend op deze beleidsvisies worden in de recente nota SCHETS VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (1980) als algemene beleidsuitgangspunten, naast de regionalisatie en echelonnering, genoemd:

- bestuurlijke decentralisatie
- democratisering (versterking van de positie van de patiënt)
- de eigen verantwoordelijkheid van de burger (zelfzorg en mantelzorg).

Daarnaast wordt in deze nota gewezen op de toename van het aantal samenwerkingsverbanden in de eerste lijn met een multi-disciplinair karakter.

Wat de financiële ondersteuning van deze samenwerkingsverbanden betreft, bestaan er de in 1979 herziene stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra. Deze regeling voorziet in een tegemoetkoming voor extra kosten die voortvloeien uit samenwerking.

Wat betreft de 'inhoudelijke ondersteuning' van de samenwerking constateert deze nota tekorten. Er is met name een gebrek aan samenhang in de ondersteuningsstructuur. Veel instanties werken hier naast elkaar met diverse ondersteuningsvormen.

Als te verbeteren vormen van ondersteuning worden genoemd:

- agogische en organisatiekundige begeleiding
- de beheersfunctie
- de opleiding, met inbegrip van na- en bijscholing
- de dokumentatie
- de behoeftenbepaling en evaluatie-methoden
- supervisie, werkbegeleiding, konsultatie en toetsing
- voorlichting
- research

Wat de beleidsvoornemens in deze nota betreft, is de bevordering van de samenwerking tussen eerstelijns werkers één van de hoofdpunten van beleid, evenals trouwens een verbetering van de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en andere sectoren van de gezondheidszorg.

In aansluiting hierop wordt uit de resultaten van het S-1 project* gekonkludeerd dat in de komende jaren, wat de ondersteuning van samenwerkingspogingen betreft, de nadruk zal moeten worden gelegd op de ontwikkeling van regionale eerstelijns ondersteuningsplatforms ten behoeve van eerstelijns werkers.

*Landelijk service-orgaan t.b.v. eerstelijns werkers. Het S-1 project wordt gedragen door het Nederlands Huisartseninstituut, de Nationale Kruisvereniging en de Joint.

Het voornemen bestaat om op tijdelijke basis financiële voorwaarden voor dergelijke platforms in het leven te roepen.

Enkele recente beleidsontwikkelingen in de maatschappelijke dienstverlening.

Binnen de beleidsontwikkelingen op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening zijn beleidsuitgangspunten (zoals in de Struktuurnota Gezondheidszorg aangegeven) als:

- de regionalisatie- en echelonneringsgedachten,
- bestuurlijke decentralisatie

en

- versterking van de positie van de burger als hulpvrager,

op zich geen vreemde gedachten. Wel worden deze uitgangspunten anders ingevuld. Dit mag onder meer blijken uit het ADVIES MAATSCHAPPELIJK WERK (1977). Hoewel in dit advies principes als regionalisatie en echelonnering niet expliciet genoemd worden, wordt wel gewezen op de noodzaak een goede aansluiting te vinden bij de ontwikkelingen in de "tweede lijn". (RIAGG-vorming: Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)*

Men gaat in dit Advies uit van het standpunt, dat wat door een instantie 'aan de basis' gedaan kan worden, ook inderdaad dáár plaats moet vinden. Er wordt in dit verband gesproken over een lokaalgerichte oriëntatie. Hiermee wordt bedoeld dat vanuit een directe verantwoordelijkheid voor de opvang van problemen binnen een lokale begrenzing hulp moet worden geboden vanuit een generalistische deskundigheid. Zodoende wordt tevens mede-verantwoordelijkheid aanvaard voor het samenlevingsgebeuren in het betreffende gebied.

Men verwacht van deze oriëntatie een versterking van het contact met de bevolking als basis voor gedemocratiseerde planning-procedures.

*Een proces waarbij een vijftal A.G.G.Z.-instellingen (S.P.D., M.O.B., L.G.V., J.M.P. en C.A.D.) (zullen) opgaan in één regionale instelling.

Dezelfde tendens vinden we in de JOINT-nota ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK IN SAMENWERKING MET DE EERSTE-LIJNSGEZONDHEIDSZORG (1979) waarin een aantal konklusies en aanbevelingen worden geformuleerd, waarvan wij hier noemen:

- Samenwerking in de eerste lijn kan meer vorm geven aan de inrichting van de lokaalgerichte presentatie van het algemeen maatschappelijk werk. Intensivering van deze samenwerking zal echter pas kunnen geschieden als andere disciplines ook de wijk-/buurtgerichte presentatie als uitgangspunt nemen;
- Omdat de voorwaarden voor een werkelijk integrale hulpverlening nog ontbreken, zal vooralsnog genomen moeten worden genomen met koördinatie van de verschillende disciplines.
- Wanneer het algemeen maatschappelijk werk bewust kiest voor eerstelijnsamenwerking, dan zullen ook de kondities moeten worden gekreëerd waaronder die samenwerking optimaal kan zijn.

Dit laatste betekent onder meer dat maatschappelijk werkers die in een samenwerkingsverband werken daar voldoende armslag moeten krijgen om goed te kunnen functioneren, terwijl a.m.w.-instellingen van hun kant bereid moeten zijn deskundigheid en diensten aan te bieden binnen het samenwerkingsverband.

Ook in het beleid van de Minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk wordt de versterking van de eerste lijn (memorie van toelichting begroting 1979) als één van de hoofdpunten van beleid voor de maatschappelijke dienstverlening aangeduid. We mogen aannemen dat het feit dat dit niet meer expliciet genoemd wordt in de memorie van toelichting van de begroting van 1980 slechts betekent, dat de volle aandacht op dit ogenblik door het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk gegeven wordt aan de decentralisatie van het beleid.

Ontwikkeling van integraal beleid voor de zorgverlening.

Vooralsnog blijft onduidelijk hoe de ontwikkelingen in resp. de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening op één spoor kunnen worden gebracht.

Zowel bij het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk als bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, wordt de samenwerking tussen de verschillende disciplines als positief gezien en als beleidsdoel onderschreven. Het huidige gebrek aan financiële middelen maakt het echter onmogelijk een dergelijk beleid systematisch te realiseren.

In de laatste jaren is er wel door beide eerdergenoemde ministeries veel tijd en aandacht geschonken aan het scheppen van een samenhangend beleidskader waarbij in de toekomstige planning op gemeentelijk en provinciaal nivo de onderlinge afstemming tussen gezondheidszorgvoorzieningen en maatschappelijke dienstverlening tot stand kan worden gebracht. Men kan zich echter afvragen wanneer dergelijke beleidsvoornemens operationeel worden, want een brede 'schets' van de eerstelijns-hulpverlening ontbreekt nog pijnlijk.

Wij citeren in dit verband W. Fransen (1980) die de stand van zaken in de beleidsontwikkeling als volgt samenvat:

"In een brief aan de Tweede Kamer (zie Ned. Staatscourant d.d. 20-9-79) van de voor dit beleidskader verantwoordelijke bewindslieden over de onderlinge afstemming van de ontwerp-Kaderwet en de ontwerp-Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is een groeimodel en een 'tjijdpad' geschetst. Daarin wordt ten aanzien van de gezamenlijke planvorming bijvoorbeeld gesteld, dat nog een periode van vijf of zes jaar nodig zal zijn, vooraleer met de planvorming op de grondslag van beide wetten een begin kan worden gemaakt.

Ongeveer in 1985 dus. En dat het wel 1993 of 1997 kan worden voor een volledig geïntegreerde planning op de genoemde terreinen mogelijk zal zijn. Aan deze geïntegreerde planning zal een fase vooraf gaan, waarin allereerst de samenhang binnen de gezondheidszorg verder zal worden ontwikkeld - waarvoor in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg dan ook tijdelijk in een eigen regeling voorzien is. Of dit tijdpad gehaald wordt is inmiddels al weer dubieus geworden, doordat de verdere behandeling van de Kaderwet enigszins is uitgesteld, in tegenstelling tot die van de ontwerp-Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die met voortvarendheid zal worden voortgezet. Bovendien hebben zeglleden van een aantal belangrijke politieke partijen onlangs in publieke discussie te kennen gegeven ernstige twijfels te hebben of de(ze) Kaderwet er wel moet komen.

Ook de afstemming op langere termijn in het kader van een wettelijk geregelde planvorming lijkt daarmee een illusie te worden.

Onduidelijkheid over de vraag of de Kaderwet er nu wel of niet komt, zal de decentralisatie van de maatschappelijke dienstverlening op korte termijn waarschijnlijk niet in de weg staan.

Bewindslieden en volksvertegenwoordiging hebben zich op dit punt zodanig aan elkaar verplicht, dat deze oneffenheid geen rol mag spelen."

Fransen merkt daarbij nog op dat het decentralisatieconcept van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk aanzienlijk verder gaat dan dat van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

In de eerste plaats worden vrijwel alle bevoegdheden van de centrale overheid naar de lagere overheden gedecentraliseerd, zonder dat daarbij veel centrale regel- en sturelementen of korrektemogelijkheden overblijven. Spreiding en 'vestigingsbeleid' bijv. behoren in dit concept tot de bevoegdheden van de lokale overheid.

Bij de gezondheidszorgvoorzieningen daarentegen, ligt het zwaartepunt van de beleidsvorming, ook na invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, toch nog in vrij grote mate op provinciaal en landelijk nivo. Wanneer men dan tevens bedenkt dat de belangrijkste belemmering op weg naar een integraal beleid voor de hulpverlening nog altijd gevormd wordt door het gebrek aan onderlinge afstemming tussen de verschillende financiële circuits, dan zal het duidelijk zijn, dat de weg naar een integraal welzijnsbeleid - hier met name rond de kernfunctie 'zorg' - zoals deze eertijds in de Knelpuntennota (1974) werd aangegeven, nog zeer lang en moeizaam zal zijn.

Ondanks de stoeve beleidsontwikkeling blijkt het onderschreven nut van samenwerking in de praktijk van het uitvoerende werk tot allerlei samenwerkingsvormen te leiden. Hiermee wordt gestalte gegeven aan de idee dat een multi-disciplinaire benadering van de mens in zowel zijn somatische, psychische als sociale aspecten tot een verbetering van de hulpverlening kan leiden.

De positie van de hulpvrager.

In het bovenstaand hebben wij ons beperkt tot het terrein van de klassieke, geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Dit komt onder meer tot uitdrukking in het merendeels systeemgerichte karakter van de genoemde beleidsnota's. Bij een meer probleemgerichte benadering zal óók aandacht moeten worden geschonken aan alternatieve vormen van zorgverlening.

Een peiling naar de omvang van het alternatieve circuit in de gezondheidszorg in Friesland maakt het waarschijnlijk dat de meer dan 40 personen die daar een alternatieve geneeswijze, variërend van acupunctuur tot wichelroede beoefenen, tezamen enkele tienduizenden jaarlijkse behandelingskontakten hebben. Daarnaast zijn er nog vele vormen van alternatieve psycho-sociale hulpverlening waaronder verschillende vormen van zelfhulp.

Dit alternatieve circuit kan men beschouwen als de roep van de hulpvrager in de woestijn van een slecht functionerende voorzieningenstructuur. Wat de positie van de hulpvrager betreft, kan dan ook worden opgemerkt, dat er vrijwel geen wisselwerking bestaat tussen de 'basis' in de samenleving (de burger en hulpvrager) en het maatschappelijk beleid ten aanzien van de gezondheidsvoorzieningen.

Van Gunsteren (1977) heeft zich daarbij afgevraagd waarom de rijkdom der analyses en evaluaties die bij de patiënt aanwezig is, zo zelden wordt gebruikt voor de beleidsbepaling binnen de gezondheidszorg. Niet de vraag "waarom is de patiënt niet in staat te oordelen over wat hij aan zorg en middelen ontvangt" is belangrijk, maar de vraag "waarom is zijn omgeving (het systeem van de gezondheidszorg) niet in staat de oordelen van de patiënt zinvol te verwerken?" Wil men het hulpverleningsbeleid een op emancipatie gericht karakter geven, dan zal het democratisch gehalte van de hulpverlening verbeterd dienen te worden. Dit moet gebeuren op een zodanige wijze dat de betrokkenheid van de burger bij het tot stand brengen en functioneren van de voorzieningen en de democratische controle op deze voorzieningen gewaarborgd is. Een van de eerste voorwaarden daartoe is de directe betrokkenheid van de hulpvragers bij het welzijnsbeleid in een lokale of buurtgerichte presentatie.

Resumé.

Zowel binnen de gezondheidszorg als maatschappelijke dienstverlening staat de samenwerkingsgedachte in de eerste lijn centraal bij de beleidsontwikkelingen.

Primair zal de planning van eerstelijns"zorg" plaats vinden op gemeentelijk- en intergemeentelijk nivo. Ze zal met andere woorden plaats dienen te vinden op lokaal nivo.

Met betrekking tot de rol van met name de lagere (vooral gemeentelijke) overheden bij de uiteindelijke vormgeving van het beleid, worden tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening verschillende nadrukken gelegd.

Ten aanzien van de gezondheidszorg wordt een traps-gewijze besluitvorming voorgesteld waarbij de eind-verantwoordelijkheid in vrij grote mate op ministerieel nivo ligt. De indruk bestaat dat dit ten aanzien van de maatschappelijke dienstverlening in mindere mate een rol speelt. Lagere overheden zouden daar een meer centrale rol kunnen spelen. Bij de maatschappelijke dienstverlening staat dan ook de lokaalgerichte oriëntatie centraal.

Hoewel er aanzetten gegeven zijn, maakt het huidige gebrek aan financiële middelen het moeilijk een integraal beleid systematisch te realiseren.

Dit neemt echter niet weg dat op uitvoerend nivo van de hulpverlening steeds meer vormen van samenwerking ontstaan.

Samenwerking: een nadere omschrijving.

Het begrip 'samenwerking' wordt zo veelvuldig in positieve, maar slordig gedefiniëerde zin gebruikt, dat men van een 'samenwerkingsideologie' kan spreken. In dit onderzoek willen wij het begrip 'samenwerking' echter een zo duidelijk mogelijk omschreven inhoud geven en definiëren als:

- *een functionele relatie tussen twee of meer werkers in de eerstelijns-hulpverlening, waarin regelmatig contacten plaatsvinden over de uitvoering van de hulpverlening.*

Van deze definitie uitgaande willen wij nu een aantal beperkingen aangeven die voor dit onderzoek gelden ten aanzien van het fenomeen samenwerking.

Dit onderzoek beperkt zich tot

- samenwerking in de eerstelijns hulpverlening
- de drie kerndisciplines h.a., w.v.k. en m.w.
- het nivo van uitvoering van de hulpverlening
- samenwerking tussen de drie kerndisciplines.

In het volgende gaan we kort in op deze beperkingen. Vervolgens kunnen dan de doelstellingen van het onderzoek geformuleerd worden.

Hoewel de globale onderzoeksopdracht geen onderscheid maakt tussen eerstelijns samenwerking en die in de tweede en/of derde lijn, is in overleg met de begeleidingskommissie besloten in dit project het accent volledig te leggen op samenwerking in de eerste lijn. Er is slechts beperkte aandacht voor de verbindingen van de eerste lijn met de tweede en/of derde lijn. Geheel buiten het onderzoek laten we de samenwerkingsrelaties binnen de tweede en/of derde lijn.

De eerder genoemde beperking tot de drie kerndisciplines van de 'eerste lijn' is vooral op praktische gronden aangebracht.

In principe zou het zeer wel mogelijk zijn ook andere disciplines, bijv. fysio-therapie en gezinszorg, in het onderzoek te betrekken en de samenwerking met niet-professionele werkers ook tot voorwerp van onderzoek te maken. Tijd en middelen dwingen ons hier echter tot beperkingen.

Overigens wil het onderzoek wèl inventariserend een beeld zien te verkrijgen van de omvang en aard van deze andere samenwerkingsrelaties, echter uitsluitend gezien vanuit het perspectief van de drie kerndisciplines en niet omgekeerd.

Binnen de gegeven omschrijving van samenwerking laten zich een aantal typen samenwerkingsrelaties onderscheiden die niet alle in dit inventarisatie-onderzoek evenveel aandacht krijgen.

De beperking die in de definitie al expliciet is aangebracht, is die tot het nivo van de uitvoering van de hulpverlening.

Wij gaan ervan uit dat samenwerkingsverbanden of processen daartoe groeien vanuit de dagelijkse praktijk van de hulpverlening. Deze veronderstelling wordt o.a. bevestigd door een case-studie, die werd verricht naar verhoudingen tussen welzijnsinstellingen (A.J.A. Godfroi, 1974).

Eén van de uitkomsten van dit onderzoek is "dat op uitvoerend niveau met relatief groot gemak wordt samengewerkt, terwijl op beleidsniveau sprake is van een relatieve stagnatie in de op samenwerking gerichte besluitvorming".

Omdat het onderhavige onderzoek bedoeld is te komen tot een inventarisatie van samenwerkingsverbanden menen we dat het zinvoller is te kijken naar wat er op het uitvoerende nivo gebeurt ten aanzien van samenwerking, dan slechts op beleidsniveau te signaleren wat de knelpunten ten aanzien van samenwerking zouden kunnen zijn.

Aan samenwerking op bestuurlijk/direktioneel/koördinerend nivo tussen verschillende organisaties wordt in de tweede fase van het projekt overigens wel enige aandacht besteed, voor zover dit direkt relevant is voor de samenwerking op uitvoerend nivo.

Binnen de omschrijving tot nu toe vallen de volgende samenwerkingsrelaties tussen de drie kerndisciplines:

- samenwerking tussen verschillend opgeleide deskundigen;
- samenwerking tussen één of meer professionele werkers enerzijds en één of meer niet-professionele werkers anderzijds;
- samenwerking tussen hulpverlener (al dan niet professioneel) en hulpvrager.

In dit onderzoek ligt het accent op de eerstgenoemde categorie, de inter-professionele samenwerking, tussen wat wel de 'kerndisciplines' van de eerste lijn worden genoemd.

Ook deze beperking is in overleg met de begeleidingskommissie aangebracht met het oog op het belang van toekomstige beleidsvorming.

Immers, ondanks het huidige gebrek aan financiële middelen wordt zowel bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, als ook bij het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, de samenwerking tussen de verschillende disciplines als positief gezien en als beleidsdoel onderschreven.

Naast de opgelegde beperkingen ten aanzien van samenwerking moeten nog twee punten aangestipt worden om een helder beeld te krijgen van wat we onder samenwerking verstaan.

In de definitie is geen uitspraak gedaan over de reikwijdte van de samenwerking. Dat betekent voor ons onderzoek dat zowel aandacht wordt besteed aan 'zware' als 'lichte' vormen van samenwerking. Onder 'zware' vormen van samenwerking verstaan we een team-verantwoordelijkheid voor diagnostiek - medisch en psycho-sociaal - en hulpverleningsmethodiek (zoals deze in een gezondheidscentrum gerealiseerd zou kunnen worden). De 'lichte' vormen zijn meer koördinerend of wederzijds-informerend.

Tenslotte kunnen we samenwerkingsvormen onderscheiden naar de mate van strukturering van de samenwerkingskontakten. Onderscheiden laten zich:

1. informele kontakten;
2. min of meer geformaliseerde kontakten ('funktionarissenkontakten');
3. overleg 'ad hoc' (rond patiënt/kliënt situatie);
4. regelmatig multi-disciplinair overleg zonder een geformaliseerd samenwerkingskontraakt ('hometeam');
5. wijkgezondheidscentrum (multi-disciplinair; samenwerkingskontraakt);
6. wijkwelzijnscentrum (multi-disciplinair; samenwerkingskontraakt; tezamen met andere welzijnsvoorzieningen, bijv. edukatieve).

Dit onderzoek richt zich met name op de kontakten/samenwerkingsvormen 1, 2, 3, 4 en 5. Het wijkwelzijnscentrum komt als samenwerkingsvorm in Friesland niet voor.

3. Doelstelling en vraagstelling.

Als globale doelstellingen kunnen we nu aanduiden*:

- "(1) het inventariseren van samenwerkingsverbanden of processen daartoe in 'de eerste lijn' tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Friesland;
- (2) het verkrijgen van inzicht in de aard van deze samenwerking op uitvoerend nivo;
- (3) het verkrijgen van inzicht in de factoren die deze samenwerking bevorderen resp. belemmeren."

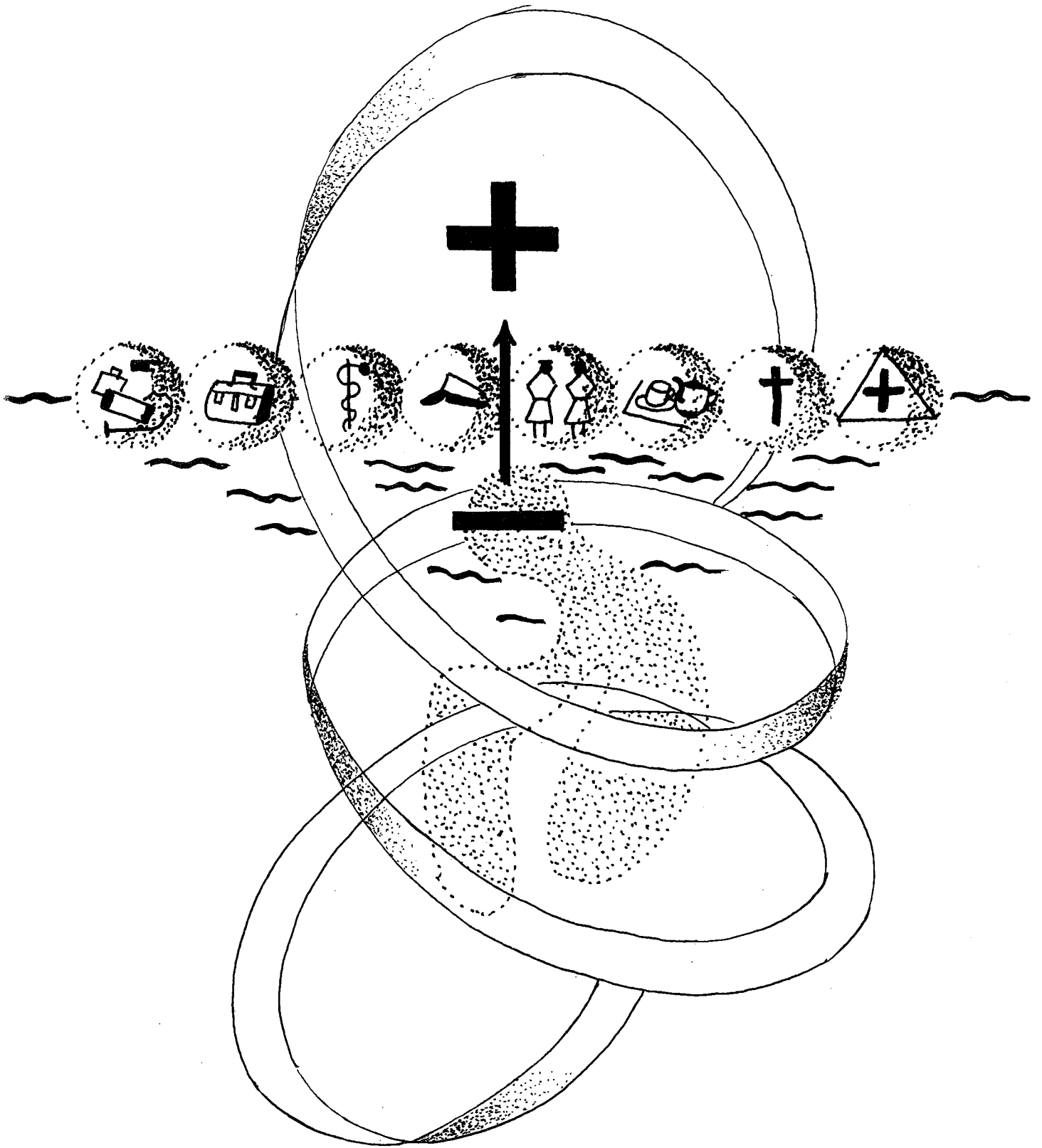
*uit onderzoeksontwerp

De resultaten van het totale onderzoeksprojekt (eerste en tweede fase) willen wij analyseren binnen het bredere kader van een maatschappelijk perspectief, namelijk een bevordering van samenwerkingsverbanden die ten goede komt aan de kwaliteit van de hulpverlening.

Binnen dit maatschappelijk perspectief valt zowel een samenwerkingsideologie als een democratiseringsgedachte. In dit rapport richten we ons alleen op de eerstgenoemde beleidslijn, namelijk samenwerking tussen eerstelijnsverleners.

Het is denkbaar, indien wenselijk en mogelijk, dat in een vervolgonderzoek met name de positie van de hulpvrager centraal komt te staan.

De konklusies waartoe wij komen zullen wij in de vorm van beleidsaanbevelingen als afsluiting van het volledige projekt onderbrengen in DEEL III van het onderzoeksverslag.



HOOFDSTUK 2 : DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op de opzet van met name de eerste fase van dit onderzoek. Achtereenvolgens worden behandeld

- op welke wijze we komen van de globale doelstellingen van het onderzoek (zie blz. 16) naar de specifieke vraagstellingen;
- op welke wijze de vraagstelling van de eerste fase uitgewerkt wordt;
- hoe het onderzoeksveld en de populatie er uitzien;
- op welke wijze de enquêteringsfase is verlopen en hoe groot de response daarbij is.

1. Van doelstelling naar vraagstelling.

In dit onderzoek, zoals we in het vorige hoofdstuk kunnen zien, willen we inzicht verkrijgen in de kwantitatieve aspecten van samenwerkingsverbanden en samenwerkingsverbanden in oprichting; in de aard van deze samenwerking op uitvoerend nivo; alsmede factoren die deze samenwerking bevorderen, resp. belemmeren.

Om deze doelstellingen te kunnen realiseren, is het totale onderzoek verdeeld in twee fasen.

De eerste twee doelstellingen, de kwantiteit en de aard van de samenwerking, proberen we te realiseren in de eerste fase van het onderzoek, middels een schriftelijke enquëtering.

De laatste doelstelling, bevorderende resp. belemmerende factoren, proberen we te realiseren in de tweede fase van het onderzoek, middels mondelinge interviews.

De uitwerking hiervan zal in een afzonderlijk verslag, deel II, worden neergelegd.

Uitgaande van de globale doelstellingen van het onderzoek en wat wij de "maatschappelijke probleemstelling" noemen (zie hoofdstuk 1) komen we tot de volgende specifieke vraagstellingen voor resp. de eerste en de tweede fase van dit onderzoek.

- (1) Hoe is de feitelijke situatie met betrekking tot de eerstelijnsamenwerking.
- (2) Wat zijn de strukturele voorwaarden, attituden en motieven met betrekking tot huidige en toekomstige eerstelijnsamenwerking.

Wat de eerste vraagstelling betreft hebben we ons gebaseerd op een uitwerking van het begrip samenwerking (zie blz. 13).

In eerste instantie is er vanuit gegaan dat een noodzakelijke voorwaarde voor het onderhouden van een samenwerkingsrelatie of een potentiële samenwerkingsrelatie het kontakt is tussen de drie kerndisciplines. In de beantwoording van de eerste vraagstelling neemt het inventariseren van kontakten dan ook een belangrijke plaats in. Centraal staan hierbij vragen rond de vorm van kontakten, de beoordeling van deze kontakten, de vorm van samenwerking indien er sprake is van een samenwerkingsrelatie. Een minder nadrukkelijke rol spelen kontakten met andere disciplines/hulpverleners. Voor een nadere uitwerking zij verwezen naar de volgende paragraaf.

Wat de tweede vraagstelling betreft, zullen voorlopig de volgende aspecten aan bod komen:

- welke factoren ervaart men als bevorderend, resp. belemmerend voor samenwerking?
- welke attitudes treffen we aan met betrekking tot samenwerking?
- welke motieven zijn er werkzaam om (niet) deel te nemen aan samenwerkingsverbanden?

Deze drie aspecten lijken van belang gezien ervaringen die opgedaan zijn bij samenwerkingsverbanden (bijv. wijkgezondheidscentra)*. Deze ervaringen leveren indicaties op die aangeven dat het ontstaan van effectieve samenwerkingsrelaties gebonden is aan een reeks voorwaarden:

- strukturele voorwaarden, waartoe afstemming van de financiering, regeling management- en beheersfunctie, agogische en organisatie-kundige begeleiding behoren;
- het herkennen van een gemeenschappelijk belang door de betrokken werkers en instellingen;
- een krachtige motivatie bij de samenwerkingspartners, gepaard gaande met inzicht-in en vertrouwen-op de bijdrage van de andere partners in de samenwerking.

Voor de verdere invulling van de tweede vraagstelling vormen een gedeelte van de resultaten van de eerste fase van het onderzoek de basis (zie hoofdstuk 4). Daarnaast zal dit verslag besproken worden met zowel drie kontaktgroepen uit het veld (de drie kerndisciplines hebben ieder een kontaktgroep samengesteld) als de begeleidingskommissie. Voor zover mogelijk zal met de invulling van de tweede fase rekening worden gehouden met de reacties van deze groeperingen.

*zie hiervoor o.a.: Prof. dr. M. van Beugen (red) - Hulpverleners in de eerste lijn. Assen, 1979

De opzet van het onderzoek is zodanig dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen de eerste fase van het onderzoek (het geven van een "kwantitatief" overzicht van de feitelijke situatie) en de tweede fase van het onderzoek. In deze tweede fase ligt namelijk meer de nadruk op het verkrijgen van inzicht in samenwerkingsprocessen als aanvulling op de inventarisatie in "kwantitatieve" zin.

De verkregen gegevens uit de eerste fase vormen daartoe onder andere een belangrijke aanzet.

2. Uitwerking vraagstelling eerste fase.

Voor de uitwerking van de eerste fase van het onderzoek hebben wij gekozen voor een schriftelijke enquêtering. Een enquête is ons inziens een geschikte methode om de kwantitatieve gegevens van de eerste vraagstelling te inventariseren.

Een schriftelijke enquête heeft natuurlijk ook nadelen. Zowel wat betreft de omvang als de "diepte" van het onderzoek, hebben wij ons in de eerste fase van het onderzoek voornamelijk moeten beperken tot de kwantificeerbare aspecten van de feitelijke situatie met betrekking tot samenwerking.

Centraal bij de uitwerking van de kwantificeerbare aspecten staat het begrip kontakt (als noodzakelijke voorwaarde voor samenwerking).

Het is natuurlijk niet zo dat iedere vorm van kontakt als samenwerking kan worden aangeduid.

De werkdefinitie is, zoals reeds in hoofdstuk 1 geformuleerd:

samenwerking is een funktionele relatie tussen twee of meer werkers in de eerstelijns hulpverlening, waarin regelmatig kontakten plaatsvinden over de uitvoering van de hulpverlening.

Van een samenwerkingsrelatie in de zin van deze werkdefinitie is sprake wanneer het kontakt tenminste voldoet aan twee voorwaarden:

1. het kontakt behelst voornamelijk overleg over de uitvoerende hulpverlening.
2. het kontakt vindt regelmatig (op een vast tijdstip) plaats.

Wanneer er wel kontakt is over de uitvoering van de hulpverlening, maar dit niet regelmatig (op een vast tijdstip) plaatsvindt, spreken we van een potentiële samenwerkingsrelatie.

We zijn ons ervan bewust dat we met deze omschrijving een aantal door de direkt betrokkenen als samenwerking ervaren werkkontakten aanmerken als potentiële samenwerkingsrelaties.

We prefereren in dit stadium van het onderzoek echter een duidelijk indelingskriterium. In de tweede fase kan nagegaan worden of we inderdaad een aantal kontakten ten onrechte als slechts potentiële samenwerkingsrelaties hebben bestempeld.

De bedoeling is na te gaan in hoeverre de kontakten tussen de drie kerndisciplines als samenwerking gezien kunnen worden.

Bij de analyse wordt de nadruk gelegd op de volgende kernvragen:

- a. Welke kontakten zijn er met de andere kerndisciplines en welke vorm hebben deze kontakten?
- b. Hoe worden deze kontakten beoordeeld?
- c. In hoeverre wordt er deelgenomen aan overlegvormen en/of gezondheidscentra?

Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan vragen als:

- d. Vanuit welke achtergrond zijn de eerstelijns werkers werkzaam?
- e. Welke kontakten bestaan er met andere disciplines/hulpverleners?
- f. Welke visie heeft men op het fenomeen eerstelijns-samenwerking op zich?

Voor de volledige uitwerking van deze bovenstaande kernvragen tot de uiteindelijk in de enquête opgenomen vragen, verwijzen we naar bijlage 4 (opgenomen enquête). Hieronder geven we een korte uitwerking van genoemde kernvragen.

a. Kontakten met andere kerndisciplines.

Het gaat hierbij om vragen, op grond waarvan vastgesteld kan worden of er kontakten zijn en welke vorm deze hebben.

Allereerst wordt gevraagd of er sprake is van kontakt. Zodoende krijgen we een indruk in hoeverre men binnen één kerndiscipline kontakt onderhoudt met de andere disciplines.

Middels deze vraag vindt een selectie plaats tussen diegenen die opgeven wel contact te hebben ("ja"-zeggers) en diegenen die opgeven geen contact te hebben ("nee"-zeggers).

De vragen die aan de respondenten gesteld worden ná deze vraag, kunnen uiteraard alleen door dié respondenten beantwoord worden die opgeven wel contact te hebben.

Gevraagd is tevens naar het aantal personen per kern-discipline waarmee contact is. Iedere kerndiscipline kan namelijk contacten onderhouden met meerdere hulpverleners van één andere werksoort.

Bijvoorbeeld één h.a. kan in eenzelfde periode contacten onderhouden met zowel één of meer w.v.k. als met één of meer m.w.

Indien de respondent opgeeft dat hij met meerdere hulpverleners van een andere (zelfde) werksoort contact onderhoudt, dient hij bij de beantwoording van de verdere vragen een keuze (selectie) te maken.

De instructie hierbij is:

"Kies bij de beantwoording van de volgende vragen die hulpverlener met wie u het MEEST KONTAKT heeft ongeacht de inhoud van dit contact."

Deze beperking achten wij noodzakelijk om de respondent niet te zwaar te belasten. Wanneer men namelijk met meerdere mensen uit de andere kerndisciplines contact onderhoudt, dan zou voor elk contact gelden, dat alle volgende vragen beantwoord moeten worden. In veel gevallen zou dit neerkomen op zeer lange beantwoordingen; de verwachting is, dat dit schadelijk zou zijn voor de motivatie mee te werken aan de enquête en, bij medewerking, te komen tot een volledige beantwoording van de vragen. De gevolgde procedure heeft echter wel tot gevolg dat eventuele konklusies zich beperken tot het meest voorkomende contact per respondent.

Teneinde na te gaan wat de belangrijkste inhoud van dit contact is, is gevraagd naar het meest voorkomende onderwerp van gesprek.

Vervolgens is gevraagd of er sprake is van een vaste contacttijd. Als er sprake is van een vaste contacttijd heeft de samenwerking een regelmatig karakter (zie werkdefinitie).

Tevens is gevraagd naar de frekwentie van de contacten.

Tenslotte is gevraagd naar het initiatief bij het leggen van (onderhouden van) het contact.

Van belang is daarbij te weten te komen in hoeverre het initiatief telkens vanuit dezelfde kerndiscipline wordt genomen.

Het antwoord op deze vraag kan van belang zijn wanneer we bedenken dat een noodzakelijke voorwaarde voor het fenomeen samenwerking het herkennen van een gemeenschappelijk belang is.

b. Beoordeling van de kontakten.

Om een globale indruk te krijgen van de beoordeling van de kontakten is gevraagd hoe de drie kerndisciplines elkaar beoordelen (zeer bevredigend, tamelijk bevredigend of onbevredigend), binnen de bestaande kontakten.

Om tevens een indruk te krijgen van de beweegredenen voor deze beoordeling is gevraagd - indien het contact niet zeer bevredigend is of als het contact wel zeer bevredigend is - welke daarvoor de redenen zijn.

De hierop gegeven antwoorden zijn vooral belangrijk voor de tweede fase van het onderzoek, waarbij het accent komt te liggen op onderzoek naar de belemmerende en/of bevorderende structurele voorwaarden, attitudes en motieven met betrekking tot huidige en toekomstige eerstelijnsamenwerking.

c. Overlegvormen.

Bij de inventarisatie van vormen van overleg gaat het erom gestructureerde vormen van overleg/samenwerking en samenwerkingsinitiatieven in een voorbereidende fase, zoals deelname aan een incidenteel multidisciplinair patiëntenoverleg, sociaal kafé, hometeam, welzijnsoverleg en gezondheidscentrum, te inventariseren.

d. Achtergrondvariabelen.

De bedoeling van het vragen naar een aantal achtergrondkenmerken van de ondervraagden is om vanuit een breder kader een profiel te kunnen schetsen van de drie kerndisciplines, met betrekking tot samenwerking.

e. Kontakten met andere disciplines/hulpverleners.

Er is een open vraag opgenomen om na te gaan in hoeverre de drie kerndisciplines ieder afzonderlijk contact onderhouden met andere disciplines/hulpverleners dan de drie tot nu toe behandelde.

Deze kontakten worden alleen geïnventariseerd en niet geanalyseerd.

f. Opmerkingen over eerstelijnsamenwerking.

Er is een open vraag gesteld met het doel de respondenten de mogelijkheid te bieden om opmerkingen over eerstelijnsamenwerking, die ze in de enquête niet kwijt kunnen, te vermelden.

Deze zijn vooral van belang voor de opzet en uitvoering van de tweede fase van het onderzoek.

Zoals gezegd, ligt de nadruk bij de analyse vooral op de volgende aspecten, namelijk:

- welke contacten zijn er,
- hoe worden deze contacten beoordeeld,
- in hoeverre wordt er deelgenomen aan overlegvormen en/of gezondheidscentra.

3. Onderzoeksveld en populatie.

De onderzoeksopdracht beperkt de inventarisatie tot de provincie Friesland. De onderzoeksresultaten zullen dan ook niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar situaties buiten Friesland.

Niettemin is het aannemelijk dat een deel van de onderzoeksresultaten betekenis zal hebben binnen een ruimer kader van een landelijke beleidsontwikkeling.

Om een wat gedifferentiëerder beeld van de onderzoeksresultaten te verkrijgen, is Friesland opgedeeld in een aantal territoriale werkgebieden, namelijk:

- A. Leeuwarden en omstreken;
- B. Dokkum en omstreken;
- C. Drachten en omstreken;
- D. Heerenveen en omstreken;
- E. Sneek en omstreken.

Deze indeling is uitsluitend op pragmatische gronden gekozen. Het houdt geen enkele uitspraak in over de praktische bruikbaarheid en principiële wenselijkheid van een "sub-regionalisatie" voor het beleid in de sectoren gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Friesland.

Bij de analyse van de onderzoeksresultaten zullen, waar dit relevant lijkt, deze verschillende territoriale werkgebieden vergeleken worden.

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven, beperkt het onderzoek zich tot de eerstelijnshulpverlening en daarbinnen tot de kerndisciplines huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

Het ligt in de bedoeling binnen de eerste fase van dit onderzoek alle individuele praktiserende h.a., alle w.v.k. (zowel met, als zonder wijkaantekening) en alle m.w. - zowel werkzaam bij gemeentelijke overheden, als particuliere instellingen - werkzaam in de provincie Friesland te benaderen.

Ten aanzien van deze groep eerstelijns hulpverleners gelden echter drie beperkingen:

1. in-opleiding-zijnde h.a., w.v.k. en m.w worden niet in dit onderzoek betrokken
2. hoofdwijkverpleegkundigen (die primair een organisatorische taak hebben) worden niet in het onderzoek opgenomen
3. maatschappelijk werkers bij gemeentelijke sociale diensten die zich uitsluitend bezighouden met bijstandsregelingen worden eveneens niet in het onderzoek betrokken.

In totaal bestaat de populatie uit 255 huisartsen (h.a.), 185 wijkverpleegkundigen (w.v.k.) en 74 maatschappelijk werkers (m.w.). Iedereen binnen deze populatie wordt benaderd door middel van een schriftelijke enquête.

4. De enquêteringsfase en de response.

Voor het versturen van de enquête is er contact gezocht met het Distriktsbestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Provinciale Friese Kruisvereniging en de Beraadsgroep Algemeen Maatschappelijk Werk om de eerstelijns werkers van dit onderzoek op de hoogte te stellen en medewerking te vragen.

Door funktionarissen van iedere groepering is een aanbevelingsbrief opgesteld (zie bijlage 5, 6 en 7). Samen met de enquête (zie bijlage 4)* en een introductiebrief van het onderzoeksteam van het InSa-project (zie bijlage 8), wordt de aanbevelingsbrief per discipline bij de enquête ingesloten.

Tevens is een instruktielijst voor het invullen van de enquête ingesloten en een retourenvelop om de terugzending te vergemakkelijken. De verzending van deze stukken vindt plaats op 12 juni 1980.

* op pragmatische gronden is de volledige enquête van de w.v.k. als bijlage 4 opgenomen.

Op 2 juli 1980 is een rappèlbrief naar alle proefpersonen verzonden, op 14 augustus 1980 gevolgd door een 2e rappèlbrief alleen gericht aan de h.a. Eind augustus-begin september 1980 zijn alle deelnemers aan het onderzoek (voor zover bereikbaar), die ondanks de rappèlbrief de enquête niet hebben teruggezonden, telefonisch benaderd met het verzoek alsnog de enquête ingevuld terug te sturen. De 'deadline' is op 18 september 1980 gesteld. Enquêtes die na die datum zijn binnengekomen zijn niet in dit onderzoek meegenomen. (Tot nu toe zijn na de 'deadline' nog 3 ingevulde enquêtes binnengekomen).

Aan 514 eerstelijns werkers is een enquête toegezonden. Dit totale aantal benaderde respondenten noemen we de theoretische populatie. Hiervan blijken 76 personen ten onrechte te zijn benaderd, dit om redenen die wij nader zullen noemen.

De overblijvende populatie van 438 proefpersonen noemen we de operationele populatie. Van de operationele populatie (438) zenden 76 proefpersonen de enquête niet terug (non-response).

Per beroepsgroep (kerndiscipline) werken we nu het verschil tussen de theoretische en operationele populatie uit. Tenslotte wordt summier ingegaan op de non-response, en de mogelijke consequenties hiervan.

Huisartsen.

Van de 255 h.a. (theoretische populatie) vallen er 34 af, namelijk:

- 15 niet meer werkzaam als h.a. of vertrokken;
- omdat enkele h.a. duidelijk aangeven tevens namens hun collega('s) te antwoorden, is besloten van alle groepspraktijken 1 h.a. mee te nemen. Op toevalsbasis is er telkens 1 h.a. per groepspraktijk in het bestand gehouden. Hierdoor vallen 18 h.a. af. Er zijn namelijk:
 - 15 groepspraktijken c.q. associaties waarvan:
 - . 12 uit 2 huisartsen bestaan (3 van deze 24 artsen zijn niet geregistreerd bij ons en derhalve ook niet benaderd).
 - . 1 bestaat uit 6 h.a.;
 - . 2 bestaan uit 3 h.a..
- 1 arts blijkt geen h.a., maar natuurgenezer te zijn.

De operationele populatie blijkt hierdoor uit 221 h.a. te bestaan. Van deze 221 zenden 160 de enquête ingevuld terug, zodat de response 72% bedraagt. De h.a. zijn 'extra gestimuleerd' tot response. Voor deze 'extra gestimuleerde' groep h.a. is nagegaan of ze op een aantal kenmerken verschillen van de niet gestimuleerde groep. De indruk bestaat dat dit niet het geval is (bijlage 8).

Wijkverpleegkundigen.

Van de 185 w.v.k. (theoretische populatie) zijn er 38 afgevallen. De 38 afvallers zijn in twee categorieën te verdelen:

(1) waarneemsters.

Het blijkt dat 20 waarneemsters hun enquêteformulier oningevuld terugsturen, met een briefje dat de vaste beroepskracht de enquête al heeft ingevuld.

Daarop is besloten alle waarneemsters uit te sluiten voor dit onderzoek.

Bij telefonische navraag blijken er in totaal 23 waarneemsters te zijn, waarvan 3 niet bij ons geregistreerd staan en derhalve ook niet benaderd zijn.

In totaal vallen zodoende 20 waarneemsters uit.

(2) ongeldige response.

Door 18 w.v.k. wordt aangegeven waarom ze de enquête niet kunnen invullen, nl.:

- 3 w.v.k. werken nog maar zeer kort en kunnen de situatie nog niet overzien;
- 7 w.v.k. zijn langdurig ziek (geweest);
- 6 hebben een 'tweelingbaan' (1 van beiden vult steeds in en geeft de reden aan waarom de ander niet invult), waardoor 3 w.v.k. afvallen;
- 5 zijn vertrokken/niet meer werkzaam.

De operationele populatie blijkt hierdoor uit 147 w.v.k. te bestaan. Van deze 147 zenden 127 de enquête ingevuld terug, zodat de response 86% bedraagt.

Maatschappelijk werkers.

Van de 74 m.w. (theoretische populatie) blijken er 4 uit te vallen. Drie m.w. zijn niet meer in functie; één m.w. blijkt niet als m.w. werkzaam te zijn. De operationele populatie komt daardoor op 70. Hiervan zenden 67 de enquête ingevuld terug, zodat de response 96% bedraagt.

Per territoriaal gebied zijn we nagegaan of de response zich in één of meerdere van de vijf territoriale gebieden concentreert. Uit kaartje I blijkt zulks niet het geval te zijn.

We merken hierbij wèl op, dat de toewijzing van respondenten aan een gebied niet geheel probleemloos is verlopen. Het kan voorkomen dat een hulpverlener bijvoorbeeld zowel werkzaam is in gebied A (Leeuwarden en omstreken) als in gebied B (Dokkum en omstreken). In een dergelijke situatie hebben we gekozen voor dat gebied, waar die hulpverlener het meeste werkt.

Non-response.

Een ander probleem is meer van methodologische aard, het betreft de non-response.

We hebben gezien dat 28% van de h.a., 14% van de w.v.k. en 4% van de m.w. de enquête niet heeft teruggezonden.

We merken hierbij nogmaals op, dat de h.a. 'extra gestimuleerd' zijn om mee te doen aan dit onderzoek.

Van een aantal non-respondenten weten we waarom ze niet meegewerkt hebben aan dit onderzoek: "geen tijd, andere meer belangrijke dingen te doen, heeft toch geen zin, wie betaalt me dit".

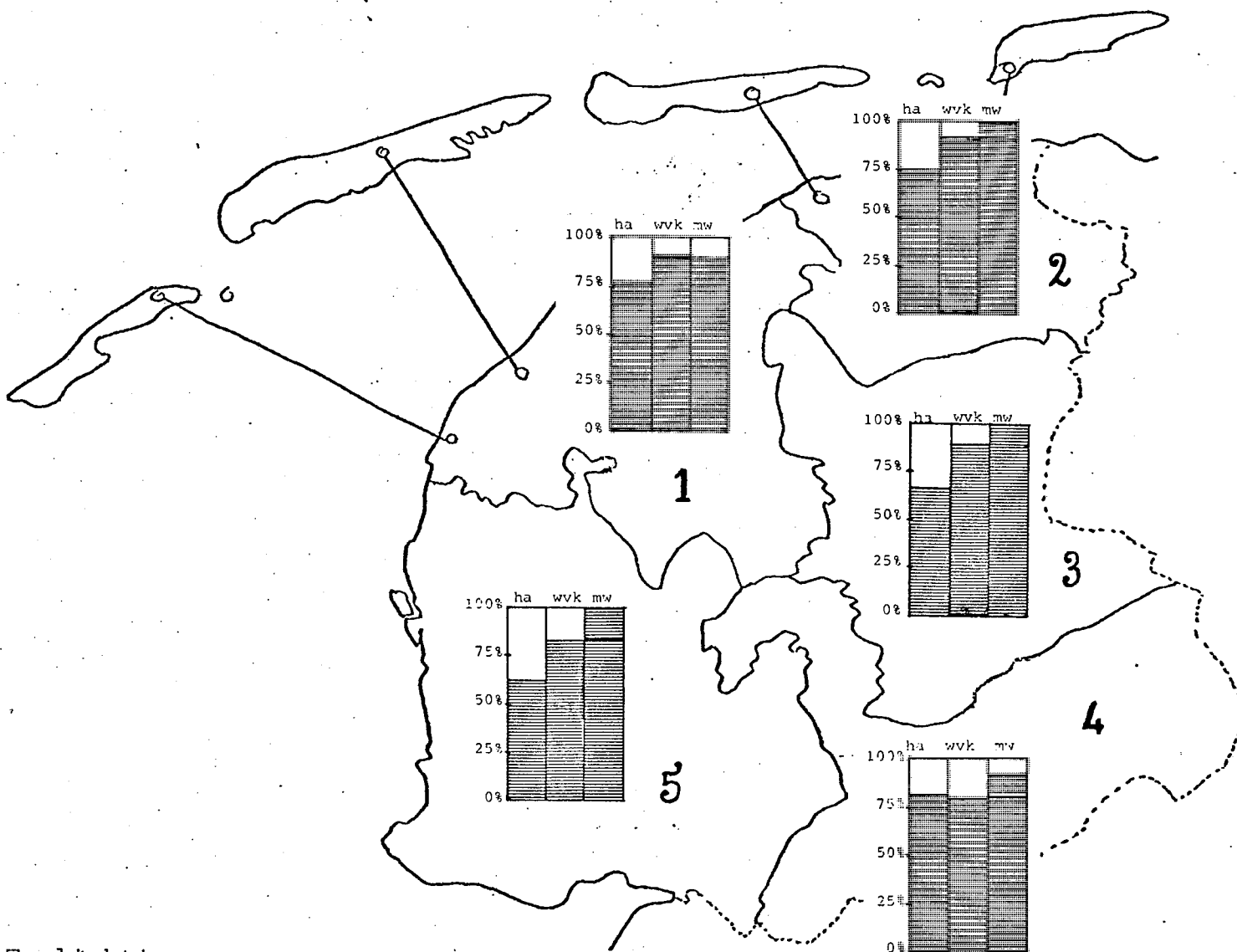
Vooraf bij de h.a. (response 72%) moet de vraag gesteld worden in hoeverre de onderzochte groep als representatief beschouwd mag worden voor de totale groep.

Bij de w.v.k. (response 86%) en de m.w. (response 96%) speelt dit in wat mindere mate.

Het blijkt niet mogelijk om middels een toetsing of schatting geldige (valide) uitspraken te doen over de non-response. Er kan niet aangegeven worden of men op grond van 'toevallige' dan wel 'systematische' vertekende factoren heeft geweigerd.

Dit heeft consequenties ten aanzien van de uitspraken over het onderzoek, zoals we verderop zien.

Kaart 1 : Response en non-response per territoriaal gebied per discipline.



Toelichting:

In het gearceerde gedeelte is de response weergegeven per territoriaal gebied, d.w.z. die onderzoekseenheden die aan het onderzoek hebben meegewerkt.

In het niet-gearceerde gedeelte is de non-response weergegeven per territoriaal gebied, d.w.z. die onderzoekseenheden die niet aan het onderzoek hebben meegewerkt.

Territoriale gebieden:

1. Leeuwarden en omstreken;
2. Dokkum en omstreken;
3. Drachten en omstreken;
4. Heerenveen en omstreken;
5. Sneek en omstreken.

Waarover kunnen we uitspraken doen; een résumé.

In de loop van dit hoofdstuk zijn een aantal beperkingen naar voren gekomen (veelal op praktische gronden) die het toepassingsbereik van uitspraken over samenwerking beïnvloeden. Voordat we de geanalyseerde gegevens presenteren, lijkt het verstandig deze beperkingen nog eens kort te noemen. Hopelijk voorkomen we hiermee dat al te voorbarige konklusies worden getrokken.

De uitspraken van de eerste fase van het onderzoek hebben betrekking op:

1. Alle huisartspraktijken, d.w.z. alle zelfstandig praktiserende huisartsen en daarnaast een aantal groepspraktijken en associaties die als één praktijk beschouwd zijn.
2. Alle wijkverpleegkundigen behoudens:
 - hoofdwijkverpleegkundigen;
 - waarneemsters;
 - "de helft" van tweelingbanen.
3. Alle maatschappelijk werkenden behoudens diegenen die zich uitsluitend bezig houden met bijstandsregelingen.

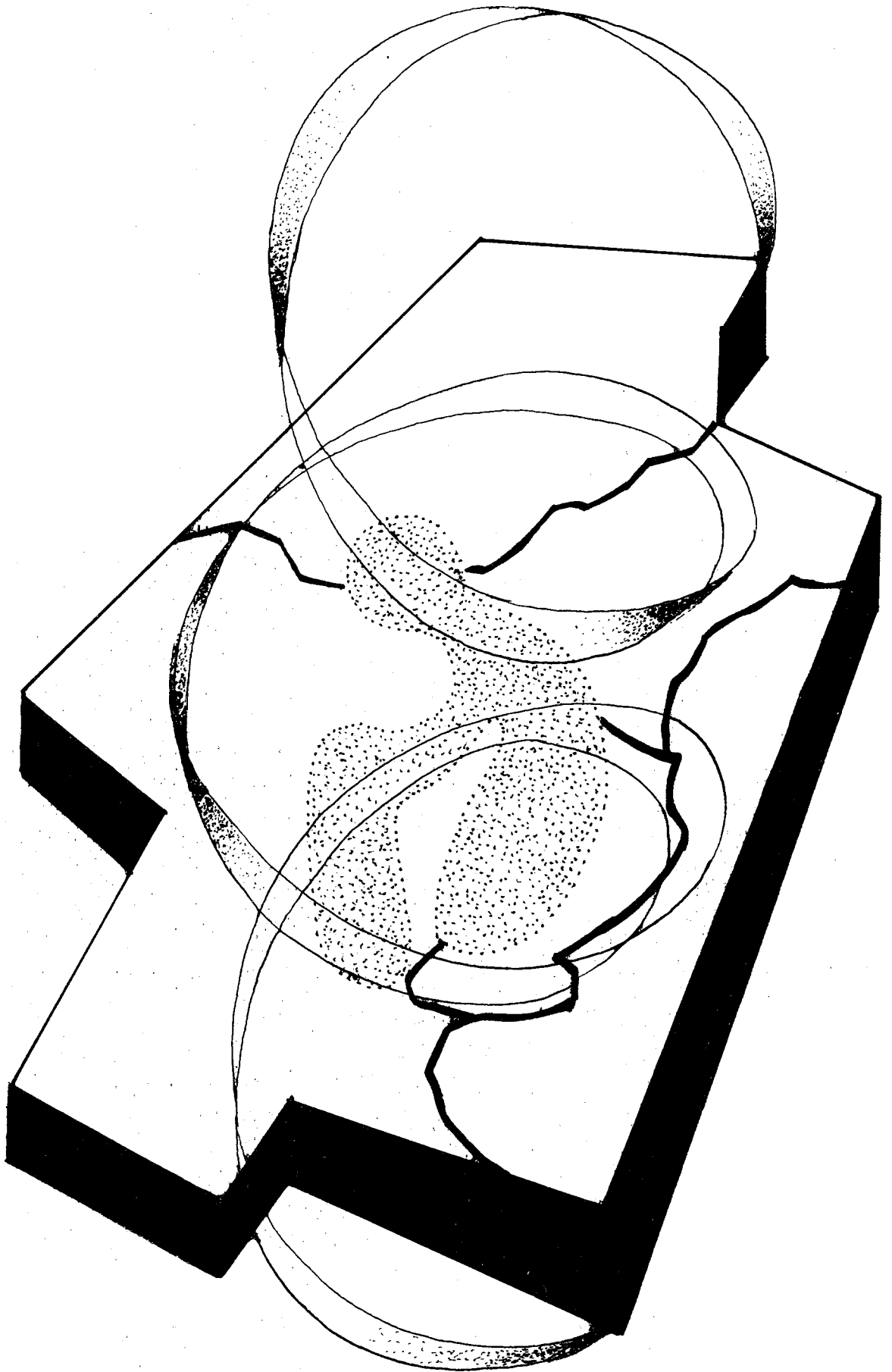
Voor deze drie categorieën geldt, dat zij in de zomer van 1980 werkzaam zijn in Friesland.

Een verdere beperking is gelegen in het feit dat we alleen uitspraken kunnen doen over de responderende onderzoeksheden. Over alle onderzoekseenheden kunnen we slechts "zekere" uitspraken geven in de vorm van een ondergrens die geldt voor de werkelijke samenwerkingsrelatie.

Deze ondergrens is naar men verwachten mag niet erg realistisch. Daarnaast worden dan ook uitspraken gedaan die er vanuit gaan dat er nauwelijks verschil is tussen respondenten en non-respondenten.

Tenslotte wordt het nivo van de uitspraken over samenwerking of potentiële samenwerking beperkt tot het belangrijkste contact per respondent. De consequentie hiervan is, dat voor uitspraken over samenwerking óók in deze zin sprake is van het bepalen van een ondergrens.

De resultaten van de enquête worden nu in hoofdstuk 3 besproken.



HOOFDSTUK 3 : RESULTATEN.

Inleiding.

In het vorige hoofdstuk is de vraagstelling van de eerste fase uitgewerkt. De resultaten van de enquête, die aansluit bij deze vraagstelling, worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in 6 subparagrafen, waarin achtereenvolgens de volgende resultaten worden gepresenteerd:

1. Achtergrondgegevens per kerndiscipline.
2. Inventarisatie van de feitelijke contacten die er zijn tussen de 3 kerndisciplines en de vorm van deze contacten.
3. Contacten en samenwerking.
4. Beoordeling van de contacten door de 3 kerndisciplines.
5. Deelname aan gezondheidscentra/overlegvormen.
6. Contacten die de 3 kerndisciplines hebben met andere disciplines/hulpverleners.
7. Visie op samenwerking.

Gezien de hoeveelheid onderzoeksgegevens, is er een noodzakelijke beperking aangebracht. Gezien het gegeven dat een aantal gegevens nader uitgewerkt worden in een tweede fase, zal het commentaar bij de resultaten summier zijn. Het commentaar zal voornamelijk bestaan uit het aanstippen van een aantal "opmerkelijke zaken".*

1. Achtergrondgegevens.

In deze paragraaf worden de belangrijkste achtergrondgegevens gepresenteerd. Het schetst een beeld van een aantal karakteristieken die de werkers in Friesland bezitten. De volgende achtergrondgegevens worden gepresenteerd:

- a. Leeftijd.
- b. Geslacht.
- c. Duur van beroepsuitoefening.
- d. Aantal uren per week dat er gemiddeld per discipline gewerkt wordt.
- e. Aantal patiënten-/kliëntencontacten per week.
- f. Grootte patiënten-/kliëntenbestand.
- g. Dichtheid van de verschillende beroepsuitoefenaars per territoriaal werkgebied.

*Bij de presentatie van de resultaten kunnen verschillen optreden in de totalen waarop de percentages gebaseerd zijn. Deze verschillen zijn een gevolg van het niet door iedereen ingevuld hebben van alle vragen.

De gegevens worden in tabelvorm gegeven met slechts enkele noodzakelijke opmerkingen. Immers deze gegevens zijn onder meer gevraagd om na te kunnen gaan of ze samenhangen met werkkontakten. In o.a. paragraaf 3 zullen we hier met name nader op ingaan.

In het kader van deze verbanden sluiten we deze paragraaf af met een aantal opmerkingen rond de achtergrondgegevens die we bij de verdere analyse (in dit verslag) zullen gebruiken (punt h).

a. Leeftijd.

Bij alle 3 disciplines is het grootste deel van de beroepsuitoefenaars tussen de 26-35 jaar. Daarnaast zien we dat de maatschappelijk werkers over het geheel het jongst zijn.

b. Geslacht.

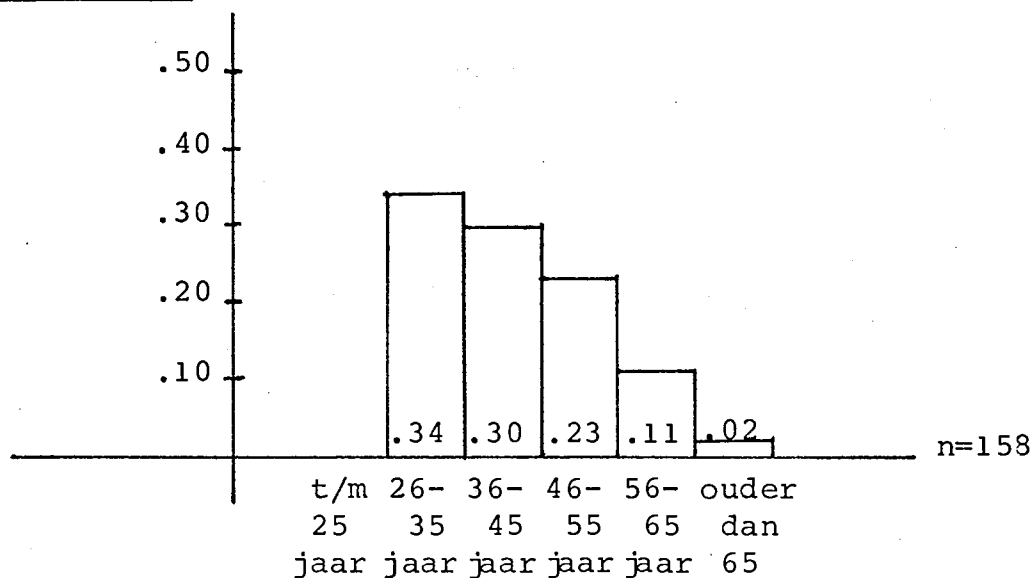
Zoals te verwachten is, zijn bijna alle h.a. mannen. De w.v.k. zijn op één na vrouwen en bij de m.w. zijn 58% mannen en 42% vrouwen.

Tabel 1: Aantallen mannen en vrouwen per discipline

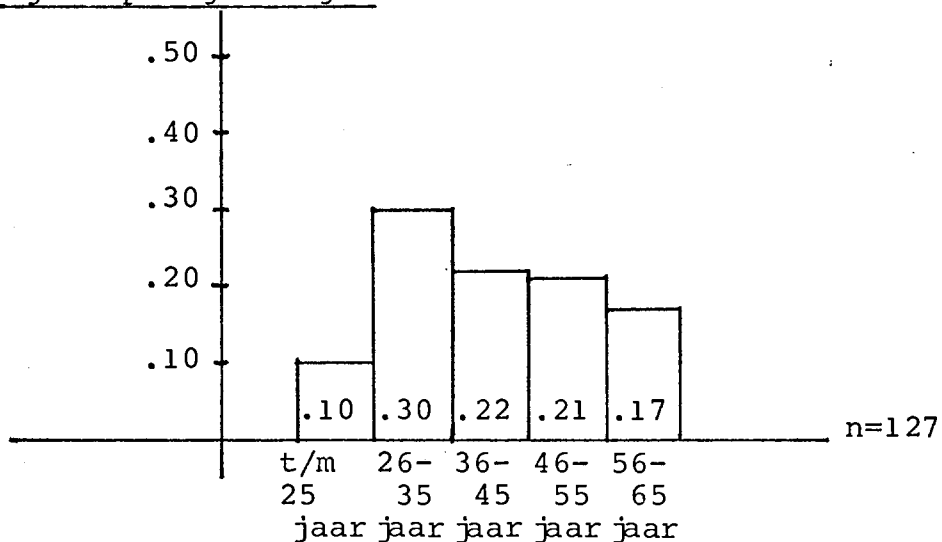
<u>geslacht</u>	<u>disciplines</u>		
	<u>h.a.</u>	<u>w.v.k.</u>	<u>m.w.</u>
man	98%	1%	58%
vrouw	2%	99%	42%
(n=)	157	127	67

Figuur 2 : Leeftijdsopbouw per kerndiscipline*

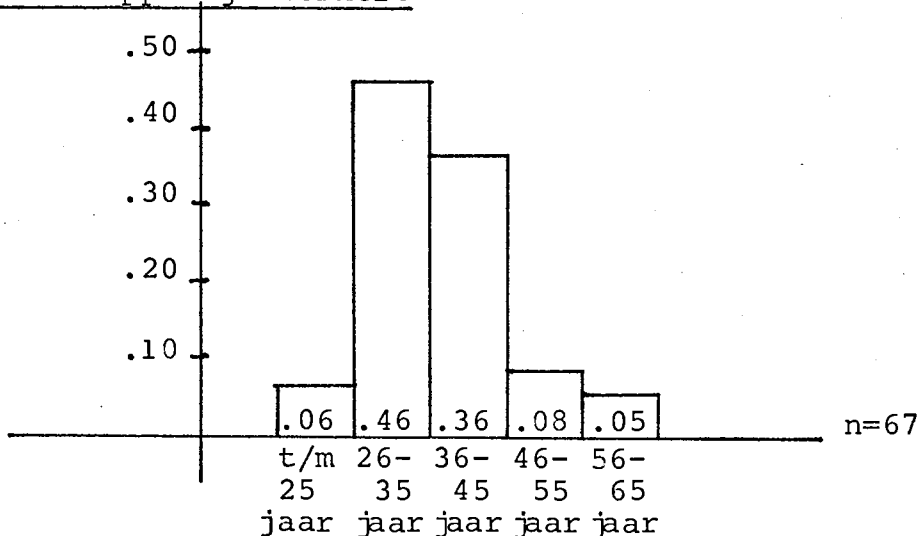
Huisartsen



Wijkverpleegkundigen



Maatschappelijk werkers



*Percentages per kerndiscipline zijn afgerond.

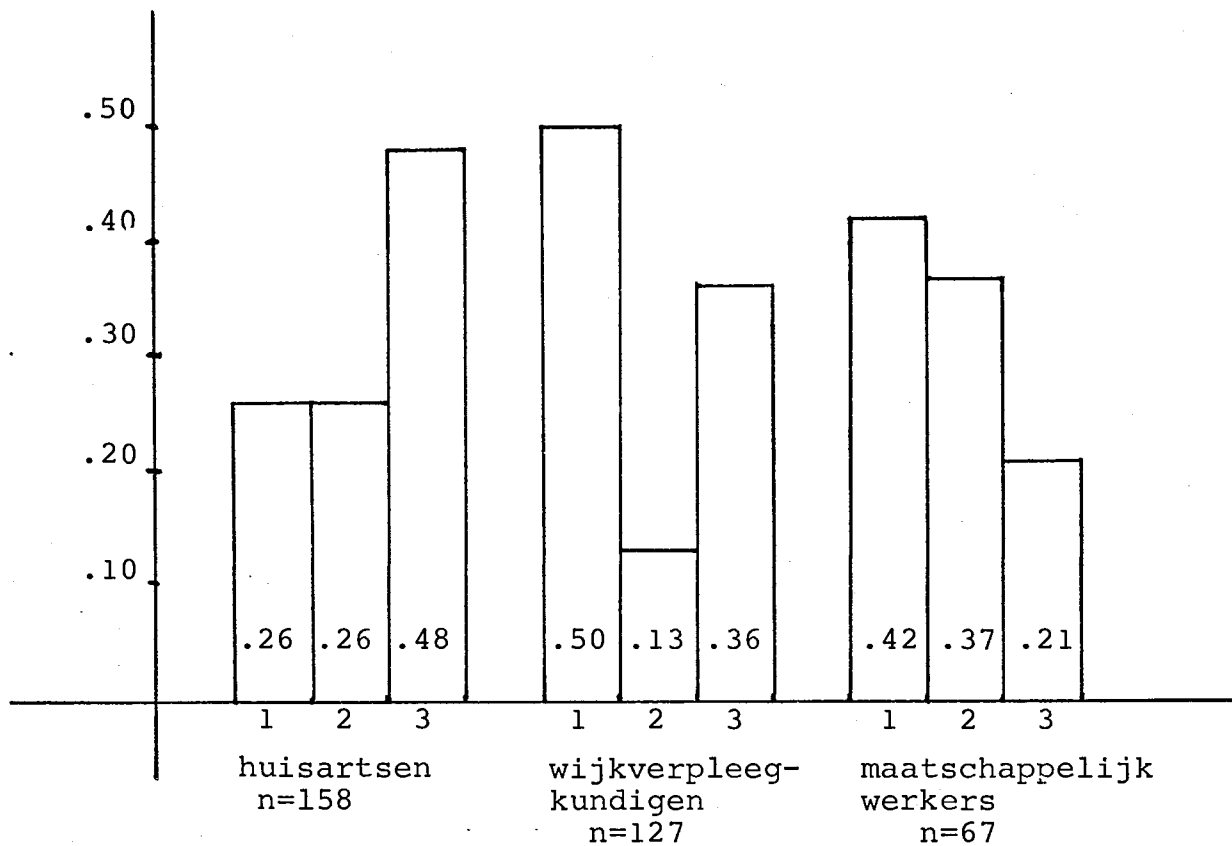
c. Duur van beroepsuitoefening.

Het merendeel van de h.a. (48%) werkt langer dan 10 jaar in z'n beroep. Bij de w.v.k. werkt het merendeel (50%) korter dan 6 jaar, terwijl bij het m.w. een groot deel (42%) ook korter dan 6 jaar werkzaam is.

Opvallend is de verdeling van wijkverpleegkundigen over het aantal jaren dat men het beroep uitoefent. De meeste wijkverpleegkundigen oefenen hun beroep minder dan 6 jaar uit óf langer dan 10 jaar.

Tenslotte moet nog opgemerkt worden dat de duur van de beroepsuitoefening niet gebonden is aan één vaste werkplek. De antwoorden op deze vraag betekenen dan ook niet zonder meer dat men de aangegeven tijd in de huidige functie werkzaam is.

Figuur 3 : Duur van de beroepsuitoefening per discipline.



1 = t/m 5 jaren werkzaam

2 = 6 tot 10 jaren werkzaam

3 = langer dan 10 jaar werkzaam

d. Aantal werkuren gemiddeld per week.

Het merendeel van de h.a., w.v.k. en m.w. (resp. 93%, 84% en 78%) hebben een full-time baan. Daarnaast valt op, dat de h.a. meer uren per week werken dan w.v.k. en m.w. De aard van het beroep (zelfstandig, nacht- en weekenddiensten) zal hier niet vreemd aan zijn.

Tabel 2: Aantal werkuren gemiddeld per week.

<u>aantal uren</u>	<u>disciplines</u>		
	- percentages -		
	<u>h.a.</u>	<u>m.w.</u>	<u>w.v.k.</u>
1 t/m 19	3%	3%	2%
20	1%	12%	9%
21 t/m 39	5%	8%	5%
40	7%	63%	69%
meer dan 40	86%	15%	15%
(n=)	153	67	123
modus	60	40	40

e. Aantal patiënten-/kliëntenkontakten per week.

De h.a. heeft gemiddeld de meeste patiëntenkontakten (182) per week in vergelijking met de w.v.k. (42) en m.w. (25).

Het verschil in aard en functie van de 3 kerndisciplines heeft een verschillende tijdsbesteding per patiënt/kliënt tot gevolg. Vandaar dat het patiëntenbestand van de h.a. en het patiënten-/kliëntenbestand van de w.v.k. en m.w. niet te vergelijken zijn.

Deze gegevens worden hier gepresenteerd omdat het aantal patiënten-/kliëntenkontakten per week (binnen een discipline) van invloed kan zijn op de kontakten die men onderhoudt met de andere kerndisciplines. Naast het aantal uren dat men per week werkt, kan dit een indicatie geven van de werklast.

Tabel 3: Aantal patiënten-/kliëntenkontakten per week.

	<u>disciplines</u>		
	<u>h.a.</u>	<u>w.v.k.</u>	<u>m.w.</u>
gemiddelde	182	42	25
(n=)	152	122	65

f. Gemiddelde grootte van het patiënten-/kliëntenbestand.

Om de grootte van het bestand uit te werken, hebben we het gemiddelde bestand per kerndiscipline berekend. De gemiddelde grootte van patiënt-/kliëntbestanden per kerndiscipline zijn onvergelykbare grootheden, omdat patiëntenbestand bij de h.a. een andere betekenis (inhoud) heeft dan patiënten-/kliëntenbestand bij w.v.k. en m.w. Voor w.v.k. en m.w. geldt hetzelfde.

Ook deze vraag kunnen we echter beschouwen als een indicator voor de 'werklast' binnen een discipline. Op het eind van deze paragraaf gaan we nader in op deze drie indicaties van de werklast.

Tabel 4: Grootte van het bestand.

	<u>disciplines</u>		
	<u>h.a.</u>	<u>w.v.k.</u>	<u>m.w.</u>
gemiddelde	2424	204	26
(n=)	154	113	66

g. Dichtheid van beroepsbeoefenaars per werkgebied.

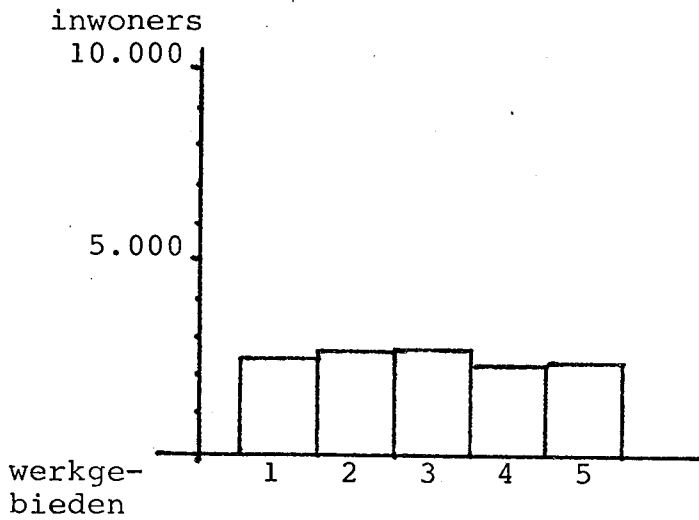
In hoofdstuk 2 hebben we Friesland opgedeeld in vijf werkgebieden. Eén van de kenmerken van zo'n gebied kan zijn: het aantal inwoners van zo'n gebied dat gemiddeld door één hulpverlener bestreken wordt.

In Figuur 4 staat weergegeven hoeveel inwoners per gebied gemiddeld bestreken worden door één hulpverlener uit één van de kerndisciplines. Bij de berekening van deze gegevens is uitgegaan van het aantal full-time functies in de theoretische populatie (deeltijdbanen, tweelingbanen, etc. zijn samengenomen tot full-time functies).

Het aantal inwoners per hulpverlener kan dan bepaald worden door het totaal aantal inwoners per werkgebied te delen door het aantal full-time functies per kern-discipline.

Figuur 4 : Aantallen inwoners per full-time werkende discipline per werkgebied.

h.a.

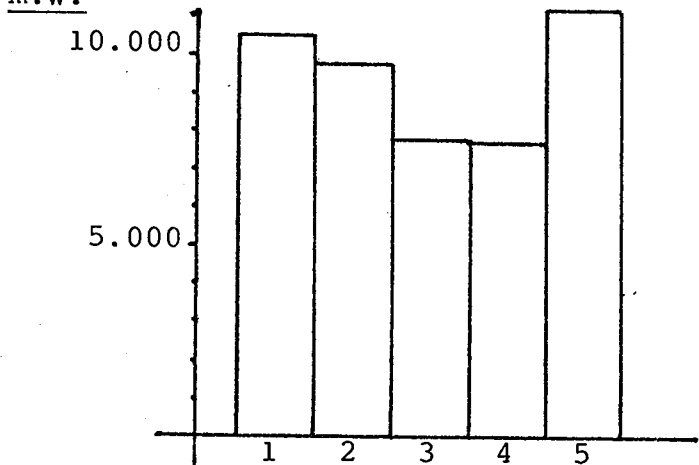


Aantal full-time werkende h.a. (gecorrigeerd)

Werkgebied	Inwoners
1	2464*
2	2639
3	2675
4	2295
5	2388

Werkgebied	Aantal full-time werkende h.a. (gecorrigeerd)
1	73½
2	22½
3	48½
4	39
5	52

m.w.

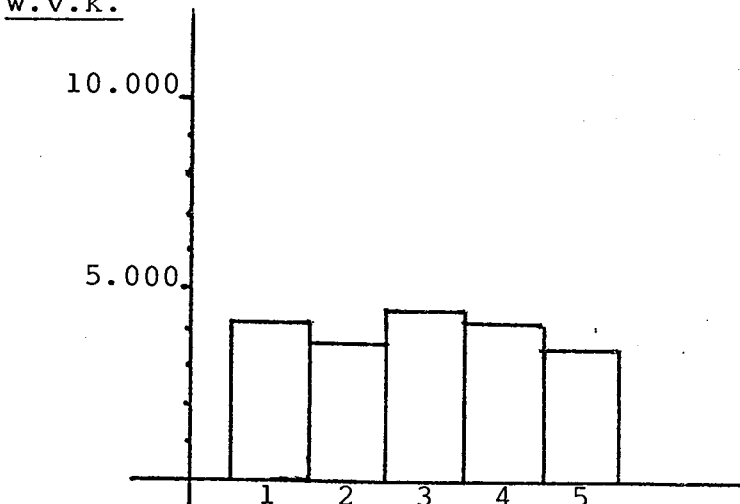


Aantal full-time werkende m.w. (gecorrigeerd)

Werkgebied	Inwoners
1	10655
2	9895
3	7864
4	7784
5	11291

Werkgebied	Aantal full-time werkende m.w. (gecorrigeerd)
1	17
2	6
3	16½
4	11½
5	11

w.v.k.



Aantal full-time werkende w.v.k. (gecorrigeerd)

Werkgebied	Inwoners
1	4025
2	3710
3	4552
4	4163
5	3499

Werkgebied	Aantal full-time werkende w.v.k. (gecorrigeerd)
1	45
2	16
3	28½
4	21½
5	35½

*In werkgebied 1 heeft één full-time werkende h.a. een (potentieel) patiëntenbestand van 2464 inwoners.

h. Achtergrondgegevens als basis voor verdere analyse.

In met name paragraaf 3 worden verbanden gelegd tussen een aantal achtergrondgegevens en de kontakten (aantal, vorm) tussen de verschillende kerndisciplines.

Deze verbanden worden niet met alle hier gepresenteerde achtergrondgegevens gelegd. De achtergrondgegevens die meespelen in de verdere analyse zijn:

- duur van de beroepsuitoefening
- aantal cliënt-/patiëntkontakten per week
- werkgebied.

De overwegingen die geleid hebben tot de keuze van deze achtergrondgegevens zetten we hier kort uiteen.

Allereerst zijn niet opgenomen leeftijd en sexe. Voor sexe ligt dit voor de hand, gezien de verdeling van mannen en vrouwen over de verschillende disciplines. Het niet kiezen van leeftijd ligt minder voor de hand. Uitgegaan is van de gedachte dat duur van de beroepsuitoefening en leeftijd in grote mate vergelijkbaar zijn; zij blijken dan ook onderling hoog te korreleren. Aangezien de duur van de beroepsuitoefening méér dan leeftijd verwijst naar alles wat met het uitgeoefende beroep (discipline) te maken heeft, is gekozen voor de eerste. Voor de gevonden korrelaties tussen beide variabelen zij verwezen naar Bijlage 10.

In de presentatie van de achtergrondgegevens komen we tot drie soorten gegevens die verwijzen naar de werklast van de hulpverlener:

1. het aantal werkuren per week,
2. het aantal cliënt-/patiëntkontakten per week,
3. de grootte van het cliënt-/patiëntbestand.

Uit deze drie is het aantal cliënt-/patiëntkontakten per week als belangrijkste indikator voor de werklust gekozen. Dit aantal wordt echter wel (in tegenstelling tot het gepresenteerde bij e) gecorrigeerd voor het aantal gewerkte uren per week.

Het aantal werkuren per week geeft geen korrekte indruk van de werklust omdat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de tijd die men aan cliënten/patiënten besteedt en anders bestede tijd.

Daarnaast geeft het aantal cliënt-/patiëntkontakten óók geen korrekte indruk. Niet elke hulpverlener werkt evenlang en kan dus evenveel cliënten/patiënten helpen. Om dit probleem te ondervangen wordt gekorrigeerd voor het aantal werkuren per week. Op deze manier krijgen we als maat voor de werklust het aantal patiënten/cliënten dat per werkuur geholpen wordt binnen een discipline. Naarmate het aantal cliënt-/patiëntkontakten daalt, mag men verwachten dat er meer ruimte is voor samenwerking (deze kost per slot van rekening óók tijd). De grootte van het cliënt-/patiëntbestand is niet gekozen omdat verwacht mag worden dat ze vrij sterk overeenkomt met het aantal cliënten/patiënten per week (zie Bijlage 10). Daarnaast benadrukt de grootte van het bestand meer de potentiële dan de werkelijke werklust.

De dichtheid van het aantal beroepsbeoefenaars per werkgebied is tenslotte niet opgenomen omdat ze een kenmerk is van het werkgebied. Pas wanneer er verschillen over de werkgebieden (dit blijkt slechts op enkele punten het geval te zijn) gekonstateerd worden kan de dichtheid als een mogelijke verklaringsgrond aangevoerd worden.

Voor de volledigheid geven we per discipline een indruk van de werklust. Per discipline is de werklust onderverdeeld in drie categorieën die op te vatten zijn als zwaar belast, middelmatig belast en licht belast kwa cliënt-/patiëntkontakten. Bij het vormen van deze categorieën is uitgegaan van twee overwegingen:

1. De grenzen tussen de categorieën moeten een simpele interpretatie hebben.
2. Per categorie moeten (met het oog op het onderzoek van samenhangen) ongeveer evenveel personen voorkomen.

De resultaten van deze werkwijze staan weergegeven in Tabel 5. In deze tabel vinden we naast de aantallen en percentages eveneens de interpretatie van de categorieën en de mediane werklust.

Tabel 5: Werklast per discipline.

	<u>h.a.</u>	<u>m.w.</u>	<u>w.v.k.</u>
licht belast	53 (36%)	21 (32%)	37 (31%)
middelmatig belast	46 (31%)	23 (35%)	37 (31%)
zwaar belast	49 (33%)	21 (32%)	44 (37%)
(n=)	148	65	118

interpretatie van de categorieën:

	<u>h.a.</u>	<u>m.w.</u>	<u>w.v.k.</u>
licht belast	méér dan 20 min. p/p	2 uur of meer p/k	meer dan 1.10' p/k
middelmatig belast	méér dan 15 min. tot 20 min. p/p	1.15' uur tot 2 uur p/k	meer dan 50' tot 1.10' p/k
zwaar belast	15 min. of minder p/p	minder dan 1.15' uur p/k	50' of minder p/k

mediane werklast per discipline:

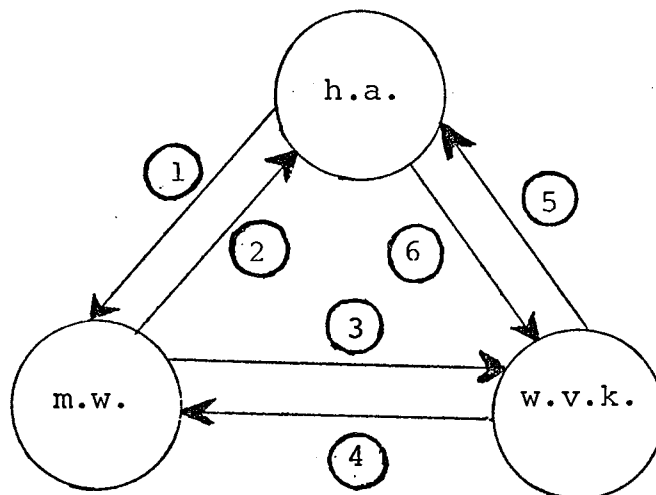
h.a.	133 per 40 uur oftewel 18 min. per patiënt
m.w.	25 per 40 uur oftewel 1 uur en 36 min. per cliënt
w.v.k.	40 per 40 uur oftewel 1 uur per cliënt

N.B.: In werkelijkheid zijn deze gegevens overschattingen van de beschikbare tijd omdat géén rekening is gehouden met andere werkzaamheden.

2. Feitelijke contacten die er zijn tussen de 3 kerndisciplines en de vorm deze contacten.

Inleiding.

Bij het analyseren van het aantal en de vorm van de contacten, wordt in deze paragraaf alleen per discipline aangegeven of er contacten bestaan met de andere kerndisciplines en zo ja, welke contacten er zijn en hoe ze eruit zien. Er zijn 6 'soorten' contacten naar richting onderscheiden, (zg. kontaktrichtingen) welke hieronder in beeld worden weergegeven.



1	geeft de kontaktrichting h.a.-m.w. weer, afgekort H-M
2	" " " m.w.-h.a. weer, " M-H
3	" " " m.w.-w.v.k.weer, " M-W
4	" " " w.v.k.-m.w.weer, " W-M
5	" " " w.v.k.-h.a. weer, " W-H
6	" " " h.a.-w.v.k. weer, " H-W

Bovenstaand diagram is bedoeld om duidelijk te maken dat het gaat om 3 wederkerige relaties, nl. h.a. - w.v.k., h.a. - m.w. en m.w. - w.v.k.

Immers als beroepsuitoefenaars aangeven contacten te hebben is er sprake van contacten tussen twee of meer beroepsuitoefenaars.

In deze paragraaf worden over contacten de volgende vragen beantwoord:

- a. Is er kontakt?
- b. Zo ja, met hoeveel beroepsuitoefenaars is er kontakt?
- c. Zijn er vaste kontakttijden?
- d. Welke zijn de gespreksonderwerpen bij het hebben van kontakt(en)?
- e. Hoe vaak is er kontakt?
- f. Wie neemt het initiatief bij het opnemen van het kontakt?

a. Is er kontakt?

Bij de vraag of er kontakt bestaat tussen de 3 disciplines kan niet worden nagegaan wat een werker onder kontakt verstaat. Wat de één nog wel een kontakt noemt, zal de ander niet meer als kontakt willen aanmerken. Onder b wordt hier dieper op ingegaan.

Daarnaast kan niet met 100% zekerheid worden nagegaan of de groep non-respondenten in dezelfde mate contacten heeft als de groep die wel deze vraag beantwoord heeft.

Gesteld dat er een verschil zou zijn tussen non-respondenten en respondenten, dan zouden de non-respondenten in het meest ongunstige geval geen enkel kontakt hebben met de 2 andere kerndisciplines.

In dat geval is het aantal respondenten dat aangeeft 'wel eens kontakt' te hebben met iemand binnen een andere discipline (zie Figuur 5), het minimale aantal in de werkelijke populatie. Dit wil zeggen dat op z'n minst dit relatieve percentage beroepsuitoefenaars 'wel eens kontakt' heeft ten opzichte van de werkelijke populatie (deze % worden in Figuur 5 óók gegeven). Reëler is het om aan te nemen dat de groep non-respondenten in ongeveer dezelfde mate kontakt heeft als de respondentengroep (zie Bijlage 9).

Ook de meer realistische percentages zijn gegeven in Figuur 5.

In de rest van deze paragraaf baseren we ons op deze percentages (percentages ten opzichte van de response). In paragraaf 3 gaan we vervolgens dieper in op beide percentages ten aanzien van het al dan niet bestaan van samenwerking.

Kontakten met andere disciplines.

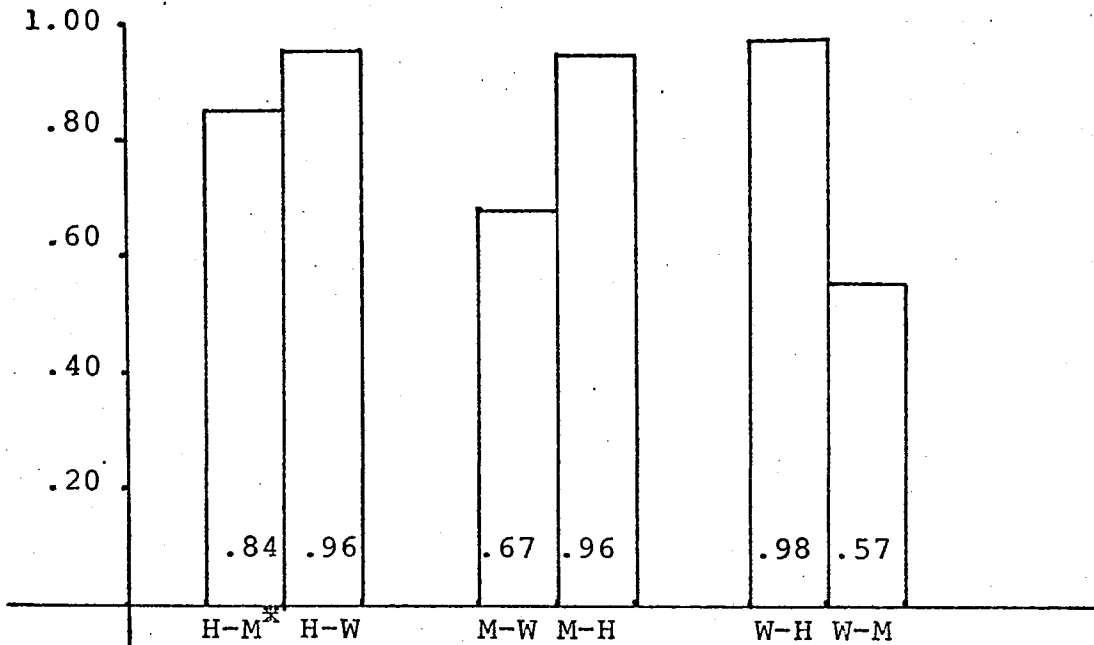
Uit de figuur lezen we dat de meeste kontakten plaatsvinden tussen de h.a. en de w.v.k.. De minste kontakten hebben de m.w. en de w.v.k.

N.B.: Mensen, die niet geantwoord hebben zijn hier beschouwd als mensen die geen kontakten hebben.

Figuur 5 : Kontakt met andere disciplines.

Weergegeven wordt het aantal en het percentage respondenten per discipline dat aangeeft wel eens kontakten te hebben binnen een andere disciplines.

(Reële percentages)



*Dus 84% van de huisartsen geeft aan kontakt te hebben met het maatschappelijk werk.

		<u>Reële percentages</u>	<u>Tenminste</u>	
(n=)	H-M	135	84%	61%
	H-W	153	96%	69%
	M-W	45	67%	64%
	M-H	64	96%	91%
	W-H	125	98%	85%
	W-M	72	57%	49%

Bij de vraag 'Is er kontakt?' zijn de aantallen en percentages gegeven, gebaseerd op het totale aantal responderende h.a., w.v.k. en m.w. die de vraag beantwoord hebben.

Bij de volgende vragen zullen we ons voornamelijk richten op de beroepsuitoefenaars die de vraag naar het hebben van kontakten met "ja" beantwoord hebben.

b. Met hoeveel h.a., resp. w.v.k., resp. m.w. heeft u kontakt?

Per discipline is nagegaan met hoeveel personen uit een andere discipline iemand uit de betreffende discipline kontakten heeft. Aangezien dit aantal personen een gemiddelde is, wordt dit aantal niet in gehele maar in decimale getallen weergegeven zoals te zien is in Figuur 6.

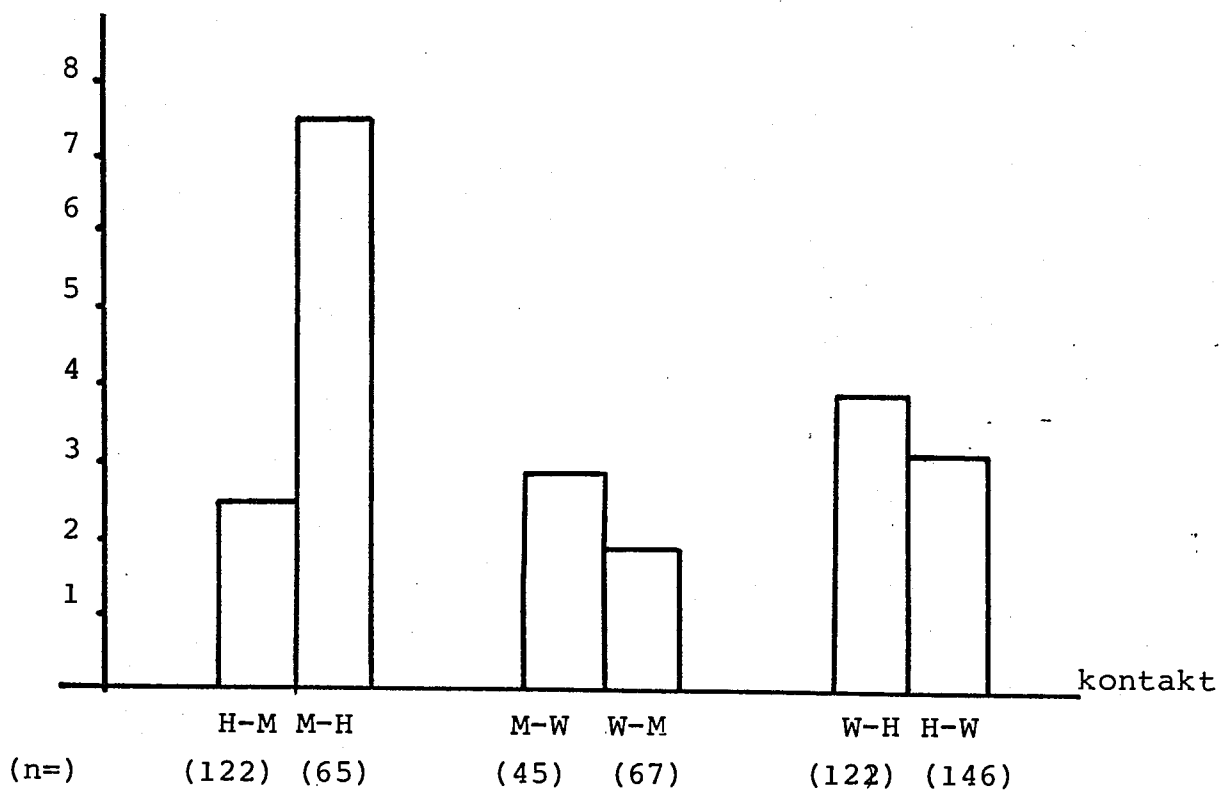
Idealiter zouden deze gemiddelde aantallen gelijk moeten zijn. Zoals we zien is dit niet het geval.

We zien dat het gemiddelde aantal kontakten tussen de 3 disciplines onderling verschilt. Er zijn een viertal mogelijkheden, die de verschillen in gemiddelde aantal kontakten (kunnen) veroorzaken:

1. Verschillende aantallen beroepsuitoefenaars per discipline (response h.a. 160, w.v.k. 127, m.w. 67).
2. Van de 15 groepspraktijken is telkens 1 h.a. per groepspraktijk in het bestand gehouden. Deze h.a. heeft niet het gemiddelde aantal kontakten per huisarts gegeven, maar het gemiddelde aantal kontakten per groepspraktijk. Eveneens zijn er 6 "tweelingbanen" bij de w.v.k., waarvan 3 w.v.k. zijn meegenomen. Deze 3 w.v.k. hebben óók het gemiddelde aantal kontakten per tweelingbaan gegeven in plaats van per w.v.k.
3. Het aantal non-respondenten is niet verrekend in de gemiddelde aantallen.
4. De 3 disciplines hebben ieder een verschillend beeld van wat wel en niet een noemenswaardig kontakt is (belevingsverschil).

Figuur 6 : Gemiddeld aantal personen waarmee contact wordt onderhouden, per kontaktrichting.

gemiddeld
aantal
personen



Gemiddelden : H-M = 2.5
M-H = 7.5
M-W = 2.9
W-M = 1.8
W-H = 3.9
H-W = 3.2

Achtereenvolgens zullen we korrigeren voor de eerste drie verklaringen, om na te gaan in hoeverre 4 een rol kan spelen.

De correctie voor het aantal respondenten bestaat uit het bepalen van het totaal aantal kontakten per discipline. Vervolgens wordt voor de groepspraktijken/associaties en "tweelingbanen" gekorrigeerd door bij het totaal aantal kontakten het aantal "niet meegetelde kontakten" op te tellen. Deze "niet meegetelde kontakten" worden bepaald door het aantal kontakten van de hulpverleners in het uiteindelijke bestand te vermenigvuldigen met het aantal "geassocieerde" hulpverleners.

Tenslotte wordt gekorrigeerd voor het aantal non-respondenten. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat het gemiddeld aantal kontakten voor de non-respondenten hetzelfde zal zijn als voor de respondenten. De verschillende tussen-resultaten staan weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: Aantal kontakten gekorrigeerd voor een aantal factoren.

	wel eens kontakt	gem. aantal kontakten	aantal kontakten resp. groep	groepspr. + deeltijdbanen	schatting voor totale populatie
H-M	135	2.5	338	404	515
M-H	65	7.5	488	488	510
H-W	153	3.2	500	603	763
W-H	124	3.9	484	496	601
M-W	45	2.9	131	131	137
W-M	72	1.8	130	135	165

Noemenswaardige verschillen in aantallen kontakten treden op tussen H-W en W-H. De h.a. geven hierbij aan meer kontakten te hebben met de w.v.k. dan andersom. De relaties M-H en M-W geven verschillen te zien die niet noemenswaardig zijn.

Hieruit knkluderen we dat er in elk geval tussen h.a. en w.v.k. een verschil van inzicht bestaat over wat een noemenswaardig kontakt is.

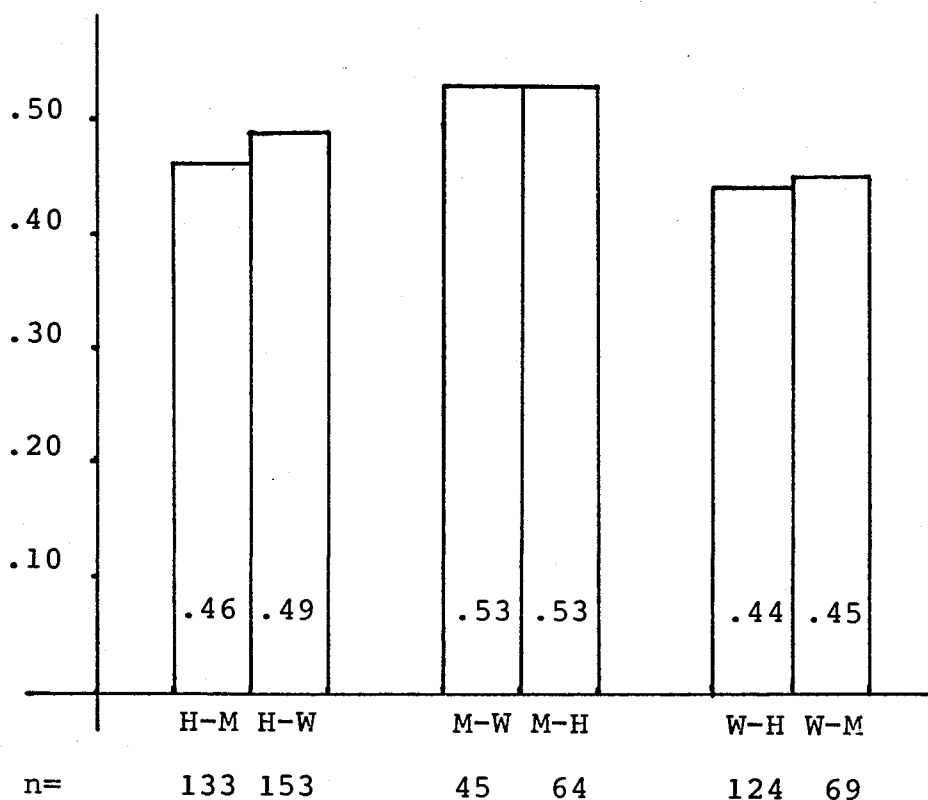
c. Zijn er vaste kontakttijden?

Volgens onze werkdefinitie is het noemen van vaste kontakttijden één van de (mogelijke) voorwaarden voor het bestaan van een samenwerkingsrelatie (zie ook hoofdstuk 2).

Opgemerkt kan worden dat de verschillen in percentages (verwaarloosbaar) klein zijn. We kunnen dan ook volstaan met de algemene opmerking dat de helft van de contacten, contacten zijn waarin vaste kontakttijden een rol spelen.

Figuur 7 : Vaste kontakttijden.

Percentage "ja"
t.o.v. de mensen
die contacten
onderhouden



Bij de gepresenteerde percentages past een waarschuwing. Er is de 3 disciplines verzocht een uitspraak te doen over het meest voorkomende kontakt. Bij b.v. de relatie h.a. - w.v.k. hebben de h.a. niet de vaste kontakttijden met alle w.v.k. aangegeven waarmee ze weleens kontakt hebben. Dit houdt echter niet zonder meer in, dat h.a. vaker een vaste kontakttijd hebben met die w.v.k. met wie men het meest kontakt heeft in vergelijking met andere w.v.k. waarmee men ook kontakt heeft. Met andere woorden, het hebben van het meeste kontakt met een persoon impliceert niet zonder meer dat dan ook de kans op een vaste kontakttijd het grootst is (in paragraaf 3 gaan we hier nader op in).

d. Welke zijn de gespreksonderwerpen bij het hebben van kontakten?

Eén van de voorwaarden van een samenwerkingsrelatie is "het kontakt behelst voornamelijk overleg over de uitvoerende hulpverlening".

Een eerste vraag die we ons stellen bij de inhoud van de kontakten is dan ook: "In hoeveel van de gevallen staat de patiënt/kliënt centraal?" Gesteld kan worden dat bij elk bestaand kontakt bijna altijd over de cliënt/patiënt gesproken wordt (zoals we zien in tabel 7).

Tabel 7: Aantal kontakten waarbij de patiënt/kliënt (één van de) hoofdonderwerp(en) is.

H-M	M-H	W-H	H-W	M-W	W-M
95%	94%	99%	99%	98%	91%
n=128	n=63	n=123	n=149	n= 43	n=70

Naast het spreken over een patiënt/kliënt kan er door de 3 disciplines onderling bij kontakten óók over andere zaken gesproken worden.

De vraag welke de gespreksonderwerpen zijn bij het hebben van kontakten, is een open vraag.

De gespreksonderwerpen bij kontakten, die door de 3 kerndisciplines zijn aangegeven, zijn onderverdeeld in 3 hoofdkategorieën:

1. Somatisch-medische aspecten.

Hierbij wordt alléén gepraat over de lichamelijke toestand van de patiënt, b.v. verpleegkundige problemen, medikatie, kleuter-/zuigelingenzorg e.d.

2. psycho-sociale aspecten.

Hierbij wordt alléén gepraat over de leef-, werk- en woonsituatie, waarin de patiënt/kliënt verkeert. Hieronder vallen b.v. probleemgezinnen, relatieproblematiek, alle psycho-sociale aspecten, e.d.

3. andere aspecten.

Dit zijn alle overige gespreksonderwerpen.

Zoals te verwachten is, wordt er bij kontakten tussen h.a. en w.v.k. voornamelijk gepraat over de lichamelijke toestand van de patiënt (resp. 89% en 97%). Door 11% (13) van de w.v.k. wordt tevens aangegeven óók met de h.a. over leef-, werk- en woonsituatie van de patiënt te praten ('psycho-sociale aspecten'). Bij de relaties met de m.w. daarentegen wordt voornamelijk over leef-, werk- en woonsituatie van de cliënt gepraat.

Daarnaast wordt bij de relatie van de m.w. met personen binnen de andere disciplines echter vaak (in een kwart van de gevallen) een ander gespreksonderwerp genoemd dan (naast) 'psycho-sociale aspecten'.

Met name de 'persoonsgebonden zaken' (b.v. uitwisseling van ervaring, evalueren van elkaars functioneren, e.d.) scoorde bij de 'andere gespreksonderwerpen' hoog, nl.:

M - H : 8 (13%)

M - W : 9 (21%)

Tabel 8: Gespreksonderwerpen per kontaktrichting.

	H-M	H-W	M-H	M-W	W-H	W-M
1.	5%	89%	--	2%	97%	17%
2.	91%	15%	94%	95%	13%	79%
3.	9%	3%	24%	28%	6%	17%
n=	128	149	63	43	123	70

N.B.: Respondenten konden meerdere gespreksonderwerpen noemen, zodat de percentages niet opgeteld kunnen worden tot 100%

e. Hoe vaak is er contact?

In de tabel worden de frekwenties van de meest voorkomende contacten gegeven.

Deze frekwenties zijn onderverdeeld in 3 klassen, te weten:

- 1x per week of vaker;
- 1x per maand of vaker, maar minder dan 1x per week;
- minder dan 1x per maand.

De meest frekwente contacten vinden plaats tussen de h.a. en de w.v.k.. De w.v.k. en de m.w. hebben het minst frekwent contact met elkaar.

Van de w.v.k. geeft 24% aan één keer per maand of vaker contact met de m.w. te hebben, van de m.w. geeft 26% deze frekwentie met de w.v.k. aan.

Tabel 9: Frekwentie van het kontakt.

<u>Kontakt- richting</u>	<u>Frekwentie</u>				
	lx per week of vaker	lx per maand of vaker maar minder dan lx per week	minder dan één keer per maand		(n=)
	-----	-----	-----		
H-M	4%	41%	56%		133
M-H	5%	62%	34%		63
M-W	2%	24%	73%		45
W-M	-	24%	76%		71
W-H	19%	65%	15%		121
H-W	25%	60%	14%		152

f. Wie neemt het initiatief bij het opnemen van het kontakt?

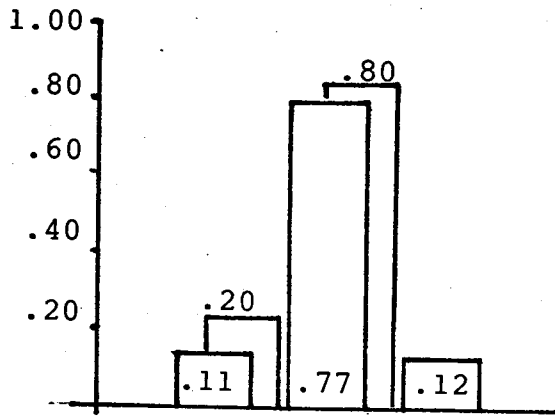
Om na te gaan wie het initiatief neemt bij het tot stand komen van het kontakt is er een drie-deling in de antwoordcategorieën aangebracht (zie ook Figuur 8):

1. het initiatief wordt voornamelijk door de ene discipline genomen;
2. het initiatief wordt door beide disciplines genomen (nu eens iets meer door de één, dan weer iets meer door de ander, maar wel in ongeveer gelijke mate);
3. het initiatief wordt voornamelijk door de andere discipline genomen.

Als er kontakten zijn tussen de 3 kerndisciplines, wordt er vaak van weerskanten initiatief genomen bij het opnemen van het kontakt (de middelste categorie scoort het meest frekwent bij alle 3 disciplines). Wel zien we dat de beroepsuitoefenaars niet in alle gevallen precies hetzelfde aangeven wat betreft de vraag waar het initiatief ligt. Bij kontakten tussen de w.v.k. en de m.w. geven beide partners aan dat het initiatief vaker van hùn kant komt. Wanneer de h.a. en de w.v.k. kontakt hebben, zijn beide partners het er wel over eens dat de w.v.k. vaker initiatief nemen.

Figuur 8 : Initiatief.

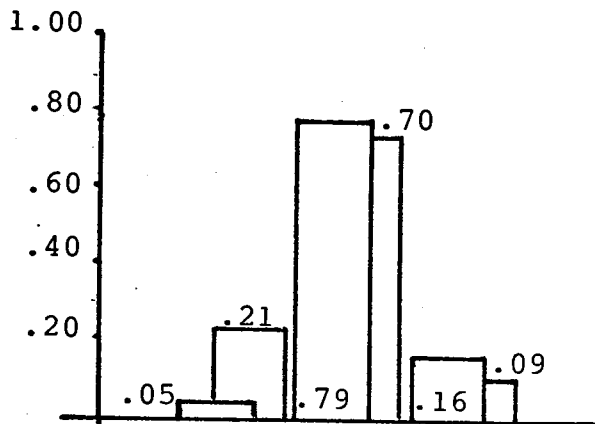
H-M* en M-H (schaduw)



(n=) H-M : 132

M-H : 64

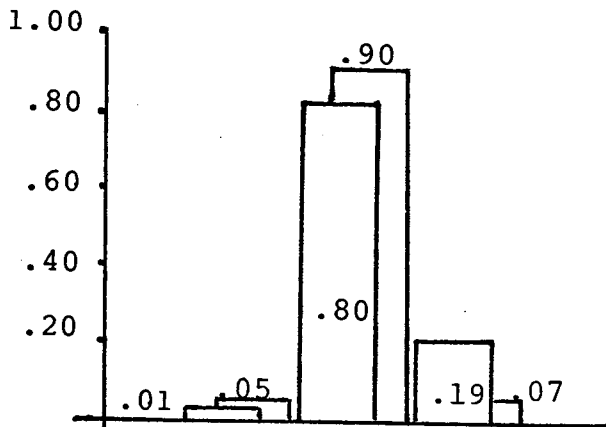
M-W en W-M (schaduw)



(n=) M-W : 43

W-M : 70

W-H en H-W (schaduw)



(n=) W-H : 125

H-W : 153

*Staaftogram links (+schaduw): initiatief alléén door m.w. genomen.
 Staaftogram midden (+schaduw): initiatief door beide partners genomen.
 Staaftogram rechts (+schaduw): initiatief alléén door h.a. genomen.

3. Kontakten en samenwerking.

In de werkdefinitie is gesteld dat: 'samenwerking een functionele relatie is tussen twee of meer werkers in de eerstelijns hulpverlening, waarin regelmatig kontakten plaatsvinden over de uitvoering van de hulpverlening'.

Uitgaande van de werkdefinitie zijn er twee soorten samenwerkingsrelaties te onderscheiden, welke in de eerste fase geïnventariseerd worden. Onderscheid is gemaakt tussen:

1. samenwerkingsrelatie: dit zijn de kontakten waarbij sprake is van een vaste kontakttijd en waarin over de patiënt/kliënt gepraat wordt.
2. potentiële samenwerkingsrelatie: er is kontakt waarin over de patiënt/kliënt gepraat wordt, maar er is geen sprake van een vaste kontakttijd. Een belangrijk doel van de eerste fase is te kijken in hoeverre samenwerkingsrelaties en/of potentiële samenwerkingsrelaties in Friesland aanwezig zijn.

Naast deze twee samenwerkingsrelaties onderscheiden we nog twee relaties, te weten:

- a. relaties waarin wel regelmatig (op een vast tijdstip) kontakt met een andere kerndiscipline bestaat, maar waarin niet over de patiënt/kliënt gepraat wordt.
- b. relaties waarin niet op een vast tijdstip kontakt bestaat. Binnen de kontakten die er zijn, wordt tevens niet over de patiënt/kliënt gepraat.

Tenslotte is er een groep beroepsuitoefenaars die aangeeft geen contact te hebben met de 2 andere kerndisciplines.

In de rest van dit verslag maken we geen onderscheid tussen a en b. Tezamen worden ze "andere kontakten" genoemd. Zodoende onderscheiden we ten aanzien van de kontakten per andere discipline vier groepen beroepsuitoefenaars:

1. samenwerkenden (S.);
2. potentieel samenwerkenden (P.S.);
3. andere kontakten onderhoudenden (K);
4. geen kontakten (G.K.).

Hieraan voegen we een 5^e categorie toe van beroepsuitoefenaars die niet in te delen zijn (N.I.) omdat ze niet alle relevante vragen beantwoord hebben. Voor de vier eerstgenoemde categorieën gaan we achter-eenvolgens per kontaktrichting na:

1. Hoe de verdeling in de onderzoeksgroep is.
2. Wat de verdeling in de hele populatie is, uitgaande van de laagst mogelijke schatting (non-respondenten hebben geen contact).
3. Wat de verdeling in de hele populatie is, uitgaande van de meer reële schatting (non-respondenten zien eruit als de respondenten).

Bovenstaande gaat over (kontakten) samenwerking met één discipline. Gezien het doel van dit onderzoek is het echter zeer relevant te weten hoe het met de samenwerking met beide andere disciplines staat.

In dit hoofdstuk willen we ook vervolgens nagaan:

1. welke beroepsuitoefenaars een samenwerkingsrelatie met de beide andere kerndisciplines hebben (S.B.);
2. welke beroepsuitoefenaars een potentiële samenwerkingsrelatie (en/of samenwerkingsrelatie) met beide andere kerndisciplines hebben (P.S.B.);
3. welke beroepsuitoefenaars een (potentiële) samenwerkingsrelatie met slechts één van de andere disciplines hebben;
4. welke beroepsuitoefenaars geen contact hebben met de beide andere kerndisciplines (G.K.B.).

Voor de zo gekreëerde vier groepen geven we weer dezelfde drie soorten gegevens als bij de kontakten met één andere discipline.

Hierop aansluitend gaan we na of er een verschil bestaat voor deze vier groepen per territoriaal werkgebied.

Tevens gaan we na of deze vier groepen verschillen wat betreft de duur van de beroepsuitoefening en de werklust.

Voor de 2 groepen waarbij sprake is van een (potentiële) samenwerkingsrelatie per andere discipline (en niet met beide andere kerndisciplines) wordt in deze paragraaf tenslotte nagegaan of ze per kontaktrichting tussen twee disciplines verschillen wat betreft frequentie van contact.

Samenwerking per andere discipline.

Uit tabel 10a blijkt dat er meer potentiële samenwerkingsrelaties tussen de 3 kerndisciplines zijn dan samenwerkingsrelaties. De h.a. en w.v.k. hebben zowel de meeste samenwerkingsrelaties onderling als potentiële samenwerkingsrelaties. Bijna de helft van de onderzochte h.a. en w.v.k., die de enquête hebben ingevuld, hebben een samenwerkingsrelatie. De andere "helft" heeft een potentiële samenwerkingsrelatie met elkaar.

De m.w. en w.v.k. werken het minst samen en hebben ook de minste potentiële samenwerkingsrelatie.

Deze bevindingen zijn niet zo vreemd. In paragraaf 2 zagen we reeds dat h.a. en w.v.k. ook de meeste contacten (en vaste contacttijden) met elkaar hebben, terwijl de m.w. en de w.v.k. de minste contacten met elkaar hebben.

Tenslotte geven we zonder kommentaar in tabel 10b de schattingen voor de hele populatie, en wel op twee manieren:

1. de minimaal aanwezige percentages per categorie;
2. de meer reële percentages per categorie.

Tabel 10a: Samenwerking per andere discipline (per kontaktrichting).

	<u>H-M</u>	<u>H-W</u>	<u>M-H</u>	<u>M-W</u>	<u>W-H</u>	<u>W-M</u>
N.I.	6%	3%	9%	3%	4%	3%
S.	35%	45%	43%	33%	43%	21%
P.S.	40%	47%	43%	30%	53%	28%
K.	4%	1%	5%	2%	1%	5%
G.K.	15%	4%	---	33%	---	43%
(n=)	160	160	67	67	127	127

* Percentages ten opzichte van de totale groep respondenten.

Tabel 10b: Minimale en reële percentages per categorie voor de totale populatie*.

	<u>H-M</u>	<u>H-W</u>	<u>M-H</u>	<u>M-W</u>	<u>W-H</u>	<u>W-M</u>
N.I.						
S.	37% (27%)	47% (34%)	48% (46%)	34% (33%)	44% (38%)	23% (20%)
P.S.	43% (31%)	48% (35%)	48% (46%)	31% (31%)	55% (47%)	30% (26%)
K.	4% (3%)	1% (1%)	4% (4%)	2% (1%)	1% (1%)	5% (4%)
G.K.	15% (38%)	4% (30%)	- (4%)	33% (36%)	- (14%)	43% (51%)
	99% (100%)	100% (100%)	100% (100%)	100% (100%)	100% (100%)	101% (101%)
(n=)	(160)(221)	(160)(221)	(67)(70)	(67)(70)	(127)(147)	(127)(147)

* Uitspraken zijn gedaan over beroepsuitoefenaars met wie men het meest contact heeft.

Samenwerking met beide andere disciplines.

Eén van de 3 kerndisciplines kan binnen één andere of beide andere een (potentiële) samenwerkingsrelatie hebben. Van de 3 disciplines werken de h.a. het meest (70%) samen met beide andere disciplines (tabel 11a). Dit is echter niet toe te schrijven aan het aantal h.a. dat een samenwerkingsrelatie heeft met beide andere disciplines. Dit (relatieve) aantal is voor de drie disciplines ongeveer gelijk. De 70% komt vooral door de 49% van de h.a. die potentieel samenwerkt met beide andere disciplines.

Voor zover er niet met beide wordt samengewerkt, maar met één van beide, werken de h.a. in ieder geval samen met de w.v.k., de m.w. met de h.a. en de w.v.k. met de h.a.

We kunnen hieruit konkluderen, dat wanneer er samenwerkingsrelaties bestaan deze in ieder geval met de h.a. plaatsvinden. Men zou kunnen zeggen dat de h.a. fungeert als 'spil' van samenwerkingsrelaties.

Voor de schatting van de percentages in de populatie wordt zonder commentaar verwezen naar tabel 11b.

Tabel 11a: Samenwerking met beide andere disciplines (per beroepsgroep)

	<u>HA:</u>	<u>MW:</u>	<u>WVK:</u>
N.I.	1%	8%	5%
S. (met beide)	21%	25%	17%
P.S. (met beide)	49%	31%	33%
	m.w. 6%	h.a. 30%	h.a. 46%
	w.v.k. 23%	w.v.k. 6%	m.w. ---
G.K.	1%	---	
(n=)	160	67	127

*percentages ten opzichte van totale groep respondenten.

Tabel 11b: Minimale en reële percentages voor de totale populatie (per beroepsgroep)*.

	<u>HA</u>	<u>MW</u>	<u>WVK</u>
N.I.			
S.	22% (16%)	27% (26%)	18% (15%)
P.S.	49% (36%)	34% (33%)	35% (30%)
	m.w. 6% (4%)	h.a. 33% (31%)	h.a. 48% (41%)
	w.v.k. 23% (17%)	w.v.k. 6% (6%)	m.w. --- (---)
G.K.	<u>1% (28%)</u>	<u>--- (4%)</u>	<u>--- (14%)</u>
	101% (101%)	100% (100%)	101% (100%)
(n=)	(160) (221)	(67) (70)	(127) (147)

* Uitspraken zijn gedaan over beroepsuitoefenaars met wie men het meest contact heeft.

Samenwerking met beide andere disciplines en achtergrond-gegevens.

Uit Tabel 12 blijkt dat naar mate de werklast zwaarder is, alle 3 disciplines er in lichte mate toe neigen om meer (al dan niet potentieel) samen te werken met beide andere disciplines. In het merendeel van de gevallen gaat het hier om potentiële samenwerking.

Deze konstatering gaat in tegen hetgeen we in punt h (paragraaf 1) verondersteld hebben, nl.: "Naarmate het aantal cliënt-/patiëntkontakten daalt, mag men verwachten dat er meer ruimte is voor samenwerking (deze kost per slot van rekening óók tijd)".

De gegevens in de tabel doen echter vermoeden dat juist wanneer het aantal cliënt-/patiëntkontakten toeneemt, de beroepsuitoefenaars meer behoefte hebben om (al dan niet potentieel) samen te werken.

Tabel 12: Verband tussen werklast en (potentiële) samenwerkingsrelatie(s). (per discipline)

<u>h.a.</u>	<u>Werklast</u>		
	<u>licht</u>	<u>middel</u>	<u>zwaar</u>
S.	19%	24%	18%
P.S.	42%	48%	59%
M.W.	8%	2%	6%
W.V.K.	31%	26%	12%
G.K.	---	---	4%
n=(%)	52 (100%)	46 (100%)	49 (100%)
 <u>m.w.</u>			
S.	26%	27%	32%
P.S.	21%	23%	53%
H.A.	42%	50%	5%
W.V.K.	11%	---	11%
G.K.	---	---	---
n=(%)	19 (100%)	22 (100%)	19 (100%)
 <u>w.v.k.</u>			
S.	8%	15%	27%
P.S.	39%	36%	34%
H.A.	53%	48%	39%
M.W.	---	---	---
G.K.	---	---	---
n=(%)	36 (100%)	33 (100%)	44 (100%)

Er is geen duidelijk verband tussen de duur van beroepsuitoefening en het hebben van een samenwerkingsrelatie en/of potentiële samenwerkingsrelatie. Wel zijn er enkele opmerkelijke verschillen, die echter niet in een bepaalde richting wijzen.

Misschien heeft de duur van de beroepsuitoefening een verschillende invloed ten aanzien van het al dan niet samenwerken.

Tabel 13: Verband tussen duur van beroepsuitoefening en (potentiële) samenwerkingsrelatie(s).

	<u>duur van beroepsuitoefening</u>		
<u>h.a.</u>	<u>kort</u>	<u>middel</u>	<u>lang</u>
S.	25%	17%	19%
P.S.	38%	56%	53%
M.W.	10%	5%	4%
W.V.K.	25%	22%	23%
G.K.	3%	---	1%
n=(%)	40 (100%)	41 (100%)	75 (100%)
<u>m.w.</u>			
S.	26%	38%	14%
P.S.	30%	29%	50%
H.A.	37%	29%	29%
W.V.K.	7%	5%	7%
G.K.	---	---	---
n=(%)	27 (100%)	21 (100%)	14 (100%)
<u>w.v.k.</u>			
S.	22%	24%	9%
P.S.	32%	35%	39%
H.A.	47%	41%	52%
M.W.	---	---	---
G.K.	---	---	---
n=(%)	60 (100%)	17 (100%)	44 (100%)

Bij vergelijking van de 5 territoriale werkgebieden met betrekking tot (potentiële) samenwerking, blijken de 3 kerndisciplines het meest onderling samen te werken in werkgebied 4 (Heerenveen en omstreken). Dit zou mogelijkterwijs samen kunnen hangen met de dichtheid (aantal inwoners per beroepsuitoefenaar) in werkgebied 4.

Wel hebben de h.a. en de m.w. in dit werkgebied het kleinste (potentiële) patiënten-/kliëntenbestand in vergelijking met de andere vier werkgebieden, zoals we zien in 1f.

Tabel 14: Verband tussen territoriale werkgebieden en (potentiële) samenwerkingsrelatie(s) (Per discipline)

	<u>Werkgebieden</u>				
<u>h.a.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
S.	17%	12%	21%	39%	16%
P.S.	53%	47%	38%	42%	61%
M.W.	4%	6%	10%	8%	11%
W.V.K.	25%	35%	31%	12%	16%
G.K.	2%	---	---	---	3%
n=(%)	53 (100%)	17(100%)	29(100%)	26(100%)	31(100%)
<u>m.w.</u>					
S.	29%	33%	11%	70%	9%
P.S.	35%	33%	33%	20%	45%
H.A.	29%	33%	50%	---	36%
W.V.K.	6%	---	6%	10%	9%
G.K.	---	---	---	---	---
n=(%)	17(100%)	6(100%)	18(100%)	10(100%)	11(100%)
<u>w.v.k.</u>					
S.	9%	29%	8%	31%	18%
P.S.	34%	29%	42%	25%	36%
H.A.	56%	41%	50%	44%	46%
M.W.	---	---	---	---	---
G.K.	---	---	---	---	---
n=(%)	32(100%)	17(100%)	26(100%)	16(100%)	18(100%)

Frekwentie van het kontakt en samenwerking per kontaktrichting.

Wanneer we kijken naar het verband tussen frekwentie van het kontakt en samenwerking per andere discipline dan zien we dat alle 3 relaties frekwenter kontakt hebben met elkaar wanneer er wordt samengewerkt dan wanneer er van potentiële samenwerking sprake is. Met name tussen h.a. en w.v.k. is dit sterk het geval.

Tabel 15: Aantal kontakten "vaker dan eens per maand" voor samenwerkingsrelaties en potentiële samenwerkingsrelaties (per relatie).

	<u>S.</u>	<u>P.S.</u>	<u>nS</u>	<u>nPS</u>
H-M	54%	43%	56	63
M-H	76%	57%	29	28
M-W	36%	10%	22	20
W-M	33%	17%	27	35
W-H	98%	73%	53	66
H-W	96%	77%	72	73

4. Beoordeling van de kontakten door de drie kerndisciplines.

Inleiding.

In de vorige twee paragrafen is een beeld geschetst van allerlei soorten kontakten die bestaan tussen de drie kerndisciplines. Tevens is nagegaan in hoeverre we bij deze kontakten kunnen spreken over samenwerking of potentiële samenwerking. Een oordeel over de bestaande kontakten is hiermee echter niet gegeven. Om een indruk te krijgen hoe de kontakten ervaren worden is de drie kerndisciplines gevraagd het genoemde contact te beoordelen. Bij de beoordeling van de kontakten tussen de drie kerndisciplines beperken we ons uiteraard tot de beroepsuitoefenaars die aangeven wel contact te hebben. Bovendien beperken de uitspraken zich in principe tot de persoon met wie men het meest contact heeft.

De beoordeling van de kontakten vindt plaats in één van de volgende 3 categorieën: zeer bevredigend, tamelijk bevredigend en onbevredigend.

Naast een globale beoordeling volgens de bovenstaande categorieën is bovendien gevraagd naar redenen voor deze globale beoordeling. We houden ons in deze paragraaf eerst bezig met de globale beoordeling van de kontakten door de 3 disciplines, vervolgens met de vraag of deze beoordeling verschilt voor beroepsuitoefenaars die samenwerken dan wel potentiële samenwerken binnen een contactrichting.

Tenslotte gaan we in op de aangegeven redenen. Bij de twee laatste punten hebben we de drie oorspronkelijke beoordelingscategorieën teruggebracht tot twee:

1. zeer bevredigend
2. niet optimaal bevredigend.

Globale beoordeling.

Bij de beoordeling van de kontakten tussen de drie kerndisciplines onderling (zie tabel 16) is het merendeel van de beroepsuitoefenaars van mening dat deze 'tamelijk bevredigend' of 'zeer bevredigend' zijn. De meeste beroepsuitoefenaars geven een 'tamelijk bevredigende' beoordeling. Een uitzondering hierop is de beoordeling van de h.a. van de relatie met de w.v.k.. Van de h.a. geeft 57% aan de kontakten met de w.v.k. als 'zeer bevredigend' te beoordelen. Opmerkelijk hierbij is dat de w.v.k. de kontakten met de h.a. voornamelijk als 'tamelijk bevredigend' beoordelen. Een zelfde soort verschil in de beoordeling van de wederzijdse kontakten vinden we bij de relatie tussen de m.w. en de w.v.k.

Alleen de kontakten tussen de h.a. en de m.w. worden door beide min of meer éénstemmig beoordeeld.

Tabel 16: Beoordeling van het kontakt.

<u>Kontakt-</u> <u>soort</u>	<u>Oordeel (aantal in percentages)</u>			(n=)
	<u>zeer</u> <u>bevredigend</u>	<u>tamelijk</u> <u>bevredigend</u>	<u>onbevredigend</u>	
H-M	35%	52%	13%	135
M-H	33%	63%	3%	63
M-W	13%	73%	13%	45
W-M	37%	56%	7%	68
W-H	30%	58%	12%	125
H-W	57%	35%	8%	152

Samenwerking per kontaktrichting.

In de onderstaande tabel wordt per relatie de percentages zeer bevredigende kontakten gegeven voor de beroepsuitoefenaars die volgens onze werkdefinitie een samenwerkingsrelatie of potentiële samenwerkingsrelatie binnen een kontaktrichting hebben.

Bij een samenwerkingsrelatie worden de kontakten vaker 'zeer bevredigend' beoordeeld door de drie disciplines dan bij een potentiële samenwerkingsrelatie. Een uitzondering hierop zijn de m.w. ten aanzien van de w.v.k.. Bij een potentiële samenwerkingsrelatie geven de m.w. ten aanzien van de w.v.k. vaker een 'zeer bevredigend' oordeel dan binnen een samenwerkingsrelatie.

Verder zien we hetzelfde beeld als reeds geschetst is bij de globale beoordeling. Binnen de relatie m.w. - h.a. bestaat redelijke overeenstemming in de beoordeling. De andere relaties (m.w. - w.v.k. en h.a. - w.v.k.) verschillen in de beoordeling.

We weten niet op grond van dit onderzoek wie met wie kontakt heeft. We mogen dus aannemen dat niet iedereen hetzelfde onderlinge kontakt beoordeelt. Dit zou kunnen inhouden dat verschillen in beoordeling optreden, omdat men over en weer niet dezelfde personen op het oog heeft. Het is onze indruk dat verschillen in beoordeling hier maar ten dele op terug te voeren zijn. Een zekere mate van verschil in beoordeling binnen dezelfde relatie zal dan ook reëel zijn.

Tabel 17: Zeer bevredigende contacten voor samenwerkingsrelaties en potentiële samenwerkingsrelaties per kontaktrichting.

	S.	P.S.	S. (n=)	P.S. (n=)
H-M	48%	25%	56	64
M-H	41%	21%	29	29
M-W	9%	20%	22	20
W-M	46%	31%	26	35
W-H	39%	24%	54	67
H-W	60%	53%	72	74

Redenen

In de enquête is de beroepsuitoefenaars verzocht de reden(en) te geven voor een "zeer bevredigende" óf een "niet zeer bevredigende" kontaktbeoordeling. Onder de "niet zeer bevredigende" kontaktbeoordelers vallen zowel de personen die "tamelijk bevredigend" en "onbevredigend" bij de beoordeling van de contacten hebben geantwoord. Deze categorie noemen we verder niet optimaal bevredigend.

We krijgen aldus een tweedeling, die een beeld schetst van enerzijds welke knelpunten de beroepsuitoefenaars ervaren bij het hebben van contacten onderling en anderzijds aan welke in het oog springende voorwaarden een 'goed' kontakt volgens hen voldoet.

De redenen voor de beoordeling van een kontakt zijn in 4 hoofdkategorieën onderverdeeld (zowel voor positieve als voor negatieve redenen):

1. persoonsgebonden zaken, zoals visie op elkaar, openheid, inbreng (initiatief).
2. beroepsgebonden zaken, zoals deskundigheid, verantwoordelijkheid ten aanzien van patiënt/kliënt.
3. strukturele zaken, zoals kontakt/tijd en beleid.
4. overige zaken, hieronder vallen alle redenen die niet in de bovenstaande categorieën onder te brengen zijn.

Men heeft de mogelijkheid om bij de beantwoording van de vraag in meerdere categorieën te antwoorden. Dit houdt in dat er dan ook meer verschillende antwoorden zijn dan respondenten. In de tabellen tellen percentages dan ook niet tot 100%, maar tot meer dan 100%.

In tabel 18 staat per kontaktrichting aangegeven welke redenen genoemd zijn voor een niet optimaal bevredigend kontakt.

De 3 disciplines, die voor het merendeel de kontakten onderling als niet optimaal bevredigend beoordelen, zijn met name ontevreden over elkaar wat betreft de strukturele zaken. Een uitzondering hierop zijn de w.v.k. in hun kontakten met de h.a.: van de 70% w.v.k. die aangeven de kontakten met de h.a. niet optimaal bevredigend te beoordelen geeft 39% aan ontevreden te zijn over persoonsgebonden zaken ten aanzien van de h.a., met name over gebrek aan initiatief bij het opnemen/onderhouden van kontakt.

Tabel 18: Reden niet optimaal bevredigend kontakt.

<u>Kode</u>	<u>H-M</u>	<u>H-W</u>	<u>M-H</u>	<u>M-W</u>	<u>W-H</u>	<u>W-M</u>
pers.	14%	26%	17%	18%	39%	21%
beroep.	33%	26%	29%	21%	15%	19%
strukt.	42%	41%	29%	21%	26%	40%
anders	13%	5%	5%	26%	6%	2%
geen	19%	18%	29%	28%	27%	26%
(n=)*	88	66	42	39	88	43

*de aantallen verwijzen naar de mensen die het kontakt als "niet zeer bevredigend" (tamelijk bevredigend en onbevredigend) beoordelen.

Wanneer de 3 disciplines onderling de kontakten als "zeer bevredigend" beoordelen, wordt door alle 3 disciplines het meest frekvent beroepsgebonden zaken als reden aangevoerd, zoals we zien in tabel 19. Men vindt dus van elkaar bij zeer bevredigende kontaktbeoordeling dat de "ander" zijn/haar werk goed doet.

Bij zeer bevredigende kontaktbeoordeling wordt door alle 3 disciplines, na beroepsgebonden zaken, het meest frekvent als reden persoonsgebonden zaken aangegeven. Men is dan met name zeer tevreden over het initiatief en de openheid van de ander.

Opmerkelijk is dat structurele factoren niet al te vaak worden genoemd in vergelijking met persoons- en beroepsgebonden factoren. Structurele factoren worden nl. wel vaak gegeven als een reden voor een "niet zeer bevredigend" kontakt. Men kan zich afvragen in hoeverre structurele factoren een impliciete voorwaarde zijn voor een bevredigend kontakt.

Tabel 19: Reden zeer bevredigend kontakt.

<u>Kode</u>	<u>H-M</u>	<u>H-W</u>	<u>M-H</u>	<u>M-W</u>	<u>W-H</u>	<u>W-M</u>
pers.	38%	33%	43%	16%	41%	40%
beroep.	57%	51%	57%	83%	41%	56%
strukt.	21%	28%	29%	16%	32%	12%
anders.	--	2%	10%	16%	8%	8%
geen.	9%	12%	--	--	--	4%
(n=)*	47	86	21	6	37	25

*De aantallen verwijzen naar de mensen die het kontakt als "zeer bevredigend" beoordelen.

5. Deelname aan overlegvormen en/of gezondheidscentra.

Volgens de werkdefinitie is er pas sprake van een samenwerkingsrelatie wanneer tenminste aan 2 voorwaarden is voldaan:

1. het contact behelst voornamelijk overleg over de uitvoerende hulpverlening;
2. het contact vindt regelmatig (op een vast tijdstip) plaats.

Deelname aan overlegvormen verwijst naar voorwaarde 2. Overlegvormen en gezondheidscentra zijn gestructureerde vormen van overleg/samenwerking en samenwerkingsinitiatieven in een voorbereidende fase. De kontakten binnen de overlegvormen vinden in ieder geval regelmatig plaats (op een vast tijdstip), ongeacht de inhoud van deze kontakten.

Bij een gezondheidscentrum is sprake van een samenwerkingsrelatie in de zin van onze werkdefinitie, omdat hierbinnen aan beide voorwaarden wordt voldaan.

Bij overlegvormen daarentegen, is het niet altijd duidelijk of de uitvoering van de hulpverlening. (één van de) hoofdonderwerp(en) van gesprek is.

In deze paragraaf gaan we eerst in op een aantal overlegvormen, vervolgens wordt iets gezegd over gezondheidscentra en initiatieven tot het aangaan van overlegvormen. Op het eind van deze paragraaf stellen we ons twee vragen:

1. Verschilt de deelname aan overlegvormen al naar gelang men samenwerkt met beide andere disciplines of met beide andere disciplines potentiëel samenwerkt?
2. Verschilt de deelname aan overlegvormen per onderscheiden werkgebied?

Deelname aan overlegvormen.

Er zijn natuurlijk allerlei vormen van overleg tussen de 3 kerndisciplines mogelijk, die we niet alle onderzoeken. In de enquête hebben we ons tot de 4 meest voorkomende overlegvormen beperkt. Deze zijn:

1. incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg;
2. sociaal kafé;
3. hometeam;
4. welzijnsoverleg;

Met incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg wordt bedoeld een tamelijk vrijblijvende bijeenkomst van één of meer hulpverleners die gezamenlijk spreken over de situatie van een bepaalde patiënt/kliënt.

Met een sociaal kafé wordt bedoeld op tamelijk regelmatige (eenmaal per 4 of 6 weken), informele bijeenkomsten van meestal een groot aantal hulpverleners (h.a., m.w., w.v.k., wijkagenten, pastores, etc.) uit een bepaald geografisch afgebakend werkgebied (dorp, buurt, wijk). Ze zijn bedoeld om enerzijds de onderlinge kennismaking te bevorderen, anderzijds bieden ze de deelnemers de gelegenheid om elkaar te consulteren over problemen van individuele patiënten of cliënten.

Het hometeam kan omschreven worden als een geregeld overleg (bijv. een wekelijkse patiëntenbespreking) tussen vertegenwoordigers van verschillende disciplines. Meestal betreft het hier h.a., m.w. en w.v.k.

Onder welzijnsoverleg ('funktionarissenkontakten') wordt verstaan regelmatige, tamelijk vrijblijvende bijeenkomsten van hulpverleners, die allen gezamenlijk over algemene vraagstukken van hulpverlening spreken.

Binnen een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg en binnen een hometeam staat de patiënt/cliënt centraal bij de gespreksonderwerpen. Deze beide overlegvormen behoren volgens onze werkdeterminatie dan ook tot samenwerkingsrelaties. Van een sociaal kafé en welzijnsoverleg is het niet duidelijk wat precies de inhoud van de kontakten is en in hoeverre de patiënt/cliënt centraal hierin staat.

Van de 3 disciplines die deelnemen aan overlegvormen, heeft het merendeel van de beroepsuitoefenaars overleg binnen een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg en een hometeam, m.a.w. binnen een overlegvorm die we kunnen aanmerken als een gestructureerde samenwerkingsvorm.

De m.w. nemen het meest talrijk deel aan elk van de 4 overlegvormen in vergelijking met de h.a. en de w.v.k. Het merendeel van de h.a. (30%) en de m.w. (40%) neemt deel aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg. Bij de w.v.k. heeft het merendeel (20%) overleg binnen een hometeam. Eén en ander valt af te lezen uit tabel 20.

Tabel 20: Aantal respondenten deelnemend aan 4 overlegvormen.

<u>Overleg- vorm</u>	<u>Disciplines</u> - aantal (%) "ja" -		
	<u>H.A.</u>	<u>W.V.K.</u>	<u>M.W.</u>
incidenteel	30%	15%	40%
sociaal kafé	8%	10%	14%
hometeam	22%	20%	25%
welzijns- overleg	8%	9%	36%
(n=)	95	63	70

Men kan natuurlijk aan meerdere vormen van overleg deelnemen. We kunnen dus een onderscheid maken tussen beroepsuitoefenaars die niet deelnemen aan enige vorm van overleg en beroepsuitoefenaars die aan één of meerdere overlegvormen deelnemen.

Tabel 21: Disciplines.

<u>deelnemen aan</u>	<u>H.A.</u>	<u>W.V.K.</u>	<u>M.W.</u>
geen overleg	41%	50%	19%
één overlegvorm	41%	37%	48%
twee overlegvormen	9%	6%	19%
drie overlegvormen	1%	---	6%
vier overlegvormen	---	---	---
n=	160	127	67

Uit tabel 21 blijkt van 41% van de h.a., 50% van de w.v.k. en 19% van de m.w. aan geen enkele vorm van overleg deelnemen. Tevens zijn er geen beroepsuitoefenaars die aan alle vier overlegvormen deelnemen. De m.w. nemen in vergelijking met de h.a. en de w.v.k. vaker deel aan één of meer overlegvormen.

Deelname aan gezondheidscentrum.

Er blijkt in Friesland één gezondheidscentrum te functioneren. Er zijn 3 h.a., 6 w.v.k. en 1 m.w. die aangeven verbonden te zijn aan dit gezondheidscentrum.

Een gezondheidscentrum kan omschreven worden als*:

"Een vast samenwerkingsverband van de disciplines huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende, dat kan beschikken over een centraal adres voor advies en hulp, met adequate outillage en/of met beschikking over faciliteiten ten behoeve van een voor de samenwerkende medewerkers gelijke bevolkingsgroep."

Tabel 22: Deelname aan samenwerkingsverband in oprichting.

<u>Disciplines</u>	<u>Per beroepsgroep (aantal (%) "ja")</u>	<u>(n=)</u>
h.a.	9%	160
w.v.k.	10%	127
m.w.	15%	67

Van de h.a. neemt 9%, van de w.v.k. 10% en van de m.w. 15% deel aan een samenwerkingsverband in oprichting. Twee h.a., 4 w.v.k. en 1 m.w. geven hierbij aan dat het gaat om een multi-disciplinair overleg. Aan een hometeam in oprichting nemen 2 van de h.a. en 1 m.w. deel. Twee van de 10 m.w. nemen deel aan een welzijnsoverleg in oprichting.

*uit de "Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra".

We gaan nu de 2 vragen bekijken die we ons in het begin van deze paragraaf gesteld hebben, nl.:

1. Verschilt de deelname aan overlegvormen al naar gelang men samenwerkt met beide andere disciplines of met beide andere disciplines een potentiële samenwerkingsrelatie heeft?
2. Verschilt de deelname aan overlegvormen per onderscheiden werkgebied?

We maken eerst een onderscheid tussen de beroepsuitoefenaars die niet aan enige vorm van overleg deelnemen en beroepsuitoefenaars die wel aan een overlegvorm deelnemen.

Tabel 23: Wel/geen deelname aan overlegvormen (per discipline).

	<u>disciplines</u>		
	<u>h.a.</u>	<u>w.v.k.</u>	<u>m.w.</u>
geen deelname	41%	50%	19%
wel deelname	51%	43%	73%
(n=)	146	119	62

Opmerkelijk is dat 73% van de m.w. deelneemt aan enige vorm van overleg, vergeleken bij de h.a. en w.v.k. Deze nemen voor ongeveer de helft deel aan enige overlegvorm. H.a., w.v.k. en m.w. die een samenwerkingsrelatie hebben, nemen frequenter deel aan een hometeam dan de beroepsuitoefenaars die een potentiële samenwerkingsrelatie hebben.

De andere percentageverschillen zijn te klein om te kunnen spreken van een duidelijk beeld. Dit geldt te meer wanneer we naar de aantallen kijken waarop de percentages gebaseerd zijn.

Bij deelname aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg zien we wat de h.a. betreft het omgekeerde: h.a. die een potentiële samenwerkingsrelatie hebben nemen vaker deel hieraan dan h.a. die een samenwerkingsrelatie hebben.

Tabel 24: Aantal respondenten die  n een samenwerkingsrelatie en/of potentiële samenwerkingsrelatie hebben met beide andere disciplines  n deel nemen aan een overlegvorm (per beroepsgroep)*.

<u>H.A.</u>	<u>S.B.</u>	<u>P.S.B.</u>	<u>nS.B.</u>	<u>nP.S.B.</u>
incid. mult. disc.	19%	25%	32	77
sociaal kafé	9%	10%	32	77
hometeam	34%	15%	32	72
welzijnsoverleg	16%	8%	31	72
 <u>M.W.</u>				
incid. mult. disc.	41%	33%	17	21
sociaal kafé	18%	10%	17	21
hometeam	35%	16%	17	19
welzijnsoverleg	38%	42%	16	19
 <u>W.V.K.</u>				
incid. mult. disc.	19%	10%	21	42
sociaal kafé	19%	10%	21	42
hometeam	57%	18%	21	38
welzijnsoverleg	10%	16%	21	38

*Percentages zijn t.o.v. de totale groep respondenten die een samenwerkingsrelatie en/of potentiële samenwerkingsrelatie met beide andere disciplines hebben.

Door de 3 disciplines wordt het meest frekwent deelgenomen aan een incidenteel multi-disciplinair overleg en/of hometeam, wanneer er sprake is van deelname aan enige overlegvorm.

Wanneer we deze 2 overlegvormen per werkgebied vergelijken, dan blijkt er niet het meest frequent in werkgebied 4 door alle drie de disciplines aan deze overlegvormen te worden deelgenomen. Dit is opmerkelijk omdat er wel meer contacten en samenwerkingsrelaties in werkgebied 4 plaatsvinden, in vergelijking met de andere vier werkgebieden.

Wat wel opvalt is dat er een aantal "uitschieters" zijn voor de respondentengroep.

Van de h.a. geeft 35% uit werkgebied 1 en 37% uit werkgebied 3 aan deel te nemen aan een incidenteel multidisciplinair patiëntenoverleg. In werkgebied 4 neemt 25% van de w.v.k. en 50% van de m.w. hier aan deel.

Aan een hometeam neemt 29% van de w.v.k. uit werkgebied 2 en 5 deel, terwijl 42% van de m.w. uit werkgebied 4 en 54% uit werkgebied 5 ook aangeven aan een hometeam deel te nemen.

Tabel 25: Aantal respondenten per werkgebied*, die deelnemen aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg en hometeam (per discipline).

<u>h.a.</u>	<u>Werkgebieden</u>				
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
incid. mult. disc.	35%	17%	37%	19%	27%
(n=)	54	17	30	26	30
hometeam	14%	19%	30%	28%	25%
(n=)	50	13	29	24	31
 <u>w.v.k.</u>					
incid. mult. disc.	10%	7%	14%	25%	14%
(n=)	35	19	26	16	29
hometeam	15%	29%	8%	19%	29%
(n=)	32	19	23	16	29
 <u>m.w.</u>					
incid. mult. disc.	40%	33%	41%	50%	30%
(n=)	19	6	18	12	12
hometeam	7%	17%	12%	42%	54%
(n=)	19	6	18	10	10

*Percentages zijn t.o.v. het totale aantal respondenten per werkgebied.

6. Kontakt(en) met andere disciplines/hulpverleners.

Eén van de vragen van dit onderzoek behelst een globale inventarisatie van het aantal kontakten dat vanuit de drie kerndisciplines wordt onderhouden met andere disciplines/hulpverleners.

In deze paragraaf worden alléén de kontakten die vaak genoemd worden per disciplines weergegeven.

Voor een overzicht van alle kontakten, welke de 3 kerndisciplines met andere disciplines/hulpverleners onderhouden, wordt verwezen naar een bijlage (die wordt opgenomen in DEEL IV van het onderzoeksrapport).

Bij de vraag naar andere kontakten kunnen door de respondent meerdere disciplines/hulpverleners aangegeven worden. Opvallend hierbij is de veelheid van verschillende disciplines/hulpverleners die door de 3 kerndisciplines genoemd zijn.

De kontakten met andere disciplines/hulpverleners zijn in 3 categorieën opgesplitst:

1. Disciplines/hulpverleners welke vallen onder gezondheidszorg;
2. Disciplines/hulpverleners welke vallen onder de welzijnszorg;
3. Groep overigen. Hieronder vallen de disciplines/hulpverleners welke noch onder gezondheidszorg, noch onder welzijnszorg ondergebracht kunnen worden óf onder te brengen zijn in beide groeperingen.

Per categorie wordt aangegeven met welke disciplines/hulpverleners de 3 kerndisciplines afzonderlijk de meeste kontakten hebben.

1. Gezondheidszorg.

De h.a. hebben binnen de gezondheidszorg de meeste kontakten (41%) met de fysiotherapeuten en de Sociaal-Psychiatrische Dienst/Sociaal Geriatrieche Dienst (resp. 14% en 9%).

De w.v.k. hebben binnen deze categorie het meest (14%) kontakt met een kraamcentrum, de m.w. met de Sociaal-Psychiatrische Dienst (12%).

2. Welzijnszorg.

De h.a. hebben binnen deze categorie de meeste kontakten met gezinszorg (20%), sociale zaken (15%) en bejaardenzorg (14%). Ook de w.v.k. en m.w. hebben hierbinnen veel kontakt met gezinszorg (resp. 55% en 28%) en bejaardenzorg (resp. 43% en 16%).

De m.w. hebben tevens veelvuldige kontakten met sociale zaken (36%).

3. Overige.

Zowel h.a., w.v.k., als m.w. geven aan veelvuldig contacten te hebben met de pastores/kerkelijke instanties (resp. 49%, 30% en 37%).

Bij de m.w. wordt ook veel contact aangegeven met politie (31%) en bureau rechtshulp/advocatuur (16%). Vergelijken we de 3 kerndisciplines, dan valt op dat zowel h.a., w.v.k. als m.w. veelvuldig contacten hebben met pastores/kerkelijke instanties (resp. 49%, 30% en 37%), gezinszorg (resp. 20%, 55% en 28%) en bejaardenzorg (resp. 14%, 43% en 16%).

De h.a. en m.w. hebben tevens vaak contacten met sociale zaken (resp. 15% en 36%).

7. Visie op samenwerking.

De visie op samenwerking is gebaseerd op een open vraag. Deze is in de enquête opgenomen om suggesties, belevingen, kritieken e.d. welke bij de onderzochte beroepsuitoefenaars (kunnen) leven te inventariseren. In dit rapport worden alleen de belangrijkste opmerkingen per beroepsgroep gegeven. Voor de volledige uitwerking van deze vraag verwijzen we naar deel IV (bijlagen) van het onderzoeksrapport. De verscheidenheid van opmerkingen is te groot en het aantal te gering om er éénduidige konklusies uit te kunnen trekken. We volstaan dan ook met het geven van een indruk van de antwoorden op deze vraag, en laten na - op dit moment - verregaande konklusies te trekken. De opmerkingen van de respondenten ten aanzien van de samenwerking zijn in vier klassen verdeeld, te weten:

1. opmerkingen van de h.a., de w.v.k. en de m.w. over zichzelf als deelnemer(s) aan de samenwerking.
2. opmerkingen van de h.a., de w.v.k. en de m.w. over de vorm van het overleg.
3. opmerkingen over verschillen tussen het platteland (dorp) en de stad wat betreft samenwerking.
4. teleurstellingen en suggesties.

De huisartsen.

1. De h.a. als deelnemer aan de samenwerking.
In deze kategorie hebben 22 h.a. geantwoord.
 - a. Een aantal h.a. vinden dat persoonlijke aspecten belangrijk zijn bij samenwerking.
 - b. Enkele h.a. staan scepties tegenover het nut van samenwerking met de m.w. en de w.v.k., andere h.a. wijzen juist op het belang van het m.w., de w.v.k. de gezinsverzorging en het bejaardenwerk bij samenwerking.
2. De h.a. en de vorm van het overleg.
In deze kategorie hebben 26 h.a. geantwoord. Er zijn opmerkingen gemaakt door voor- en tegenstanders van een vaste, geregelde vorm van overleg. De tegenstanders zijn licht in de meerderheid.
3. De verschillen tussen het platteland en de stad.
De h.a. wijzen erop dat aan samenwerking op het platteland op een andere wijze vorm moet worden gegeven dan in een stad, omdat het platteland in vele opzichten verschillend van de stad is.
4. Teleurstellingen en suggesties.
In deze kategorie hebben 88 h.a. geantwoord.

- a. Een kwart van de h.a. vindt overleg te veel tijd kosten en niet rendabel.
- b. Slechte ervaringen met teamleden en besturen van instellingen heeft bij een aantal h.a. geleid tot een negatief oordeel over samenwerking.
- c. Een groot aantal h.a. heeft een voorkeur voor overleg (al dan niet regelmatig) in een kleine groep.
- d. Enkele h.a. spreken de wens uit voor een hometeam of bepleiten de oprichting van gezondheidscentra.

De wijkverpleegkundigen.

1. De w.v.k. als deelnemer aan de samenwerking.
Binnen deze categorie hebben 39 w.v.k. geantwoord.
 - a. Bijna de helft van de w.v.k. die binnen deze categorie geantwoord hebben, vinden persoonlijke aspecten en overleg belangrijk bij samenwerking.
 - b. Een aantal w.v.k. zijn van mening dat de h.a. slecht aan te spreken zijn op hun handelen door het vrije ondernemerschap van de h.a.
2. De w.v.k. en de vorm van overleg.
Van de w.v.k. hebben 29 binnen deze klasse gescoord. Ook hier zijn voor- en tegenstanders van een vaste, geregelde vorm van overleg. Grotere samenwerkingsverbanden worden vooral beleefd als 'eindelooze vergaderingen' zonder doelgerichtheid (16 w.v.k. geven dit aan). Men (11 w.v.k.) is van mening dat het regelmatig patiënten doorspreken in kleine kring meer aansluit bij de eigen behoeften.
3. Opmerkingen over verschillen tussen het platteland en de stad.
Er zijn slechts 3 opmerkingen binnen deze categorie, die gezien het geringe aantal hier niet worden opgenomen, maar in de bijlage deel IV.
4. Teleurstellingen en suggesties.
Binnen deze klasse hebben 6 w.v.k. een antwoord gegeven, 3 daarvan merken op dat het sociaal kafé niet voldoet aan hun verwachtingen.

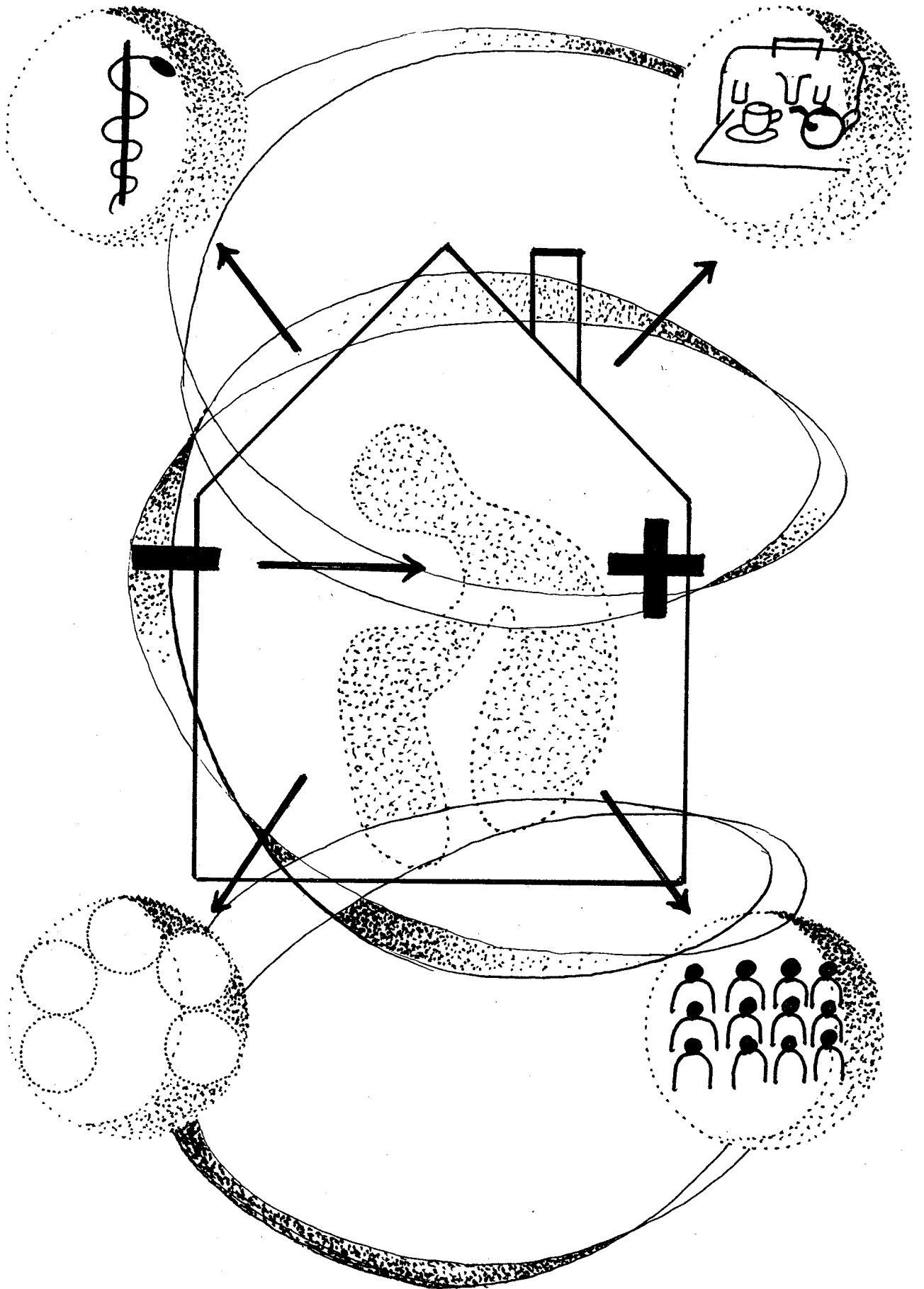
De maatschappelijk werkers.

1. De m.w. als deelnemer aan de samenwerking.
Binnen deze categorie hebben 28 m.w. geantwoord.
 - a. Een aantal m.w. benadrukken dat persoonlijke aspecten (elkaar persoonlijk leren kennen en vertrouwen) belangrijk zijn bij samenwerking.
 - b. Enkele merken op dat verschillende disciplines elkaar hard nodig hebben voor een betere hulpverlening.

- c. Enkele m.w. hebben niet zo'n behoefte aan samenwerking met de h.a., anderen daarentegen zien vooral het contact met de h.a. als waardevol.
2. De m.w. en de vorm van overleg.
Van de 19 m.w. binen deze kategorie is het merendeel van mening dat overleg konstruktief moet zijn en een duidelijke gespreksinhoud moet hebben.
3. De verschillen tussen het platteland en de stad.
Binnen deze kategorie zijn geen opmerkingen van de m.w.
4. Teleurstellingen en suggesties.
Van de 7 m.w. die binnen deze klasse gescoord hebben, geven 5 aan dat grotere samenwerkingsverbanden (home-teams en sociaal kafé) zijn 'doodgebloed'.

Resumé.

De beroepsuitoefenaars die deze laatste vraag in de enquête beantwoord hebben, zijn het erover eens dat persoonlijke aspecten bij samenwerking van belang zijn. Hoewel de meningen over een vaste, geregelde vorm van overleg uiteenlopen, zijn de h.a., de w.v.k. en de m.w. wel van mening dat overleg binnen een kleine kring in ieder geval konstruktief moet zijn en een duidelijke gespreksinhoud moet hebben.



HOOFDSTUK 4 : SAMENVATTING EN KONKLUSIES.

In dit hoofdstuk worden allereerst de belangrijkste konklusies van de resultaten uit hoofdstuk 3 weergegeven. Deze worden per beroepsgroep (huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers) behandeld. De konklusies per beroepsgroep zijn ondergebracht in globaal vier categorieën:

1. Kontakten/samenwerking.
2. Beoordeling kontakten.
3. Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en kontakten met andere disciplines/hulpverleners.
4. Visie op eerstelijnsamenwerking.

Daarna volgt een samenvatting over het functioneren van de drie kerndisciplines onderling. Deze samenvatting is eveneens verdeeld in de bovengenoemde categorieën.

Voor alle duidelijkheid wijzen we er nogmaals op dat de uitspraken van de eerste fase van het onderzoek betrekking hebben op:

1. Alle huisartspraktijken, d.w.z. alle zelfstandig praktiserende huisartsen en daarnaast een aantal groepspraktijken en associaties die als één praktijk beschouwd zijn.
2. Alle wijkverpleegkundigen met uitzondering van:
 - hoofdwijkverpleegkundigen;
 - waarneemsters;
 - "de helft" van tweelingbanen.
3. Alle maatschappelijk werkenden met uitzondering van degenen die zich uitsluitend bezig houden met bijstandsregelingen.

Voor deze drie categorieën geldt, dat zij in de zomer van 1980 werkzaam zijn in Friesland.

Zoals we in hoofdstuk 2 (blz. 22) zien dient de respondent - indien hij opgeeft met meerdere hulpverleners van een andere (zelfde) werksoort kontakten te onderhouden - bij de beantwoording van een aantal vragen een keuze (selectie) te maken. De instructie hierbij is:

'Kies bij de beantwoording van de volgende vragen die hulpverlener met wie u het MEEEST KONTAKT heeft, ongeacht de inhoud van dit kontakt'. De consequentie hiervan is, dat voor uitspraken over samenwerking óók in deze zin sprake is van beperking.

Een onderzoeksvoorstel van de tweede fase is tijdens dit schrijven in voorbereiding. In dit tijdsbestek blijkt het niet mogelijk dit voorstel in dit verslag op te nemen.

In december 1980 wordt het onderzoeksvoorstel voor de tweede fase van het onderzoek besproken met zowel de begeleidingskommissie als de drie contactgroepen van de drie kerndisciplines.

De in dat onderzoeksvoorstel opgenomen 'Schets van een onderzoeksopzet' kan dan nader worden uitgewerkt tot een onderzoeksontwerp. Na goedkeuring van de begeleidingskommissie kan met de uitvoering van de tweede fase van het onderzoek - naar verwachting in januari 1981 - worden begonnen.

A. HUISARTSEN.

Kontakten/samenwerking.

Als er kontakten bestaan, hebben h.a. meer kontakten met w.v.k. dan met m.w. Bijna de helft van deze kontakten zijn vaste kontakttijden met zowel w.v.k. als m.w. In nagenoeg alle kontakten van de h.a. met zowel de w.v.k. als de m.w. wordt er over de patiënt/kliënt gesproken.

In de kontakten tussen h.a. en w.v.k. wordt hierbij voornamelijk gesproken over de lichamelijke toestand van de patiënt. H.a. bespreken met de m.w. voornamelijk de psycho-sociale aspecten van de patiënt.

Wanneer we deze gegevens zien in het licht van al dan niet samenwerken, blijkt in de relatie h.a. - w.v.k. dat voor 45% van de h.a. sprake is van samenwerking en voor 47% sprake van potentiële samenwerking. In de relatie h.a. - m.w. is voor 35% sprake van samenwerking en is voor 40% sprake van potentiële samenwerking.

We konkluderen hieruit dat er tussen h.a. en w.v.k. meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen h.a. en m.w. Hierop aansluitend blijkt er voor 21% van de h.a. samenwerking te bestaan met beide andere disciplines. Voor 49% blijkt er sprake van potentiële samenwerking. Voor zover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de h.a. in ieder geval met de w.v.k. samen.

De meeste kontakten tussen h.a. en w.v.k. vinden 1x per maand of vaker plaats (maar minder dan 1x per week). In ongeveer een kwart van de gevallen vinden kontakten tussen h.a. en w.v.k. wekelijks plaats (1x per week of vaker).

H.a. en m.w. hebben wekelijks (1x per week of vaker) nauwelijks kontakten met elkaar. 41% Van de h.a. heeft 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week) kontakten met de m.w. 56% Van de h.a. heeft minder dan 1x per maand contact met de m.w.

De h.a. nemen in de relatie h.a. - w.v.k. minder vaak het initiatief tot kontaktleggen dan de w.v.k. (zowel h.a. als w.v.k. zijn het hierover eens). In de relatie h.a. - m.w. nemen volgens de h.a. beide partners ongeveer in gelijke mate initiatief tot kontaktleggen. De m.w. zijn het hier niet helemaal mee eens: zij vinden dat in de kontakten met de h.a. het initiatief tot kontaktleggen toch meer van hun kant komt.

Beoordeling kontakten.

Door 43% van de h.a. wordt kontakten met de w.v.k. als niet optimaal bevredigend ervaren. 65% van de h.a. ervaart de kontakten met de m.w. als niet optimaal bevredigend.

De h.a. zijn in de kontakten met de w.v.k. voornamelijk ontevreden over strukturele zaken. Ook zijn de h.a. in de kontakten met de m.w. het meest ontevreden over strukturele zaken : de ' ander ' heeft geen tijd, er is geen regelmatig kontakt en er is te weinig kontakt.

Door 57% van de h.a. wordt de kontakten met de w.v.k. als zeer bevredigend ervaren. 35% van de h.a. ervaart de kontakten met de m.w. als zeer bevredigend. Indien de kontakten als zeer bevredigend worden ervaren zijn de h.a. ten aanzien van zowel de w.v.k. als de m.w. met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en kontakten met andere disciplines/hulpverleners.

30% Van de h.a. neemt deel aan een incidenteel multidisciplinair patiëntenoverleg,
8% aan een sociaal kafé,
22% aan een hometeam en
8% aan een welzijnsoverleg.

Van de h.a. geven er drie aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

Van de h.a. neemt 41% niet deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg

Van de h.a. die buiten de kontakten met de w.v.k. en de m.w. kontakten hebben met andere disciplines/hulpverleners vinden de meeste kontakten plaats met pastores/kerkelijke instanties, gevolgd door fysiotherapeuten. Hoog scoren ook gezinsverzorging, sociale zaken, bejaardenzorg en Sociaal-Psychiatrische Dienst/Sociaal Geriatrieche Dienst.

Visie op eerstelijnsamenwerking.

Wanneer h.a. opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden persoonlijke aspecten als belangrijk ervaren.

Bij sommige h.a. bestaat er twijfel over het nut van het maatschappelijk werk en de rol van de w.v.k. in de samenwerking. Anderen daarentegen wijzen op het belang van w.v.k. en m.w., gezinsverzorging en bejaardenzorg bij samenwerkingsverbanden.

Er zijn zowel voor- als tegenstanders van een vast geregelde vorm van overleg. De tegenstanders zijn iets in de meerderheid. Tevens bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Een aantal h.a. is van mening om vormen van overleg c.q. samenwerkingsverbanden op het platteland/dorp op een andere wijze vorm te geven dan in de stad. Bovendien zijn een aantal h.a. van mening niet in staat te zijn tot efficiënt overleg te komen, dat de rol van instellingen belemmerend werkt in de samenwerking en dat slechte ervaringen bijdragen tot een negatief oordeel over de samenwerking. Tot slot willen enkele h.a. meer overleg in de eigen beroepsgroep en willen 6 h.a. participeren in een gezondheidscentrum.

B. WIJKVERPLEEGKUNDIGEN.

Kontakten/samenwerking.

Als er kontakten bestaan, hebben w.v.k. meer kontakten met h.a. dan m.w. Bijna de helft van deze kontakten zijn vaste kontakttijden met zowel de h.a. als de m.w. In nagenoeg alle kontakten van de w.v.k. met zowel de h.a. als met de m.w. wordt er over de patiënt/kliënt gesproken.

W.v.k. bespreken met de h.a. voornamelijk de lichamelijke aspecten van de patiënt. 11% van de w.v.k. bespreken met de h.a. tevens de leef-, werk- en/of woonsituatie van de patiënt. De w.v.k. bespreken met de m.w. voornamelijk de leef-, werk- en/of woonsituatie van de patiënt.

Gezien in het licht van samenwerking blijkt in de relatie w.v.k. - h.a. 43% van de w.v.k. samen te werken en is voor 53% sprake van potentiële samenwerking. In de relatie w.v.k. - m.w. is voor 21% van de w.v.k. sprake van samenwerking en is voor 28% sprake van potentiële samenwerking.

We konkluderen hieruit dat er tussen w.v.k. en h.a. meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen w.v.k. en m.w. Voor zover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de w.v.k. in ieder geval met de h.a. samen.

In ongeveer een kwart van de gevallen hebben w.v.k. en h.a. wekelijks (1x per week of vaker) kontakten met elkaar. De meeste kontakten tussen w.v.k. en h.a. vinden plaats 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week). De w.v.k. nemen in de relatie w.v.k. - h.a. vaker het initiatief tot kontaktleggen dan de h.a. (zowel w.v.k. als h.a. zijn het hierover eens).

In de relatie w.v.k. - m.w. vinden de w.v.k. dat het initiatief tot kontaktleggen vaker van hun kant komt (de m.w. zijn het hier niet mee eens, zij vinden dat in deze relatie het initiatief tot kontaktleggen vaker van hun kant komt).

Beoordeling kontakten.

Door 70% van de w.v.k. wordt de kontakten met de h.a. als niet optimaal bevredigend ervaren. 63% Van de w.v.k. ervaart de kontakten met de m.w. als niet optimaal bevredigend.

Het merendeel van de w.v.k. is in de kontakten met de h.a. ontevreden over persoonsgebonden zaken. Met name wordt hier bedoeld op het initiatief van de zijde van de h.a.

44% van de w.v.k. is in het kontakt met de m.w. ontevreden over structurele zaken.

Door 30% van de w.v.k. wordt de kontakten met de h.a. als zeer bevredigend ervaren. 37% Van de w.v.k. ervaart de kontakten met de m.w. als zeer bevredigend.

De w.v.k. zijn zowel ten aanzien van de h.a. als de m.w. met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en kontakten met andere disciplines/hulpverleners.

15% Van de w.v.k. neemt deel aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg,

10% aan een sociaal kafé,

20% aan een hometeam en

9% aan een welzijnsoverleg.

Zes w.v.k. geven aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

Van de w.v.k. neemt 50% niet deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg/samenwerking.

Van de w.v.k. die buiten de kontakten met de h.a. en de m.w. kontakten hebben met andere hulpverleners/disciplines vinden de meeste kontakten plaats met de gezinsverzorging, gevolgd door de bejaardenzorg. Hoog scoren ook de pastores/kerkelijke instanties.

Visie op eerstelijnsamenwerking.

Wanneer w.v.k. opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden persoonlijke aspecten als belangrijk ervaren. Sommige w.v.k. staan gereserveerd ten opzichte van het vrije ondernemerschap van de h.a. Tevens bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Tenslotte zijn enkele w.v.k. van mening dat een sociaal kafé niet voldoet aan de verwachtingen.

C. MAATSCHAPPELIJK WERKER.

Kontakten/samenwerking.

Als er kontakten bestaan, hebben de m.w. meer kontakten met de h.a. dan met de w.v.k.

Als er kontakten bestaan, heeft ongeveer de helft van de m.w. vaste kontakttijden met zowel de h.a. als de w.v.k.

In nagenoeg alle kontakten van de m.w. met zowel de h.a. als de w.v.k. wordt er over de cliënt gesproken.

De m.w. bespreken zowel met de h.a. als met de w.v.k. voornamelijk de psycho-sociale aspecten van de cliënt.

Daarnaast bespreken de m.w. in ongeveer 25% van de gevallen zowel met de h.a. als de w.v.k. Ook andere onderwerpen: met name 'persoonsgebonden zaken', zoals bijvoorbeeld ervaring, evalueren van elkaars functioneren e.d.

In de relatie m.w. - h.a. is in 43% sprake van zowel samenwerking als potentiële samenwerking.

In de relatie m.w. - w.v.k. is in 33% sprake van samenwerking.

We konkluderen hieruit dat er tussen m.w. en h.a. meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen de m.w. en de w.v.k.

M.w. werken in mindere mate samen met de beide andere kerndisciplines dan de h.a., doch in iets meerdere mate dan de w.v.k.

Voorzover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de m.w. in ieder geval met de h.a. samen.

De m.w. en de h.a. hebben wekelijks (1x per week of vaker) nauwelijks kontakten met elkaar.

62% van de m.w. heeft 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week) kontakten met de h.a.

34% van de m.w. heeft daarentegen minder dan 1x per maand kontakten met de h.a.

De m.w. en de w.v.k. hebben wekelijks (1x per week of vaker) nauwelijks kontakten met elkaar.

In een kwart van de gevallen hebben m.w. en w.v.k. 1 x per maand of vaker (maar minder dan 1 x per week) kontakten met elkaar.

De meeste kontakten tussen de m.w. en de w.v.k. vinden plaats minder dan 1x per maand.

De m.w. vinden in hun relatie met de h.a. dat het initiatief tot kontaktleggen meer van hun kant komt (de h.a. zijn het hier niet helemaal mee eens: zij vinden dat beide partners ongeveer in gelijke mate het initiatief tot kontaktleggen nemen).

In de relatie met de w.v.k. vinden de m.w. dat het initiatief tot kontaktleggen vaker van hun kant komt (de w.v.k. zijn het hier niet mee eens: zij vinden dat in deze relatie het initiatief tot kontaktleggen vaker van hun kant komt).

Beoordeling kontakten.

Door 66% van de m.w. wordt de kontakten met de h.a. als niet optimaal bevredigend ervaren. 86% van de m.w. ervaart de kontakten met de w.v.k. als niet optimaal bevredigend.

De m.w. zijn in de kontakten met de h.a. het meest ontevreden over structurele zaken. In de kontakten met de w.v.k. zijn de m.w. zowel ontevreden over structurele- als over persoonsgebonden zaken. Bovendien zijn de m.w. met name ontevreden over de mate van het initiatief tot kontaktleggen van de zijde van de w.v.k.

Door 33% van de m.w. wordt de kontakten met de h.a. als zeer bevredigend ervaren. 13% Van de m.w. ervaart de kontakten met de w.v.k. als zeer bevredigend. Indien de kontakten als zeer bevredigend worden ervaren zijn de m.w. ten aanzien van zowel de h.a. als de w.v.k. met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en kontakten met andere disciplines/hulpverleners.

40 % Van de m.w. neemt deel aan een incidenteel multidisciplinair patiëntenoverleg,
14 % aan een sociaal kafé,
25 % aan een hometeam en
36 % aan een welzijnsoverleg.
Eén m.w. geeft aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

19 % Van de m.w. neemt niet deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg/samenwerking
15% an de m.w. neemt deel aan een vorm van overleg/samenwerking in oprichting.

Van de m.w. die buiten de kontakten met de w.v.k. en h.a. kontakten hebben met andere disciplines/hulpverleners vinden de meeste kontakten plaats met de pastores/kerkelijke instanties, direkt gevolgd door sociale zaken. Hoog scoort ook de politie. Veelvuldige kontakten hebben de m.w. verder met de gezinszorg, de bejaardenzorg en het Buro Rechtshulp/advokatuur.

visie op eerstelijnsamenwerking

Wanneer m.w. opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden persoonlijke aspecten als belangrijk ervaren. Sommige m.w. twijfelen aan het nut van samenwerking met de h.a. Anderen daarentegen zien vooral het contact met de h.a. als waardevol. Daarnaast konstateren enkele m.w. dat grote samenwerkingsverbanden ' doodbloeden '.

D. SAMENVATTING OVER DE DRIE KERNDISCIPLINES.

Kontakten/samenwerking.

Bij de vraag of er contact bestaat tussen de drie kern-disciplines kan niet worden nagegaan wat een beroeps-uitoefenaar onder 'kontakten' verstaat; dus wat de duur of vorm van een contact is. De konklusies beperken zich tot het meest voorkomende contact per respondent.

De drie kerndisciplines hebben ieder een verschillend beeld van wat wel en niet een noemenswaardig contact is (verschil in beleving)

Tussen h.a. en w.v.k. vinden de meeste kontakten plaats, de minste kontakten hebben de w.v.k. en de m.w. Als er kontakten bestaan tussen de drie kerndisciplines zijn dit voor ongeveer de helft vaste kontakttijden. In de bestaande kontakten tussen de drie kerndisciplines wordt er bijna altijd over de patiënt/kliënt gesproken. De h.a. en de w.v.k. bespreken hierbij voornamelijk lichamelijke aspecten van de patiënt met elkaar. De h.a. zowel als de w.v.k. bespreken met de m.w. voornamelijk de psycho-sociale aspecten van de patiënt/kliënt. Daarnaast bespreken de m.w. in ongeveer 25% van de gevallen zowel met de h.a. als de w.v.k. andere onderwerpen: met name 'persoonsgebonden zaken', zoals bijvoorbeeld ervaring, evalueren van elkaars funktioneren e.d.

Tussen de drie kerndisciplines is er meer sprake van potentiële samenwerking dan van samenwerking. De meeste vormen van zowel potentiële samenwerking als van samenwerking vinden plaats tussen de h.a. en de w.v.k.

Tussen de m.w. en de w.v.k. vinden de minste vormen van zowel potentiële samenwerking als van samenwerking plaats.

De h.a. werken het meest samen met beide disciplines (w.v.k. en m.w.). Voor zover er niet met twee kerndisciplines wordt samengewerkt, werken de h.a. in ieder geval samen met de w.v.k., de m.w. in ieder geval met de h.a. en de w.v.k. in ieder geval met de h.a. We konkluderen hieruit dat de h.a. fungeert als spil van de samenwerking tussen de drie kerndisciplines.

In gebied 4 - Heerenveen en omstreken - hebben de drie kerndisciplines beduidend meer vaste kontakttijden met elkaar dan in de andere vier territoriale werkgebieden.

Voor alle kerndisciplines geldt dat in lichte mate de neiging bestaat om meer samen te werken (al dan niet potentiëel) met beide disciplines, naarmate de werklast hoger is. In het merendeel van de gevallen gaat het hier om potentiële samenwerking.

In grote lijn zijn de beroepsuitoefenaars het erover eens dat er vaak van weerskanten initiatief wordt genomen bij het leggen van contact.

Een uitzondering hierop vormt de relatie w.v.k. - m.w. Zowel de w.v.k. als de m.w. hebben het idee dat het initiatief bij het kontaktleggen vaker van hùn kant komt.

Verder kan nog worden opgemerkt dat de w.v.k. in de relatie w.v.k. - h.a. vaker het initiatief nemen dan de h.a. Zowel de w.v.k. als de h.a. zijn het hierover eens.

Beoordeling kontakten.

Van de beroepsuitoefenaars van de drie kerndisciplines die opgeven onderling wel kontakten te onderhouden, is het merendeel van mening dat deze niet optimaal bevredigend zijn.

Een uitzondering hierop zijn de h.a., die de kontakten met de w.v.k. voor het merendeel als zeer bevredigend ervaren. Opmerkelijk hierbij is dat de w.v.k. de kontakten met de h.a. voornamelijk als 'onbevredigend' of als 'tamelijk bevredigend' beoordelen.

Ontevredenheid tussen de drie kerndisciplines bestaat er met name over structurele aspecten. Bij de kontakt-richting w.v.k. - h.a. spelen met name persoonlijke aspecten een rol waaronder het initiatief tot kontaktleggen een belangrijke rol inneemt.

Indien de kontakten tussen de drie kerndisciplines als zeer bevredigend ervaren worden, zijn alle drie disciplines vooral tevreden over beroepsgebonden zaken. Dit wil zeggen dat de drie kerndisciplines van elkaar vinden dat 'de ander' zijn werk goed doet.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en kontakten met andere disciplines/hulpverleners.

De m.w. nemen in vergelijking met de h.a. en de w.v.k. het meest talrijk deel aan één of meer van de vier overlegvormen. Tevens nemen de m.w. - in vergelijking met de h.a. en de w.v.k. - vaker deel aan meerdere overlegvormen.

In Friesland blijkt één gezondheidscentrum te functioneren.

Van de h.a. neemt 9%, van de w.v.k. 10% en van de m.w. 15% deel aan een vorm van overleg/samenwerking in oprichting.

De drie kerndisciplines hebben behalve hun onderlinge contacten óók contacten met een groot andere disciplines/hulpverleners. Vergelijken we de drie beroepsgroepen dan valt op dat alle drie veelvuldig contact hebben met pastores/kerkelijke instanties, gezinszorg en bejaardenzorg. Daarnaast hebben de h.a. en de m.w. ook regelmatig contacten met sociale zaken.

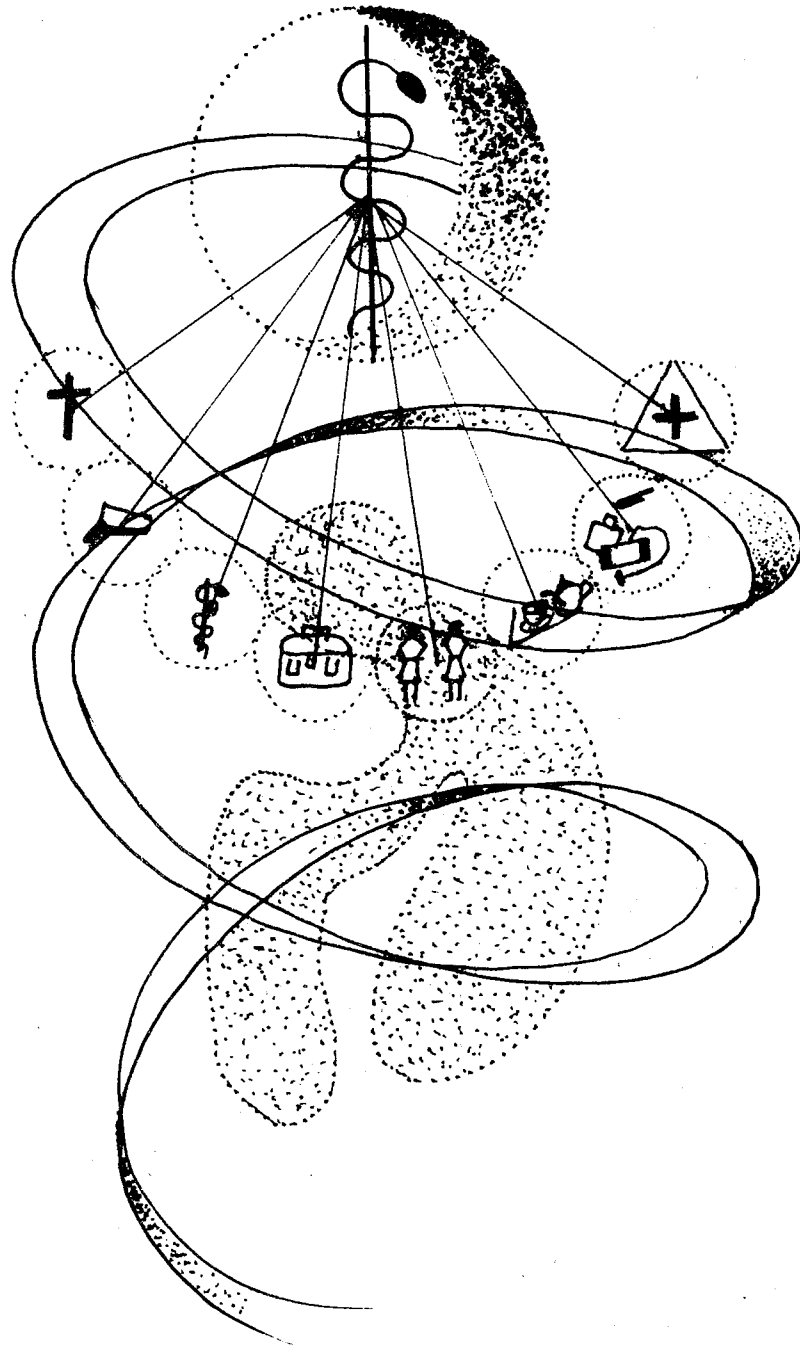
Visie over eerstelijnsamenwerking.

Persoonlijke aspecten worden door de drie kerndisciplines als belangrijk ervaren. Een aantal beroepsuitoefenaars van de drie kerndisciplines staan sceptisch tegenover het nut van samenwerking.

Bij zowel de h.a. als de w.v.k. bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Bij de m.w. wordt dit nauwelijks genoemd.

De h.a. zijn de mening toegedaan om vormen van overleg c.q. samenwerkingsverbanden op het platteland/dorp op een andere wijze vorm te geven dan in de stad. Door de w.v.k. zijn ten aanzien van dit punt nauwelijks, door de m.w. geen opmerkingen geplaatst.

Bij alle drie kerndisciplines spelen een aantal teleurstellingen c.q. (negatieve) ervaringen een rol.



LITERATUURLIJST.

1. Nota "Regionalisatie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in Friesland" blz. 1

Nota van de kommissie regionalisatie
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
in Friesland
Provinciale Raad voor Maatschappelijke
Dienstverlening in Friesland
mei 1975
2. Nota van de sub-werkgroep Inventarisatie Samenwerkingsverbanden Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 4 november 1977 blz. 3
3. Onderzoeksvoorstel InSa-team 20 november 1979 blz. 3
4. Onderzoeksontwerp InSa-team 27 maart 1980 blz. 4
5. Struktuurnota Gezondheidszorg Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne augustus 1974 blz. 5
6. Ontwerp-wet Voorzieningen Gezondheidszorg Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dr. P.J.H. Kruisinga 1971 blz. 6
7. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16066, nrs. 1-2 E. Veder-Smit blz. 7

8. Voorlopige Stimuleringsregeling
wijkgezondheidscentra
circulaire Minister van Cultuur, Recreatie
en Maatschappelijk Werk
juli 1974 blz. 7

9. Samenwerkingsproject 1^e lijn (S 1) blz. 8
Samenwerkende organisaties:
Nederlands Huisartsen Instituut (Utrecht)
Nationale Kruisvereniging (Bunnik)
Landelijke organisatie voor Maatschappelijke
Dienstverlening
"Joint" ('s-Hertogenbosch)

10. Advies Maatschappelijk Werk blz. 9
Staatssecretaris van Cultuur, Recreatie
en Maatschappelijk Werk
Rijswijk, 16 mei 1977, kenmerk MG U58311

11. Nota Algemeen Maatschappelijk Werk blz. 9
in samenwerking met de
Eerstelijnsgezondheidszorg
"Joint"
's-Hertogenbosch, augustus 1979

12. W. Fransen, in: blz. 10
De eerste lijn, juni/augustus 1980, nr. 3/4

13. Knelpuntennota, blz. 11
rapport van de beraadsgroep knelpunten
harmonisatiebeleid en welzijnswetgeving
Den Haag, 1974

14. Rede van Van Gunsteren gehouden ter blz. 12
gelegenheid van het nieuwe hoofdkantoor
van de Stichting Het Zilveren Kruis,
april 1977

15. Bergmans, Damhuis, Elshout, Verschure (1974) blz. 14
in A.J.A. Godfroj: "Interorganisationele
vraagstukken in de welzijnszorg":
Sociologische Gids 79/1, pag. 42

16. Hulpverleners in de eerste lijn blz. 19
Prof. dr. M. van Beugen (red.)
1979, Assen.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

De "Werkgroep Proefregio Friesland" stelde een subwerkgroep in, die de globale taakopdracht kreeg om in afwachting van de komst van de aan te stellen onderzoeker enig voorwerk te verrichten.

De volgende funktionarissen namen aan de werkzaamheden van de subwerkgroep deel:

dhr. C. Hilverda van de Provinciale Griffie,
secretaris
het hoofd van het bureau C.R.M. Friesland
de directeur van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid
de directeur van de Raad Maatschappelijke Dienstverlening Friesland
de geneeskundig inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid
de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid.

BIJLAGE 2

Lijst van medewerkers.

Prof. dr. M. van Beugen, projektleider

J. Meyering, dokt. student Sociaal Hoger Onderwijs
Friesland (S.H.F.)
leerprojekt + stage
periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time)
vanaf 1-9-1980 projektkoördinator "ad
interim" (full-time).

S. Olijnsma, dokt. studente S.H.F.
leerprojekt
periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time)
vanaf 1-8-1980 (full-time).

A. Windig, dokt. student S.H.F.
1/2 deel leerprojekt
periode 1-3-1979 tot 1-6-1979.

D. Posthumus, dokt. student S.H.F.
leerprojekt + stage
periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time).

A. van Weerden, dokt. student S.H.F.
leerprojekt + 3/5 deelstage
periode 1-3-1979 tot 1-6-1980 (part-time).

Tj. de Haan, dokt. student S.H.F.
leerprojekt + 2/5 deelstage
periode 1-3-1979 tot 1-6-1980 (part-time).

J. Paulusma, dokt. studente S.H.F.
leerprojekt
periode 1-3-1979 tot 1-1-1980 en
1-6-1980 tot 1-9-1980 (part-time).

Drs. J. Dijkhuizen, projektkoördinator (8/10 deeltijd)
periode 1-11-1979 tot 1-9-1980.

P. Jansen, student S.H.F.
leerprojekt van 15-8-1980 tot 1-12-1980
(part-time).

M. Weisenbach, dokt. studente S.H.F.
stage vanaf 13-10-1980 (part-time).

J. Schepens, dokt. studente S.H.F.
stage vanaf 13-10-1980 (part-time).

W. Boon, dokt. studente S.H.F.
stage vanaf 13-10-1980 (part-time).

S. Kooistra, dokt. student S.H.F.
methodologisch adviseur
periode vanaf 1-9-1980 (part-time).

Methodologische konsultatie.

Drs. J. Wouda, wet. medewerker S.H.F.
Drs. J. Brink, wet. medewerker S.H.F.
A. Doesburg, student S.H.F. (ponswerk)

Administratieve medewerkers.

M. Edel (telefoniste)
G. Machiela (typiste)
I. Hoffman (typiste)
M. de Jong-Vroom (typiste)
J. Munnik (lay-out voorpagina)
W. Faas (tekeningen)

BIJLAGE 3.

Begeleidingskommissie.

Het onderzoeksteam wordt begeleid door een begeleidingskommissie, waarin zitting hebben:

- H.T. Kijlstra, geneeskundig-inspecteur van de Volksgezondheid voor Friesland, voorzitter
- Tj.H. Hut, directeur-arts Provinciale Raad voor de Volksgezondheid voor Friesland
- J. Zwart, hoofd bureau C.R.M.
- P. Evers, directeur Raad Maatschappelijke Dienstverlening Friesland
- IJ. Bruinewoud, medewerker Provinciale Griffie, secretaris.

De begeleidingskommissie vormt een schakel tussen het onderzoeksteam en de opdrachtgever.

Met deze kommissie zijn in de vergadering van 19 februari 1980 afspraken omtrent hun taakinfilling gemaakt.

B. kontakt WIJKVERPLEEGKUNDIGE — HUISARTS.

- | | | | |
|-----|----------------------------------|-----|---|
| 11. | Heeft u kontakt met huisarts(en) | ja | 1 |
| | | nee | 2 |

Zo nee, doorgaan bij vraag 20

12. Zo ja, met hoeveel huisarts(en) heeft u kontakt

aantal

KIES, bij de beantwoording van de vragen 13 t/m 19 die HUISARTS, met wie u het MEEST KONTAKT heeft, ongeacht de inhoud van dit kontakt.

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 13. | Is er sprake van een vaste kontakttijd | ja | 1 |
| | | nee | 2 |

14. Wilt u de frekwentie van dit kontakt aangeven.

- | | |
|---|---|
| — meer dan 1x per week..... | 1 |
| — meer dan 1x per maand/
minder dan 1x per week..... | 2 |
| — meer dan 1x per kwartaal/
minder dan 1x per maand..... | 3 |
| — minder dan 1x per kwartaal... | 4 |

Voor vraag 15 zie volgende bladzijde.

15. Graag willen we van u weten wie van u beiden het initiatief tot dit contact neemt.

Wilt u op de onderstaande lijn het getal omcirkelen dat op u van toepassing is.

1 = de huisarts neemt altijd het initiatief

2 t/m 6 = de huisarts neemt steeds minder en u neemt steeds meer het initiatief

7 = u neemt uitsluitend het initiatief.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

initiatief

zowel door u

initiatief

uitsluitend

als door de

uitsluitend

genomen door huisarts

huisarts.

door u genomen.

16. Wilt u hieronder aangeven, wat het meest voorkomende onderwerp van gesprek is in het contact met de huisarts.

Onderwerp van gesprek is.....

Voor vraag 17 zie volgende bladzijde.

17.	Hoe beoordeelt u het contact met de huisarts.	als: zeer bevredigend	1
		tamelijk bevredigend	2
		onbevredigend	3

18. Indien u het contact NIET als zeer bevredigend beoordeelt, wilt u dan hieronder aangeven wat daarvan de belangrijkste reden is (denk daarbij aan bv. uw verwachtingen etc.)

Het contact is niet zeer bevredigend, omdat,.....

19. Indien u het contact WEL als zeer bevredigend ervaart, wilt u dan hieronder de belangrijkste reden omschrijven.

Het contact met de huisarts is zeer bevredigend, omdat,.....

Voor vraag 20 zie volgende bladzijde.

C. kontakt WIJKVERPLEEGKUNDIGE—ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERKER

20.	Heeft u kontakt met het algemeen maatschappelijk werk	ja	1
		nee	2

Zo nee, doorgaan bij vraag 29

21.	Zo ja, met hoeveel maatschappelijk werk(st)ers heeft u kontakt.	aantal	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
-----	---	--------	---

KIES, bij de beantwoording van de vragen 22 t/m 28 die maatschappelijk werk(st)er, met wie u het MEEST KONTAKT heeft, ongeacht de inhoud van dit kontakt.

22.	Is er sprake van een vaste kontakttijd	ja	1
		nee	2

23.	Wilt u de frekwentie van dit kontakt aangeven.		
	— meer dan 1x per week.....		1
	— meer dan 1x per maand/ minder dan 1x per week.....		2
	— meer dan 1x per kwartaal/ minder dan 1x per maand.....		3
	— minder dan 1x per kwartaal....		4

Voor vraag 24 zie volgende bladzijde.

24. Graag willen we van u weten wie van u beiden het initiatief tot dit kontakt neemt.

Wilt u op de onderstaande lijn het getal omcirkelen dat op u van toepassing is.

1 = de maatschappelijk wer(st)er neemt altijd kontakt op

2 t/m 6 = de maatschappelijk werk(st)er neemt steeds minder en u neemt steeds meer het initiatief

7 = u neemt uitsluitend het initiatief.

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 ————— 6 ————— 7

initiatief
uitsluitend genomen
door maatschappelijk
werk(st)er.

zowel door u
als door de
maatsch. werker.

initiatief
uitsluitend
door u
genomen.

25. Wilt u hieronder aangeven, wat het meest voorkomende onderwerp van gesprek is in het kontakt met de maatschappelijk werk(st)er.

ONDERWERP van gesprek is,.....

Voor vraag 26 zie volgende bladzijde.

26.	Hoe beoordeelt u het contact met de maatschappelijk werk(st)er,	als: zeer bevredigend	1
		tamelijk bevredigend	2
		onbevredigend	3

27. Indien u het contact NIET als zeer bevredigend beoordeelt, wilt u dan hieronder aangeven wat daarvan de belangrijkste reden is.

(denk daarbij aan bv. uw verwachtingen etc.).

Het contact is niet zeer bevredigend, omdat,.....

28. Indien u het contact WEL als zeer bevredigend ervaart, wilt u dan hieronder de belangrijkste reden omschrijven.

Het contact met de maatschappelijk werk(st)er is zeer bevredigend, omdat.....

Voor vraag 29 zie volgende bladzijde.

D. kontakt WIJKVERPLEEGKUNDIGE---ANDERE DISCIPLINES/HULPVERLENERS.

Naast het eventuele kontakt met huisarts(en) en maatschappelijk werk(st)er(s) heeft u waarschijnlijk nog andere kontakten.

29. Wilt u UITGEZONDERD uw eigen beroepsgroep, de huisarts en de maatschappelijk werk(st)er, die disciplines/ hulpverleners noemen, waar u bovendien regelmatig kontakt mee heeft.

Ik heb met de volgende disciplines/ hulpverleners regelmatig kontakt,

Voor vraag 30 zie volgende bladzijde.

E. DE VORM WAARIN U WERKT.

30.	Bent u verbonden aan een gezondheidscentrum	ja	1
		nee	2

31.	Neemt u deel aan één van de volgende vormen van overleg:		
	— incidenteel-multi-disciplinair patiëntenoverleg		1
	— sociaal kafee.....		2
	— home-team		3
	(= regelmatig overleg tussen in ieder geval de huisarts maatschappelijk werk(st)er en de wijkverpleegkundige)		
	— welzijnsoverleg.....		4

32.	Ik neem deel aan overleg m.b.t. de oprichting van een samenwerkingsverband,	ja	1
		nee	2

Namelijk.....-

Voor vraag 33 zie volgende bladzijde.

F. SAMENWERKING.

33.

Als ik denk aan samenwerking in de
eerstelijns-hulpverlening, wil ik daar zelf
nog het volgende over opmerken.

Namelijk,.....

Bedankt voor uw medewerking!

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

geneeskundige inspectie van de volksgezondheid voor Friesland

Aan alle huisartsen in Friesland.

Jacob Catsplein 3
Leeuwarden
Telefoon (05100) 23856
Correspondentie uitsluitend:
Postbus 2204
8901 JE Leeuwarden

Uw brief :
Uw kenmerk :
Oms kenmerk:
Onderwerp : Inventarisatieproject
Samenwerkingsverbanden tussen
Gezondheidszorg en Maatschappelijke
Dienstverlening (Insaproject).

LEEWARDEN, 11 juni 1980.

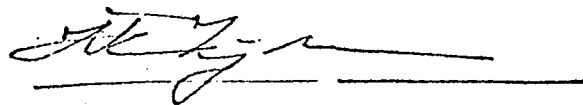
Geachte Collega,

Hierbij beveelt ondergetekende, mede namens de collegae W. Vochteloos en P.T. Gaaikema, bestuursleden van District Friesland van de L.H.V., het voorliggende onderzoek naar samenwerking en overleg in de eerste lijn, van harte in Uw aandacht aan en verzoekt U de door de onderzoekers gevraagde medewerking te geven.

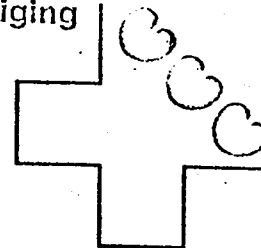
Mede namens W. Vochteloos, arts en
P.T. Gaaikema, arts

Met collegiale groeten,

De Geneeskundig Inspecteur van de
Volksgezondheid voor Friesland,



H.T. Kijlstra, arts.



Aan alle wijkverpleegkundigen
in Friesland.

postbus 161
8900 AD leeuwarden
sixmastraat 2
8932 PA leeuwarden
telefoon 05100-31024 *

datum: 4 juni 1980

no.:

onderwerp:

In behandeling bij: G. van der Kooi

Geachte collega,

Wij vinden het positief dat er door middel van een
enquête een onderzoek zal plaatsvinden naar het
functioneren van de samenwerking in de eerste lijn.
Wij hopen dan ook dat u alle medewerking zult geven aan
het beantwoorden van de vragen in de enquête.

Met vriendelijke groeten,

G. van der Kooi

G. van der Kooi,
provinciaal verpleegkundige
wijkverpleging.



h.a.m.w.

BIJLAGE 7

Aan alle instellingen voor
Algemeen Maatschappelijk Werk.

Postbus 770
8901 BN LEEUWARDEN
tel: 05100 - 24665

Leeuwarden, 5 juni 1980.

RL/ck/A.80091
BAMW

De Beraadsgroep Algemeen Maatschappelijk Werk, bijeen op haar vergadering dd. 7 mei jl. heeft zich positief uitgelaten over het Inventarisatieprojekt Samenwerkingsverbanden Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. (INSA-projekt).

De Beraadsgroep verzoekt u derhalve hierbij uw volledige medewerking te verlenen om het onderzoek naar samenwerking en overleg in de eerste lijn te doen slagen.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur van de Beraadsgroep,
K. Tuinstra,

namens deze

R. Luiten.

BIJLAGE 8

Aan: de huisartsen,
de algemeen maatschappelijk werkers(sters),
de wijkverpleegkundigen.

In: Friesland.

Leeuwarden, 12 juni 1980.

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief willen wij uw medewerking vragen aan een onderzoek.

*Het onderzoeks-
projekt.*

Het betreft een inventarisatie-onderzoek naar samenwerkingsverbanden tussen de Gezondheidszorg en de Maatschappelijke Dienstverlening (InSa-projekt).

Enige maanden geleden is het onderzoeksteam begonnen met de voorbereiding en de uitvoering van dit onderzoek, waarvoor het Provinciaal Bestuur een opdracht heeft verstrekt aan prof. dr. M. van Beugen, hoogleraar andragologie aan de Universitaire Vestiging Friesland. Het onderzoek wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Volkshuisvesting en Milieuhygiëne.

*Wat wordt met
het projekt
beoogd?*

Het woord samenwerking wordt maar al te veel in de mond genomen, in positieve of negatieve zin. Met dit onderzoek zal worden geprobeerd een beeld te verkrijgen van de feitelijke samenwerkingswensen, motieven voor of tegen samenwerking, belemmeringen etc. in de provincie Friesland.

Zo hopen we gegevens te verzamelen vanuit de praktijk, waarmee in het overheidsbeleid rekening zal moeten worden gehouden.

Zo kan o.i. dit onderzoek een goede mogelijkheid bieden het toekomstig beleid te beïnvloeden.

*Wat wordt er
van u verwacht?*

Wij hopen van harte dat u uw medewerking aan dit onderzoek wilt verlenen door het invullen van de bijgevoegde schriftelijke enquête.

Dit kost ongeveer een half uur van uw tijd.

Fasen van het onderzoek.

Het projekt zal in twee fasen verlopen:

1. met een niet te uitgebreide *schriftelijke enquête* zal geïnventariseerd worden hoe de situatie met betrekking tot samenwerking er globaal uit ziet in Friesland;
2. door een reeks hierop volgende *interviews* met een (klein deel) van de schriftelijk geënquêteerden willen we meer inzicht proberen te verkrijgen in de motieven om al dan niet samen te werken.

Er bestaat een kans dat u t.z.t. gevraagd wordt, om, in de tweede fase van het onderzoek, mee te werken aan een *interview*.

In dat geval zullen wij opnieuw contact met u zoeken, in de hoop, dat u ook daaraan uw medewerking zult willen verlenen.

Hoe is projekt ontstaan?

In het kader van de aanwijzing van Friesland als 'proefregio' door de Staatssekretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is het initiatief ontstaan tot het uitvoeren van een onderzoek dat inzicht zou kunnen verschaffen in de samenwerkingsrelaties tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Vanuit de werkgroep Proefregio Friesland werd in 1978 een sub-werkgroep belast met de uitwerking van een dergelijk onderzoeksvoorstel. In deze sub-werkgroep waren de Raad voor de Volksgezondheid, de maatschappelijke dienstverleningssector, C.R.M., de Inspekteur voor de Volksgezondheid en de Provincie vertegenwoordigd.

Uitvoering onderzoek.

Uit deze activiteiten resulteerde de onderzoeksopdracht aan prof. dr. M. van Beugen. Verder werken aan het onderzoek mee een klein team van studenten van de Universitaire Vestiging Friesland, onder de dagelijkse leiding van drs. J. Dijkhuizen, andragoog.

Wat gebeurt er met de resultaten van het onderzoek?

1. Het onderzoeksteam hoopt in het najaar van 1980 een *eindrapport* uit te brengen aan de Provincie;
2. het eindrapport zal, naast de resultaten van de inventarisatie, ook *beleidsaanbevelingen* bevatten;
3. *alle deelnemers* aan het onderzoek ontvangen een *samen-vattend verslag van de resultaten*;

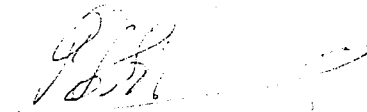
4. het *volledig eindrapport* zal openbaar zijn en in ruime mate ter inzage beschikbaar zijn;
5. de *anonimiteit van degenen, die aan het onderzoek meewerken* wordt door het onderzoeksteam gegarandeerd.
Na het voltooiën van het onderzoek zal het niet meer mogelijk zijn een koppeling tot stand te brengen tussen de onderzoeksresultaten en de namen van de ondervraagden.

Mochten er met betrekking tot het onderzoeksproject in het algemeen, of met betrekking tot de invulling van de schriftelijke enquête, vragen bij u opkomen:

het onderzoeksteam is telefonisch te bereiken op werkdagen 's ochtends van 11.00 - 12.00 uur, tel. 05100 - 24665.

Vriendelijk dank voor uw medewerking

Namens de onderzoeksgroep InSa-project,

cc: J. Dijkhuizen


(J. Dijkhuizen, projekt-koördinator)

N.B. Wilt u de ingevulde vragenlijst *per omgaande* in de *bijgevoegde* retour-envelop terugzenden?

Korrespondentie-adres:
p/a Raad Maatschappelijke Dienstverlening,
Westersingel 34,
8913 CL Leeuwarden.

BIJLAGE 9.

Notities betreffende de telefonische aansporingen.

1. We kunnen in dit onderzoek drie groepen onderscheiden en wel:
 1. respondenten (per beroepsgroep) die in de eerste fase repondeerden.
 2. respondenten die na aansporing repondeerden.
 3. 'respondenten' die niet repondeerden.

Tesamen vormen deze groepen de totale populatie.

Een telkens terugkomende vraag in dergelijke situaties is of de groep non-respondenten ten aanzien van de onderzochte karakteristieken verschillen van de respondenten.

In de voorgaande hoofdstukken is onder andere uitgegaan van de assumptie dat de groep non-respondenten voor wat betreft de onderzochte aspecten gelijk is. In deze notitie gaan we na in hoeverre deze assumptie gerechtvaardigd is voor de vergelijking tussen de respondenten in de eerste ronde, en de extra-gestimuleerden.

We beperken ons tot de h.a., aangezien de andere beroepsgroepen in 2e instantie (aansporing) nauwelijks 'nieuwe' respondenten opleverde en beiden in eerste instantie een zéér hoge respons gaven.

Wanneer er geen verschillen optreden kunnen we dit als een argument hanteren om te veronderstellen dat de groep non-respondenten niet noemenswaardig af zal wijken van de groep respondenten.

2. Uitvoering.

We vergelijken de 2 groepen h.a. op de afzonderlijke criterium-variabelen (samenwerkingsaspecten).

De tweede groep bestaat uit 33 respondenten, de eerste uit 127. We vergeleken variabelen 12, 14, 30 en 32.

Deze zijn nominaal en betreffen respektievelijk:

- is er contact met de w.v.k.?
- is dat een vast contact (kwa tijden)?
- is er contact met de m.w.?
- is dat een vast contact (kwa tijden)?

Variabelen 15, 16, 18, 33, 34 en 36 (vragen 11, 12, 14, 20, 21 en 23), respektievelijk:

- frekwentie kontakt met de w.v.k.;
- initiatief daarbij;
- kontakt-beoordeling;
- frekwentie kontakt met de m.w.;
- initiatief daarbij;
- kontakt-beoordeling.

Deze variabelen zijn van ordinaal-niveau.

Variabelen 13 en 31 (vragen 9 en 18), respektievelijk:

- met hoeveel w.v.k.;
- met hoeveel m.w..

Deze variabelen zijn van interval-niveau.

Er zijn 3 soorten statistische toetsen uitgevoerd teneinde verschillen vast te stellen, en wel:

1. voor de nominale variabelen: chi-kwadraat;
2. voor de ordinale variabelen: chi-kwadraat test;
3. voor de interval variabelen: T-test.

De resultaten van deze testen waren:

ad. 1. - V12 p=. 96 (geen verschil)
 - V14 p=. 99 (geen verschil)
 - V30 p=. 20 (geen verschil)
 - V32 p=. 17 (geen verschil)
 (Alle met betrekking van chi-kwadraat).

ad. 2. - V15 p=. 44 (geen verschil)
 - V16 p=. 16 (geen verschil)
 - V18 p=. 39 (geen verschil)
 - V33 p=. 75 (geen verschil)
 - V34 p=. 88 (geen verschil)
 - V36 p=. 60 (geen verschil)
 (chi-kwadraat-test).

ad. 3. - V13 p=. 180 (geen verschil)
 - V31 p=. 000 (verschil)
 (T-test).

Zoals we zien zijn er geen verschillen, behoudens voor V31 (kontakt-aantal met m.w.). Dit is op zich geen reden om verschil te veronderstellen, want slechts één van de twaalf hypothesen wordt verworpen. Dit kan men beschouwen als 'toevallig'. Kortom we mogen konkluderen dat de groep h.a. in de eerste fase niet verschilt van de 'extra gestimuleerde' h.a.

BIJLAGE 10.

Een aantal korrelaties tussen achtergrondgegevens.

1. Leeftijd en duur van de beroepsuitoefening.

De leeftijd en duur van de beroepsuitoefening korreleren hoog binnen de verschillende disciplines:

H.a. .83

W.v.k..84

M.w. .63

Globaal gesproken kunnen we zeggen dat 59 % van de verschillen in de duur van de beroepsuitoefening samenhangen met leeftijd, als we ons baseren op de gemiddelde korrelatie.

2. Aantal patiënt/kliëntkontakten per week en patiënten/kliëntenbestand.

De grootte van het patiënten-/kliëntenbestand korreleert vrij redelijk met het aantal patiënt-/kliëntkontakten per week voor de verschillende disciplines ;

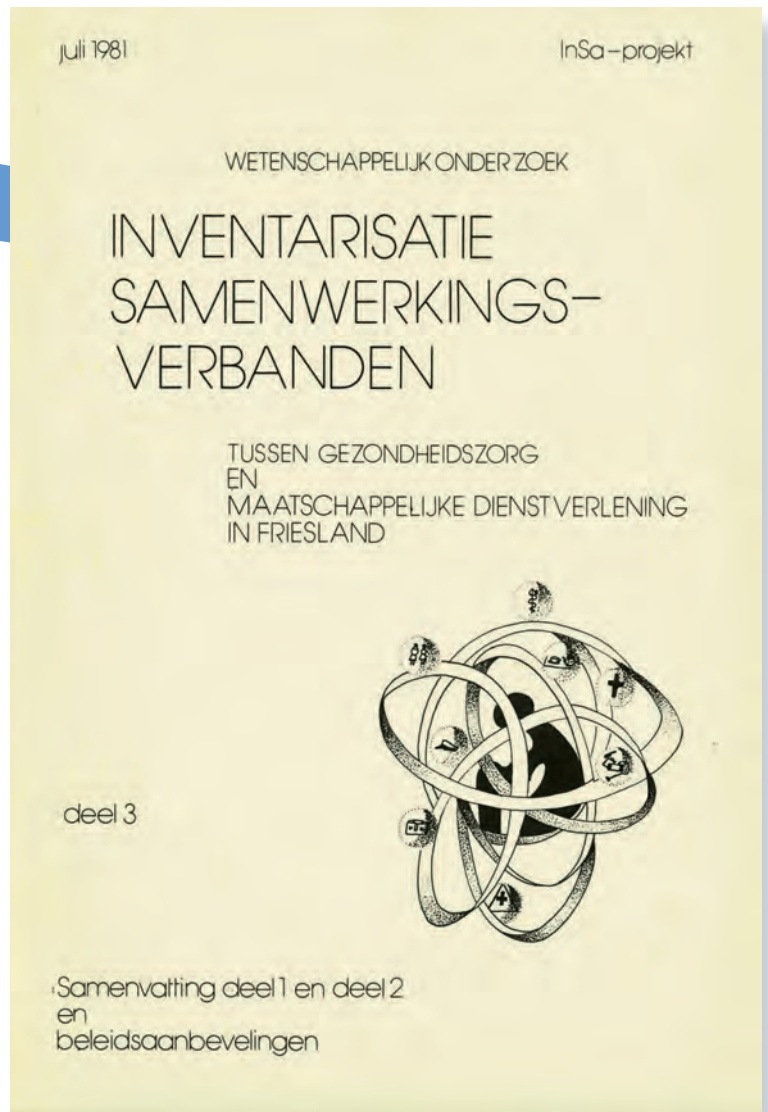
H.a. .58

W.v.k..41

M.w. .51

Globaal gesproken kunnen we zeggen dat 25% van de verschillen in het aantal patiënt-/kliëntkontakten samenhangt met de grootte van het kliënten-/patiëntenbestand, als we uitgaan van de gemiddelde korrelatie.

Samenvatting Onderzoek 1981



juli 1981

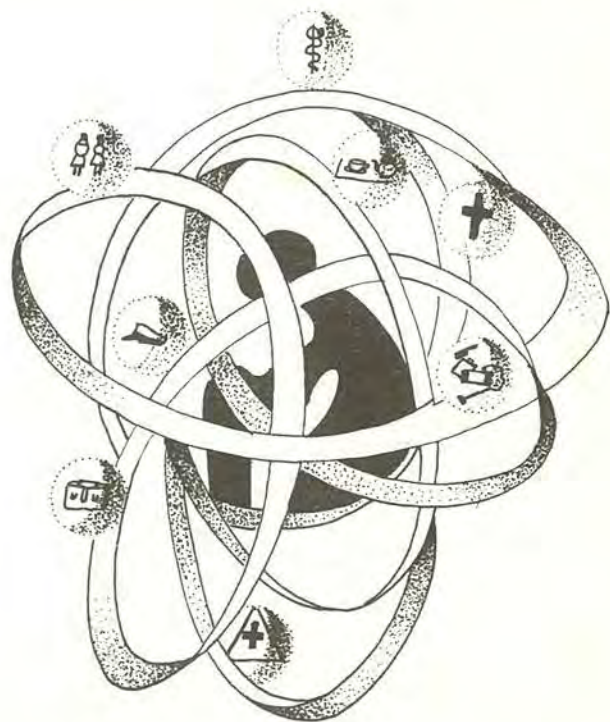
InSa-projekt

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

INVENTARISATIE SAMENWERKINGS- VERBANDEN

TUSSEN GEZONDHEIDSZORG
EN
MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING
IN FRIESLAND

deel 3



Samenvatting deel 1 en deel 2
en
beleidsaanbevelingen

INSA-PROJEKT

DEEL III

(SAMENVATTING DEEL I EN DEEL II)

VOORWOORD.

Wij bieden aan een ruimere kring hierbij een **samenfattend verslag** aan van het InSa-projekt. Daarbij hebben wij de belangrijkste gedeelten uit DEEL I en DEEL II van het onderzoeksrapport overgenomen; voor gedetailleerde beschrijvingen van onderzoeksopzet, de uitvoering van het projekt en de onderzoeksresultaten verwijzen wij naar het bovengenoemde 2-delige complete onderzoeksrapport. Hierin zijn ook de BIJLAGEN opgenomen.

Op deze plaats willen wij nadrukkelijk onze dank uitspreken aan de velen die het welslagen van dit projekt mogelijk maakten.

Wij denken hier met name aan: het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Provinciaal Bestuur van Friesland die dit onderzoek entameerden en financieel mogelijk maakten, de begeleidingscommissie, de heer Bruinewoud (medewerker Provinciale Griffie Friesland), de heer Veenema (dienst financiën en administratie gemeente Smallingerland), de Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening en de Geneeskundige inspektie van de Volksgezondheid voor Friesland (beide voor huisvesting en faciliteiten).

Last but not least willen wij noemen: de diverse vertegenwoordigers van de drie betrokken beroeps-groepen en al degenen die actief medewerkten aan de uitvoering van het projekt.

Namens het onderzoeksteam,

Leeuwarden, 15 september 1981.

Prof. dr. M. van Beugen
(projektleider)

DEEL III: SAMENVATTING VAN DEEL I EN DEEL II EINDVERSLAG INSA-PROJEKT

Inleiding.

	pagina
A. Achtergronden: Ontwikkelingen in gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	5
B. De onderzoeksresultaten	9
I. Samenvatting onderzoeksresultaten 1e fase (enquêtering)	9
II. Onderzoeksresultaten 2e fase (interviews)	16
III. De resultaten van 1 e fase en 2e fase in onderlinge samenhang bezien	30
C. Eerstelijns-samenwerking in Friesland: Trends in de beleidsontwikkeling	33
D. Enkele conclusies als aandachtspunten voor het beleid	43

BIJLAGEN:

- geraadpleegde literatuur
 - A. Algemeen
 - B. geraadpleegde literatuur 1e fase
 - C. geraadpleegde literatuur 2e fase
- bijlage 1. Lijst van medewerkers
- bijlage 2. Begeleidingskommissie.

A. ACHTERGRONDEN: ONTWIKKELINGEN IN GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING'

Het doen samenwerken van uitvoerende werkers in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening wordt door velen als een belangrijke ontwikkeling beschouwd in de hulpverlening aan de bevolking.

Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid¹⁾ berusten uitspraken over het gezond zijn van een individu behalve op objectieve meting óók op persoonlijke-, maatschappelijke- en culturele opvattingen. Bovendien vertoont een mens in zijn gezondheid vele aspecten: hij kan in één bepaald aspect gezond zijn en in een ander aspect een afwijking vertonen.

Men kan een individu dan ook nooit zonder meer indelen als wel of niet gezond.

Het is echter wel mogelijk om de gezondheidsproblemen, die zich in een bevolkingsgroep voordoen, volgens vooraf gedefinieerde criteria in groepen in te delen. Voor iedere groep is een bepaalde vorm van hulpverlening nodig ('zorgsysteem').

Bij het overzien van de kwalitatieve- en kwantitatieve ontwikkeling van de gezondheidsproblemen in de laatste honderd jaar valt allereerst op dat de ziekten die sterfte veroorzaken (de "sterfteziekten") naar oudere leeftijdsgroepen verschoven zijn.

In 1970 ligt bij vrouwen 78^o/o van de sterfte na het 65e jaar, bij mannen 67^o/o; in de leeftijdsgroep van 0 tot 19 jaar vormen ongevallen de voornaamste doodsoorzaak.

Sedert 1950 neemt het aantal aandoeningen toe waarbij geavanceerde technieken nodig zijn om deze vast te stellen of geneeskundig te behandelen.

Dit geldt met name voor "sterfteziekten" zoals de hart- en vaatziekten. Tegelijkertijd neemt het beroep op de gezondheidszorg toe voor "levenziekten". Deze brengen het leven niet in gevaar maar zijn ook weinig toegankelijk voor behandeling met geneesmiddelen.

Het gaat vooral om een veranderde belastbaarheid, waardoor het sociaal functioneren in de verschillende levenssituaties belemmerd wordt.

De behandeling ligt gedeeltelijk op geneeskundig terrein, maar hij dient er vooral op gericht te zijn normale deelname aan het sociale verkeer weer mogelijk te maken.

Dit is het werk van sociaal-medische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg in combinatie met sociale hulpverlening en sociale verzekeringsdiensten.

Deze gezondheidsproblemen gaan vaak gepaard met een beroep op de sociale verzekering voor een uitkering krachtens de Ziektewet, de W.A.O. en de A.A.W.

De W.R.R. brengt deze gezondheidsproblemen onder in de groep van andersbelastbaren of functioneel beperkten.

Naast de 'zieken' en 'anders-belastbaren' onderscheidt de W.R.R. nog vier andere groepen. De 'gezonden' hebben behoefte aan een zorgsysteem gericht op gezondheidsbevordering en gezonde leefmilieus.

De 'bedreigden' zijn gezonde mensen die zijn blootgesteld aan omgevingsfactoren die afwijkingen kunnen veroorzaken. Zij vragen een zorgsysteem dat zich richt op milieuhygiëne, psychohygiëne en sociale hygiëne.

Daarvoor is een systematisch signalerend onderzoek van de omgeving geboden, alsmede toezicht op het naleven van milieunormen. Dit zorgsysteem kan preventie genoemd worden.

De 'risicodragers' zijn groepen die nog geen klachten hebben maar wel beginnende afwijkingen vertonen in lichamelijke structuur of gezondheidsgedrag.

1) *Rapport W.R.R. 'De komende 25 jaar', 1977; de keuze van één der scenario's geeft beperkingen aan dit hoofdstuk.*

Het zorgsysteem bestaat uit actieve opsporing, advisering, voorlichting en periodieke controle, welke onder de term 'interventie' samengevat wordt.

Tenslotte zijn er de 'hulpafhankelijken', die door voortschrijnende ziekten, restdefecten, aangeboren afwijkingen of leeftijd niet (meer) in staat zijn voor zichzelf te zorgen.

Het zorgsysteem bestaat uit verzorging en verpleging.

Het voorgaande leidt tot de volgende indeling van gezondheidsproblemen en bijbehorende zorgsystemen:

gezondheidsprobleem:	zorgsysteem:
* gezonden	— gezondheidsbevordering
* bedreigden	— preventie
* risicodragers	— interventie
* zieken	— geneeskunde
* anders belastbaren	— resocialisatie
* hulpafhankelijken	— verzorging/verpleging

De W.R.R. verwacht in de toekomst een voortzetting van de verschuiving in de relatieve frequentie van gezondheidsproblemen, die inhoudt dat de relatieve betekenis van zieken afneemt en die van de andere groepen toeneemt.

Ook verwacht de W.R.R. een voortzetting van het beleid van de overheid die, zoals ook blijkt uit de wetgeving van de laatste twintig jaar, de structurering van de zorg verder zal uitbouwen.

Het streven zal gericht zijn op een meer algemene planning op langere termijn, de toepassing van vergunningstelsels en grotere beheersing van de kosten.

Dit laatste leidt tot een beleidsmatige verschuiving van de geneeskundige zorg van ziekenhuizen en specialisten naar die van de eerste lijn en primaire gezondheidszorg: de zorgsystemen die zonder verwijzing door derden direct voor de hulpvrager toegankelijk zijn.

Behalve de huisarts en wijkverpleegkundige rekent men hiertoe ook de sociaal-medische diensten voor jeugdzorg, bedrijfsgezondheidszorg en geriatrie, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de konsultatieburo's, het bevolkingsonderzoek en de medische diensten van sociale verzekeringsinstellingen. In deze eerste lijn opereren ook sociale hulpverleningbiedende organisaties zoals het algemeen maatschappelijk werk.

Tal van raden nemen in de besluitvorming en beleidsvoorbereiding een belangrijke plaats in. Zij zullen in de nabije toekomst centraal en regionaal mogelijkheden en garanties gaan bieden voor inspraak.

De hierboven beschreven ontwikkeling kan aanleiding geven tot controloversen. Enerzijds is er een toenemende behoefte aan centrale beheersing en structurering bij de overheid, anderzijds is er een toenemende behoefte aan vrije keuze en inspraak bij de bevolking.

Men zal deze controloversen in alle zorgsystemen aantreffen.

In overeenstemming met het voorgaande zal de positie van de huisarts veranderen: een duidelijker onderscheid wordt zichtbaar tussen enerzijds zijn geneeskundig en anderzijds zijn konsultatief-bemiddelende werk.

In de Struktuurnota Gezondheidszorg (1974) is in de eerste lijn de huisarts een sleutelfiguur die de poorten naar de specialistische hulp bewaakt.

De W.R.R. verwacht dat de opvattingen in de gezondheidszorg over zorg zullen veranderen in de richting van een grotere eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager.

Hierdoor zal de primaire hulpverlening naast een kuratief ook een konsultatief-bemiddelend karakter dragen voor een verwijzing naar sociale, psychische, geestelijke en juridische hulpverlening.

Tot dusver was de huisarts degene met wie als regel de hulpvrager in eerste instantie in overleg trad. In de toekomst zal de huisarts deze eerste verantwoordelijkheid steeds meer gaan delen met andere hulpverleners.

Het gevolg hiervan zal zijn dat geleidelijk aan de huisarts weer meer zal kunnen terugkeren naar zijn oorspronkelijke taak, namelijk die van algemeen-geneeskundige.

De sociale hulpverlening, die nu nog veelal geschiedt naast de gezondheidszorg in de eerste lijn optreedt, omvat een groot aantal organisaties, van algemeen maatschappelijk werk tot de instellingen die bepaalde klachten (verslaving, alcoholisme, gezins- en huwelijksproblemen) behandelen.

De W.R.R. verwacht dat het vanzelfsprekend wordt dat de hulpverleners en dienstverleners op wijk-nivo min of meer regelmatig met elkaar contact hebben. Met name wordt hierbij gedacht aan de sociale hulpverlening, de huisartsen en de wijkverpleging.

Dit contact kan een lichte, vrijblijvende vorm hebben, het kan ook intensievere vormen aannemen. De minimale vorm is het elkaar kennen, en weten wat de inhoud is van het soort werk wat men doet. Op deze wijze kan men doelgericht personen die men zelf niet goed kan helpen doorverwijzen. Samenwerking kan ook bestaan uit regelmatig overleg tussen de hulpverleners, waarbij echter de vrijblijvendheid nog steeds groot is.

De meest intensieve vorm van samenwerking is die van het gezondheidscentrum waarbij men in één gebouw werkt en een hoge frekwentie van onderlinge contacten heeft.

De W.R.R. verwacht vanaf de tweede helft van de tachtiger jaren een groei van gezondheidscentra waarbij de organisatorische, instrumentele en professionele problemen die optreden wanneer men in groepsverband werkt zich zullen doen gelden.

Deze ontwikkeling zal volgens de W.R.R. bevorderen dat de primaire hulpverlening een meer consultatief karakter krijgt; in overleg met de hulpvrager wordt vastgesteld waarvoor en waarom hij hulp vraagt.

Indien hij zijn probleem niet zelf kan oplossen, zal hij een beroep kunnen doen op de professionele hulpverlener.

Een eerste vraagstuk dat zich hierbij kan aandienen is dat de hulpverleners – de huisarts in het bijzonder – niet voorbereid zijn op de veranderende taak die zij moeten verrichten.

Deze verandering zal weliswaar doorwerken in de opleiding, maar ook van het bestaande bestand van hulpverleners wordt een grote aanpassing gevraagd.

De W.R.R. verwacht wel dat de wederzijdse aanpassing van gezondheidszorg en hulpverlening plaatsvindt, maar met veel moeite, veel vertraging en veel weerstand. Het resultaat zal dan ook achterblijven bij de ontwikkeling van het klachtenpatroon, en voorlopig tekort schieten om in een adequate hulpverlening te voorzien.

Een soortgelijke samenwerking zal, verwacht men, tot stand komen tussen huisarts en wijkverpleegkundige enerzijds en sociaal-medische diensten en ambulante geestelijke gezondheidszorg anderzijds. Hierbij zal wel enigerlei vorm van coördinatie optreden, maar geen duidelijke integratie ontstaan. De verschillende probleemgerichtheid zal dit verhinderen. Sociaal-medische diensten, ambulante geestelijke gezondheidszorg en sociale dienstverlening zullen echter meer en meer een gemeenschappelijke oriëntatie hebben op sociaal-medische en sociaal-psychische problemen.

De primaire gezondheidszorg zal kwalitatief en kwantitatief in belang toenemen en de volgende kernfuncties hebben:

- curatieve hulpverlening
- sociaal-medische hulp, ambulante geestelijke gezondheidszorg en sociale dienstverlening
- consultatieburo's, opsporing, voorlichting.

Naast de specifieke gezondheidszorg zal in de eerste lijn ook de sociale hulpverlening werkzaam zijn. Deze twee zullen meer samenwerken. Hierbij wordt gedacht aan het algemeen maatschappelijk werk dat niet op bepaalde doelgroepen gericht is maar voor allen rechtstreeks openstaat, extra-muraal werkt en hulp biedt bij psycho-sociale klachten.

De hulpvrager zal zich in de toekomst vaker rechtstreeks tot de sociale hulpverlening wenden, maar daarnaast zal de verwijzing door de huisarts ook in toenemende mate voorkomen. Daarom zal wellicht het aantal werkers in de sektor van niet-medische hulpverlening groeien.

Al eerder werd geconstateerd dat er sprake zal zijn van controverse, aan te treffen in alle zorgsystemen. Hierbij werd bedoeld op enerzijds de toenemende behoefte van de overheid aan centrale beheersing en structurering en anderzijds de toenemende behoefte aan vrije keuze en inspraak bij de bevolking.

Tot zover het rapport van de W.R.R.

Aan de behoefte van de overheid tot centrale beheersing en structurering ligt de volgende opvatting ten grondslag¹⁾.

Het gezondheidszorgsysteem dient een aantal ingebouwde remmen te hebben en het systeem dient bestuurd te kunnen worden.

De bedoeling daarvan is de nog steeds toenemende groei van de kosten van de gezondheidszorg te remmen.

De overheid is van mening dat een grenzenstellend beleid nodig is en uitgevoerd kan worden met behulp van het taakstellend plannen en budgetteren.

Budgettering zal moeten plaatsvinden op landelijk-, regionaal- en werkvlakniveau.

Budgettering werkt het meest effectief bij de begrenzing van het aanbod van middelen, dus de aanbodzijde.

Het beleid zal zich niet alleen beperken tot de aanbodzijde maar zich ook bezig houden met de vraagzijde. Dit in verband met het feit dat ook de groei van de vraag naar gezondheidszorgvoor- Dit in verband met het feit dat ook de groei van de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen nog steeds toeneemt.

Ondanks het feit dat het veel moeilijker is om daar iets aan te doen in verband met de sociaal-psychologische achtergronden van deze vraag denkt men aan de volgende instrumenten om de vraag te beperken:

- het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid (zelfzorg/mantelzorg)
- het meer bevorderen van preventie bijvoorbeeld door middel van het versterken van de rol van de basisgezondheidsdiensten bij de provincie.

Om dit beleid te kunnen realiseren wil men onder andere werken aan de ontwikkeling van een wetgeving die de basis moet scheppen voor het bevorderen van samenhang, decentralisatie en regionalisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Hiermee wordt bedoeld op de Ontwerpwet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

Deze wetten moeten er ook toe bijdragen dat er een vestigingsregel wordt ingevoerd, dat de voorzieningen gepland worden en dat de eerder genoemde budgettering op landelijk-, regionaal- en uitvoerend nivo uitgevoerd kan gaan worden.

In deze beknopte schets van beleidsontwikkelingen zijn reeds aanzetten terug te vinden voor een beleid dat samenwerking tussen verschillende hulpverleners wenst te bevorderen.

Na de weergave van de onderzoeksresultaten (hoofdstuk 3) zullen wij dieper ingaan op beleidsontwikkelingen, dan vooral op provinciaal nivo, in de verschillende sectoren van de (eerstelijns-)hulpverlening (hoofdstuk 4), zodat de onderzoeksresultaten in een samenhang kunnen worden gezien met deze beleidsontwikkelingen.

1) *Zie: inleiding staatssecretaris Mevr. Veder-Smit op het Symposium over planning in de gezondheidszorg, Groningen, mei 1980.*

B. DE ONDERZOEKSRESULTATEN.

Voor een goed begrip van het totaal van onderzoeksresultaten en de daaruit afgeleide aandachtspunten voor het beleid (hoofdstuk 5) geven wij allereerst een **samenvatting van de onderzoeksresultaten uit de eerste fase** (de enquêtering van huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen).

Eerst geven wij de resultaten **per beroepsgroep** weer, ondergebracht in vier categorieën:

- (1) kontakten/samenwerking
- (2) beoordeling der kontakten
- (3) deelname aan overlegvormen/kontakten en samenwerking met overige hulpverleners
- (4) visie op eerstelijnsamenwerking.

Daarna geven wij de resultaten van de 3 beroepsgroepen **in onderlinge samenhang**.

De totale populatie die door de enquête werd benaderd bestond uit 255 huisartsen, 185 wijkverpleegkundigen en 74 maatschappelijk werkers (theoretische populatie). Hiervan bleken 76 personen ten onrechte te zijn benaderd (niet meer werkzaam, etc.).

Van de overblijvende 438 proefpersonen (operationele populatie) zonden 76 personen de enquête niet terug.

Per beroepsgroep bedroeg de response:

- huisartsen: 72 %
- wijkverpleegkundigen: 86 %
- maatschappelijk werkers: 96 %.

1. *Samenvatting onderzoeksresultaten 1e fase (enquêtering).*

HUISARTSEN.

Kontakten/samenwerking.

Als er **kontakten** bestaan, hebben huisartsen meer kontakten met wijkverpleegkundigen dan met maatschappelijk werkers. Bijna de helft van deze kontakten zijn vaste **kontakttijden** met zowel wijkverpleegkundigen als maatschappelijk werkers. In nagenoeg alle kontakten van de huisarts met zowel de wijkverpleegkundigen als de maatschappelijk werker wordt er over de patiënt/kliënt gesproken. In de kontakten tussen huisarts en de wijkverpleegkundige wordt hierbij voornamelijk gesproken over de lichamelijke toestand van de patiënt. Huisartsen bespreken met de maatschappelijk werker voornamelijk de psycho-sociale aspecten van de patiënt.

Wanneer we deze gegevens zien in het licht van al dan niet samenwerken, blijkt in de relatie huisarts – wijkverpleegkundige dat voor 45% van de huisartsen sprake is van samenwerking en voor 47% sprake van potentiële samenwerking.

In de relatie huisarts – maatschappelijk werker is voor 35% sprake van samenwerking en is voor 40% sprake van potentiële samenwerking.

We konkluderen hieruit dat er tussen huisarts en wijkverpleegkundige meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen huisarts en maatschappelijk werker.

Hierop aansluitend blijkt er voor 21% van de huisartsen samenwerking te bestaan met **beide** andere disciplines.

Voor 49% blijkt er sprake van potentiële samenwerking.

Voor zover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de huisarts in ieder geval met de wijkverpleegkundige samen.

De meeste contacten tussen huisarts en wijkverpleegkundige vinden **1x per maand of vaker** plaats (maar minder dan 1x per week). In ongeveer een kwart van de gevallen vinden contacten tussen huisarts en wijkverpleegkundige **wekelijks** plaats (1x per week of vaker).

Huisarts en maatschappelijk werker hebben wekelijks (1x per week of vaker) nauwelijks contact met elkaar. 41^o/o van de huisartsen heeft 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week) contacten met de maatschappelijk werker. 56^o/o van de huisartsen heeft minder dan 1x per maand contact met de maatschappelijk werker.

De huisartsen nemen in de relatie huisarts – wijkverpleegkundige minder vaak het initiatief tot contactleggen dan de wijkverpleegkundigen (zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen zijn het hier over eens). In de relatie huisarts – maatschappelijk werker nemen volgens de huisartsen beide partners ongeveer in gelijke mate initiatief tot contactleggen. De maatschappelijk werkers zijn het hier niet helemaal mee eens: zij vinden dat in de contacten met de huisartsen het initiatief tot contactleggen toch meer van hun kant komt.

Beoordeling contacten.

Door 43^o/o van de huisartsen wordt contacten met de wijkverpleegkundigen als **niet optimaal bevredigend** ervaren. 65^o/o van de huisartsen ervaart de contacten met de maatschappelijke werkers als niet optimaal bevredigend.

De huisartsen zijn in de contacten met de wijkverpleegkundigen voornamelijk ontevreden over **strukturele** zaken. Ook zijn de huisartsen in de contacten met de maatschappelijk werkers het meest ontevreden over strukturele zaken: de 'ander' heeft geen tijd, er is geen regelmatig contact en er is te weinig contact.

Door 57^o/o van de huisartsen worden de contacten met de wijkverpleegkundigen als **zeer bevredigend** ervaren. 35^o/o van de huisartsen ervaart de contacten met de maatschappelijk werkers als zeer bevredigend. Indien de contacten als **zeer bevredigend** worden ervaren zijn de huisartsen ten aanzien van zowel de wijkverpleegkundigen als de maatschappelijk werkers met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en contacten met andere disciplines/hulpverleners.

30^o/o van de huisartsen neemt deel aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg,

8^o/o aan een sociaal kafé,

22^o/o aan een hometeam en

8^o/o aan een welzijnsoverleg.

Van de huisartsen geven er drie aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

Van de huisartsen neemt 41^o/o **niet** deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg.

Van de huisartsen die buiten de contacten met de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers contact hebben met andere disciplines/hulpverleners vinden de meeste contacten plaats met **pastores/kerkelijke instanties**, gevolgd door **fysiotherapeuten**.

Hoog scoren ook gezinsverzorging, sociale zaken, bejaardenzorg en Sociaal-Psychiatrische Dienst/Sociaal Geriatrische Dienst.

Visie op eerstelijnsamenwerking.

Wanneer huisartsen opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden **persoonlijke aspecten** als belangrijk ervaren.

Bij sommige huisartsen bestaat er twijfel over het nut van het maatschappelijk werk en de rol van de wijkverpleegkundigen in de samenwerking. Anderen daarentegen wijzen op het belang van wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, gezinsverzorging en bejaardenzorg bij samenwerkingsverbanden.

Er zijn zowel voor- als tegenstanders van een vast geregelde vorm van overleg. De tegenstanders zijn iets in de meerderheid. Tevens bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Een aantal huisartsen is van mening om vormen van overleg c.q. samenwerkingsverbanden op het platteland/dorp op een andere wijze vorm te geven dan in de stad. Bovendien zijn een aantal huisartsen van mening niet in staat te zijn tot efficiënt overleg te komen, dat de rol van instellingen belemmerend werkt in de samenwerking en dat slechte ervaringen bijdragen tot een negatief oordeel over de samenwerking. Tot slot willen enkele huisartsen meer overleg in de eigen beroepsgroep en willen 6 huisartsen participeren in een gezondheidscentrum.

WIJKVERPLEEGKUNDIGEN.

Kontakten/samenwerking.

Als er **kontakten** bestaan, hebben wijkverpleegkundigen meer kontakten met huisartsen dan maatschappelijk werkers. Bijna de helft van deze kontakten zijn **vaste contacttijden** met zowel de huisartsen als de maatschappelijk werkers. In nagenoeg alle kontakten van de wijkverpleegkundigen met zowel de huisartsen als met de maatschappelijk werkers wordt over de patiënt/kliënt gesproken. Wijkverpleegkundigen bespreken met de huisartsen voornamelijk de **lichamelijke** aspecten van de patiënt. 11^o/o van de wijkverpleegkundigen bespreken met de huisartsen tevens de leef-, werk- en/of woonsituatie van de patiënt. De wijkverpleegkundigen bespreken met de maatschappelijk werkers voornamelijk de **leef-, werk- en/of woonsituatie** van de patiënt.

Gezien in het licht van samenwerking blijkt in de relatie wijkverpleegkundige – huisarts 43^o/o van de wijkverpleegkundigen samen te werken en is voor 53^o/o sprake van potentiële samenwerking. In de relatie wijkverpleegkundige – maatschappelijk werker is voor 21^o/o van de wijkverpleegkundigen sprake van samenwerking en is voor 28^o/o sprake van potentiële samenwerking.

We konkluderen hieruit dat er tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Voor zover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de wijkverpleegkundige in ieder geval met de huisarts samen.

In ongeveer een kwart van de gevallen hebben wijkverpleegkundigen en huisartsen wekelijks (1x per week of vaker) kontakten met elkaar. De meeste kontakten tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen vinden plaats 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week). De wijkverpleegkundigen nemen in de relatie wijkverpleegkundige – huisarts vaker het initiatief tot kontaktlekken dan de huisartsen (zowel wijkverpleegkundigen als huisartsen zijn het hierover eens).

In de relatie wijkverpleegkundige – maatschappelijk werker vinden de wijkverpleegkundigen dat het initiatief tot kontaktlekken vaker van hun kant komt (de maatschappelijk werkers zijn het hier niet mee eens, zij vinden dat in deze relatie het initiatief tot kontaktlekken vaker van hun kant komt).

Beoordeling kontakten.

Door 70^o/o van de wijkverpleegkundigen worden de kontakten met de huisartsen als **niet optimaal bevredigend** ervaren. 63^o/o van de wijkverpleegkundigen ervaart de kontakten met de maatschappelijk werkers als niet optimaal bevredigend.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen is in de kontakten met de huisarts ontevreden over persoonsgebonden zaken. Met name wordt hier bedoeld op het initiatief van de zijde van de huisartsen.

44^o/o van de wijkverpleegkundigen is in het contact met de maatschappelijk werkers ontevreden over structurele zaken.

Door 30^o/o van de wijkverpleegkundigen worden de kontakten met de huisartsen als **zeer bevredigend** ervaren. 37^o/o van de wijkverpleegkundigen ervaart de kontakten met de maatschappelijk werkers als zeer bevredigend.

De wijkverpleegkundigen zijn zowel ten aanzien van de huisartsen als de maatschappelijk werkers met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en contacten met andere disciplines/hulpverleners.

15^o/o van de wijkverpleegkundigen neemt deel aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg,

10^o/o aan een sociaal kafé

20^o/o aan een hometeam en

9^o/o aan een welzijnsoverleg.

Zes wijkverpleegkundigen geven aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

Van de wijkverpleegkundigen neemt 50^o/o **niet** deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg/samenwerking.

Van de wijkverpleegkundigen die buiten de contacten met de huisartsen en de maatschappelijk werkers contacten hebben met andere hulpverleners/disciplines vinden de meeste contacten plaats met de **gezinsverzorging**, gevolg door de **bejaardenzorg**.

Hoog scoren ook de pastores/kerkelijke instanties.

Visie op eerstelijnsamenwerking.

Wanneer wijkverpleegkundigen opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden **persoonlijke aspecten** als belangrijk ervaren. Sommige wijkverpleegkundigen staan gereserveerd ten opzichte van het vrije ondernemerschap van de huisartsen.

Tevens bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Tenslotte zijn enkele wijkverpleegkundigen van mening dat een sociaal kafé niet voldoet aan de verwachtingen.

MAATSCHAPPELIJK WERKER.

Kontakten/samenwerking.

Als er **kontakten** bestaan, hebben de maatschappelijk werkers meer kontakten met de huisartsen dan met de wijkverpleegkundigen.

Als er kontakten bestaan, heeft ongeveer de helft van de maatschappelijk werkers **vaste contacttijden** met zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen.

In nagenoeg alle kontakten van de maatschappelijk werkers met zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen wordt er over de cliënt gesproken.

De maatschappelijk werkers bespreken zowel met de huisartsen als met de wijkverpleegkundigen voornamelijk de psycho-sociale aspecten van de cliënt.

Daarnaast bespreken de maatschappelijk werkers in ongeveer 25^o/o van de gevallen zowel met de huisartsen als de wijkverpleegkundigen. Ook andere onderwerpen: met name '**persoonsgebonden zaken**', zoals bijvoorbeeld ervaring, evalueren van elkaars functioneren e.d.

In de relatie maatschappelijk medewerker — huisarts is in 43^o/o sprake van zowel samenwerking als potentiële samenwerking.

In de relatie maatschappelijk werker — wijkverpleegkundige is in 33^o/o sprake van samenwerking. We konkluderen hieruit dat er tussen maatschappelijk werkers en huisartsen meer sprake is van zowel samenwerking als potentiële samenwerking dan tussen de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen.

Maatschappelijk werkers werken in mindere mate samen met de beide andere kerndisciplines dan de huisartsen, doch in iets meerdere mate dan de wijkverpleegkundigen.

Voorzover er niet met de beide andere kerndisciplines wordt samengewerkt, werkt de maatschappelijk werker in ieder geval met de huisarts samen.

De maatschappelijk werkers en de huisartsen hebben **wekelijks** (1x per week of vaker) **nauwelijks** contacten met elkaar.

62^o/o van de maatschappelijk werkers heeft 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week) contacten met de huisartsen.

34^o/o van de maatschappelijk werkers heeft daarentegen minder dan 1x per maand contacten met de huisartsen.

De maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen hebben **wekelijks** (1x per week of vaker) **nauwelijks** contacten met elkaar.

In een kwart van de gevallen hebben maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen 1x per maand of vaker (maar minder dan 1x per week) contacten met elkaar.

De **meeste contacten** tussen de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen vinden plaats minder dan 1x per maand.

De maatschappelijk werkers vinden in hun relatie met de huisartsen dat het initiatief tot contactleggen meer van hun kant komt (de huisartsen zijn het hier niet helemaal mee eens: zij vinden dat beide partners ongeveer in gelijke mate het initiatief tot contactleggen nemen).

In de relatie met de wijkverpleegkundigen vinden de maatschappelijk werkers dat het initiatief tot contactleggen vaker van hun kant komt (de wijkverpleegkundigen zijn het hier niet mee eens: zij vinden dat in deze relatie het initiatief tot contactleggen vaker van hun kant komt).

Beoordeling contacten.

Door 66^o/o van de maatschappelijk werkers worden de contacten met de huisartsen als **niet optimaal bevredigend** ervaren. 86^o/o van de maatschappelijk werkers ervaart de contacten met de wijkverpleegkundigen als niet optimaal bevredigend.

De maatschappelijk werkers zijn in de contacten met de huisartsen het meest ontevreden over structurele zaken. In de contacten met de wijkverpleegkundigen zijn de maatschappelijk werkers zowel ontevreden over structurele als over persoonsgebonden zaken. Bovendien zijn de maatschappelijk werkers met name ontevreden over de mate van het initiatief tot contactleggen van de zijde van de wijkverpleegkundigen.

Door 33^o/o van de maatschappelijk werkers worden de contacten met de huisartsen als **zeer bevredigend** ervaren. 13^o/o van de maatschappelijk werkers ervaart de contacten met de wijkverpleegkundigen als zeer bevredigend.

Indien de contacten als zeer bevredigend worden ervaren zijn de maatschappelijk werkers ten aanzien van zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen met name tevreden over beroepsgebonden zaken.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en contacten met andere disciplines/hulpverleners.

40^o/o van de maatschappelijk werkers neemt deel aan een incidenteel multi-disciplinair patiëntenoverleg.

14^o/o aan een sociaal café,

25^o/o aan een hometeam en

36^o/o aan een welzijnsoverleg.

Eén maatschappelijk werker geeft aan verbonden te zijn aan een gezondheidscentrum.

19^o/o van de maatschappelijk werkers neemt **niet** deel aan enige vorm van geformaliseerd overleg/samenwerking.

15^o/o van de maatschappelijk werkers neemt deel aan een vorm van overleg/samenwerking **in oprichting**.

Van de maatschappelijk werkers die buiten de contacten met de wijkverpleegkundigen en huisartsen contacten hebben met andere disciplines/hulpverleners vinden de meeste contacten plaats met de

pastores/kerkelijke instanties, direkt gevolgd door **sociale zaken**. Hoog scoort ook de politie. Veelvuldige contacten hebben de maatschappelijk werkers verder met de gezinszorg, de bejaardenzorg en het Buro Rechtshulp/advokatuur.

Visie op eerstelijnsamenwerking.

Wanneer maatschappelijk werkers opmerkingen maken over eerstelijnsamenwerking worden **persoonlijke aspecten** als belangrijk ervaren. Sommige maatschappelijk werkers twijfelen aan het nut van samenwerking met de huisartsen. Anderen daarentegen zien vooral het contact met de huisartsen als waardevol. Daarnaast constateren enkele maatschappelijk werkers dat grote samenwerkingsverbanden 'doodbloeden'.

DE DRIE BEROEPSGROEPEN IN ONDERLINGE SAMENHANG.

Kontakten/samenwerking.

Bij de vraag of er contact bestaat tussen de drie kern disciplines kan niet worden nagegaan wat een beroepsuitoefenaar onder 'kontakten' verstaat; dus wat de duur of vorm van een contact is. De konklusies **bepersen** zich tot het **meestvoorkomende contact** per respondent.

De drie kerndisciplines hebben ieder een verschillend beeld van wat wel en niet een noemenswaardig contact is (verschil in **beleving**).

Tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen vinden de meeste **kontakten** plaats, de minste kontakten hebben de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers.

Als er kontakten bestaan tussen de drie kerndisciplines zijn dit voor ongeveer de helft **vaste kontakt-tijden**. In de bestaande kontakten tussen de drie kerndisciplines wordt er bijna altijd over de patiënt/kliënt gesproken.

De huisartsen en de wijkverpleegkundigen bespreken hierbij voornamelijk **lichamelijke aspecten** van de patiënt met elkaar.

De huisartsen zowel als de wijkverpleegkundigen bespreken met de maatschappelijk werkers voornamelijk de **psycho-sociale aspecten** van de patiënt/kliënt. Daarnaast bespreken de maatschappelijk werkers in ongeveer 25^o/o van de gevallen zowel met de huisartsen als de wijkverpleegkundigen andere onderwerpen: met name 'persoonsgebonden zaken', zoals bijvoorbeeld ervaring, evalueren van elkaars funktioneren e.d.

Tussen de drie kerndisciplines is er meer sprake van potentiële samenwerking dan van samenwerking. De meeste vormen van zowel potentiële samenwerking als van samenwerking vinden plaats tussen de huisartsen en de wijkverpleegkundigen.

Tussen de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen vinden de minste vormen van zowel potentiële samenwerking als van samenwerking plaats.

De huisartsen werken het meest samen met beide disciplines (wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers). Voor zover er niet met twee kerndisciplines wordt samengewerkt, werken de huisartsen in ieder geval samen met de wijkverpleegkundigen, de maatschappelijk werkers in ieder geval met de huisartsen en de wijkverpleegkundigen in ieder geval met de huisartsen.

We konkluderen hieruit dat de huisarts fungeert als spil van de samenwerking tussen de drie kerndisciplines.

In gebied 4 – Heerenveen en omstreken – hebben de drie kerndisciplines beduidend meer **vaste kontakt-tijden** met elkaar dan in de andere vier territoriale werkgebieden.

Voor alle kerndisciplines geldt dat in lichte mate de neiging bestaat om meer samen te werken (al dan niet potentieel) met beide disciplines, naarmate de werklast hoger is. In het merendeel van de gevallen gaat het hier om potentiële samenwerking.

In grote lijn zijn de beroepsuitoefenaars het erover eens dat er vaak van weerskanten initiatief wordt genomen bij het leggen van contact.

Een uitzondering hierop vormt de relatie wijkverpleegkundige – maatschappelijk werker.

Zowel de wijkverpleegkundigen als de maatschappelijk werkers hebben het idee dat het initiatief bij het contactleggen vaker van hun kant komt.

Verder kan nog worden opgemerkt dat de wijkverpleegkundigen in de relatie wijkverpleegkundige – huisarts vaker het initiatief nemen dan de huisartsen. Zowel de wijkverpleegkundigen als de huisartsen zijn het hierover eens.

Beoordeling contacten.

Van de beroepsuitoefenaars van de drie kerndisciplines die opgeven onderling **wel** contacten te onderhouden, is het merendeel van mening dat deze **niet optimaal bevredigend** zijn.

Een uitzondering hierop zijn de huisartsen, die de contacten met de wijkverpleegkundigen voor het merendeel als zeer bevredigend ervaren. Opmerkelijk hierbij is dat de wijkverpleegkundigen de contacten met de huisartsen voornamelijk als 'onbevredigend' of als 'tamelijk bevredigend' beoordelen.

Ontevredenheid tussen de drie kerndisciplines bestaat er met name over structurele aspecten. Bij de kontaktrichting wijkverpleegkundige – huisarts spelen met name persoonlijke aspecten een rol waaronder het initiatief tot contactleggen een belangrijke rol inneemt.

Indien de contacten tussen de drie kerndisciplines als zeer bevredigend ervaren worden, zijn alle drie disciplines vooral **tevreden** over **beroepsgebonden** zaken. Dit wil zeggen dat de drie kerndisciplines van elkaar vinden dat 'de ander' zijn werk goed doet.

Deelname aan vormen van overleg/samenwerking en contacten met andere disciplines/hulpverleners.

De maatschappelijk werkers nemen in vergelijking met de huisartsen en de wijkverpleegkundigen het meest talrijk deel aan één of meer van de vier overlegvormen. Tevens nemen de maatschappelijk werkers – in vergelijking met de huisartsen en de wijkverpleegkundigen – vaker deel aan meerdere overlegvormen.

In Friesland blijkt één gezondheidscentrum te functioneren.

Van de huisartsen neemt 9^o%, van de wijkverpleegkundigen 10^o% en van de maatschappelijk werkers 15^o% deel aan een vorm van overleg/samenwerking in **oprichting**.

De drie kerndisciplines hebben behalve hun onderlinge contacten óók contacten met een groot aantal andere disciplines/hulpverleners. Vergelijken we de drie beroepsgroepen dan valt op dat alle drie veelvuldig contact hebben met pastores/kerkelijke instanties, gezinszorg en bejaardenzorg. Daarnaast hebben de huisartsen en de maatschappelijk werkers ook regelmatig contacten met sociale zaken.

Visie over eerstelijnsamenwerking.

Persoonlijke aspecten worden door de drie kerndisciplines als belangrijk ervaren. Een aantal beroepsuitoefenaars van de drie kerndisciplines staan **sceptisch** tegenover het **nut van samenwerking**. Bij zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen bestaat er een tendens om grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Bij de maatschappelijk werkers wordt dit nauwelijks genoemd.

De huisartsen zijn de mening toegedaan om vormen van overleg c.q. samenwerkingsverbanden op het platteland/dorp op een andere wijze vorm te geven dan in de stad. Door de wijkverpleegkundigen zijn ten aanzien van dit punt nauwelijks, door de maatschappelijk werkers geen opmerkingen geplaatst.

Bij alle drie kerndisciplines spelen een aantal teleurstellingen c.q. (negatieve) ervaringen een rol.

II. *Onderzoeksresultaten 2e fase (interviews).*

Inleiding.

Op grond van een eerste, globale analyse van de semi-gestruktureerde interviews bleek het te prefereren een enigszins andere kategorisering te hanteren dan die werd aangegeven in het onderzoeksontwerp.

Voor zover mogelijk wordt bij de beschrijving van de resultaten een onderscheid gemaakt naar persoonlijke meningen van de ondervraagden over:

- samenwerking in het algemeen
- samenwerking met de beide andere beroepsgroepen.

Bij bestudering van het interviewmateriaal kwamen de volgende aandachtspunten naar voren:

A. HUIDIGE SAMENWERKING.

- omschrijving, activiteiten en vorm
- motieven voor (niet-) samenwerking.

B. FAKTOREN, DIE MOGELIJK VAN INVLOED ZIJN OP DE SAMENWERKING.

- persoonsgebonden factoren
- beroepsgebonden factoren
- structurele factoren.

C. TOEKOMSTIGE SAMENWERKING.

- wensen
- stimulering
- ondersteuning.

HUISARTSEN.

A. HUIDIGE SAMENWERKING.

Omschrijvingen, activiteiten en vorm.

Ongeveer de helft van de huisartsen zegt **samen te werken met wijkverpleegkundigen**. Uit de interviews valt op te maken, dat de gezamenlijke werkzaamheden voornamelijk bestaan uit:

- activiteiten op zuigelingen- en kleuterburo;
- overleg naar aanleiding van een probleemgeval;
- het opstellen van een behandelingsplan en de uitvoering ervan.

Niet alle huisartsen blijken hetzelfde onder samenwerking met wijkverpleegkundigen te verstaan. Sommigen noemen het overleg plegen over een probleemgeval, na afloop van een spreekuur op een zuigelingen- en kleuterburo, samenwerking met de wijkverpleegkundige.

Andere huisartsen echter vinden het opstellen van een gezamenlijk behandelingsplan en de uitvoering ervan kenmerkend voor hun samenwerking met de wijkverpleegkundige.

De zuigelingen- en kleuterburo's blijken als ontmoetingsplaats voor huisartsen en wijkverpleegkundigen zeer belangrijk te zijn.

Er is veel minder sprake van overleg in "ad hoc" situaties en van meer gestruktureerde overlegvormen (zoals home-teams en gezondheidscentra).

Ongeveer de helft van de huisartsen zegt samen te werken met het **maatschappelijk werk**.

Met uitzondering van één huisarts maken deze allen deel uit van een gestructureerde overlegvorm, waar dan ook het maatschappelijk werk **deel van uit maakt**.

De samenwerking bestaat voornamelijk uit:

- wederzijds signaleren, het geven van informatie en overleg plegen met betrekking tot een probleemgeval;
- verwijzen.

Van een "terugkoppeling" van behandelingsgegevens en van het opstellen van een gezamenlijk behandelingsplan is zelden sprake.

Wat ook hier opvalt, is dat niet alle huisartsen hetzelfde blijken te verstaan onder samenwerking met het maatschappelijk werk.

Er zijn enkele huisartsen die verwijzen-naar-het-maatschappelijk-werk als samenwerking zien, maar anderen noemen een verwijzing te vrijblijvend om van samenwerking te spreken.

In het algemeen geldt, dat:

- huisartsen het begrip samenwerking allen op een persoonlijke wijze interpreteren, zodat het moeilijk is een gemeenschappelijke omschrijving van samenwerking te geven;
- contacten die uitsluitend functioneel zijn, niet altijd als samenwerking worden ervaren. Sommigen spreken pas van samenwerking als ook het persoonlijk contact als positief wordt ervaren.

Motieven voor (niet) samenwerking.

Huisartsen noemen een aantal **motieven** waarom ze willen samenwerken (indien ze zich uitspreken vóór samenwerking).

Voorop stellen zij de noodzaak van samenwerking ten behoeve van de hulpvrager.

Verscheidene huisartsen zien de psycho-sociale problematiek als motief voor samenwerking met andere beroepsgroepen.

Enkele typerende uitspraken zijn:

- "ik wil graag horen van iemand die er meer van weet dan ik, hoe die er over denkt, ook in het belang van de patiënt";
- "ik kan patiënten nu beter helpen dan als solo-arts";
- "goed om feedback te krijgen van een ander";
- "we kunnen van elkaar leren".

Huisartsen die **niet** samenwerken met **wijkverpleegkundigen** noemen als motief:

- "het contact met de wijkverpleegkundige is puur beroepsmatig";
- "er is geen contact over de praktijk in het algemeen";
- "het contact met de wijkverpleegkundige wordt niet gevoeld als samenwerking";
- "het contact is erg summier, ligt meer in de verpleegkundige sfeer";
- "het contact bestaat uit het doorgeven van informatie";
- "samenwerking met de wijkverpleegkundige is verschaald de laatste twintig jaar".

Huisartsen die **niet** samenwerken, naar zij zeggen, met **maatschappelijk werkers**, maken — met uitzondering van één huisarts — geen deel uit van een overlegstructuur waaraan het maatschappelijk werk ook participeert.

Als motieven voor het ontbreken van samenwerking, noemt men:

- "het is meer overdragen (van werk) dan samenwerken, het is te vrijblijvend om het samenwerking te noemen";
- "kom geen probleemgevallen tegen die om verwijzing vragen";
- "er wordt door hulpvragers niet gevraagd het maatschappelijk werk in te schakelen";
- "het contact is meer een telefonische kwestie";
- "het contact is een kwestie van informatie uitwisselen".

B. FAKTOREN, DIE MOGELIJK VAN INVLOED ZIJN OP DE SAMENWERKING.

Persoonsgebonden factoren.

Het merendeel van de huisartsen dat samenwerkt of samengewerkt heeft, blijkt **persoonsgebonden factoren** het belangrijk te vinden als faktor bij de samenwerking. De attitude van betrokkenen ten opzichte van samenwerking en interaktionele aspecten blijken belangrijker geacht te worden dan functionele aspecten.

Bij deze persoonsgebonden factoren blijkt het niet te gaan om persoonsgebonden eigenschappen, als leeftijd, sexe en uiterlijk, maar vooral het "elkaar kennen" en "elkaar waarderen".

Illustratief zijn in dit verband opmerkingen als:

- "samenwerking hangt af van de geaardheid van de hulpverleners";
- "het moet klikken anders moet je het niet doen";
- "de persoonlijke instelling is het belangrijkste";
- "de dingen hebben soms meer te maken met de persoon dan met de opleiding".

Beroepsgebonden factoren (taken en wederzijdse beeldvorming).

Wat de **taken** van de huisarts betreft (zie bijlage 10), wordt zowel door de huisartsen, de wijkverpleegkundigen als de maatschappelijk werkers de **somatisch-kuratieve zorg** het meest genoemd.

Ongeveer 1/3 van zowel de huisartsen als de maatschappelijk werkers noemt ook de hulp bij **psycho-sociale problemen**.

Enkele wijkverpleegkundigen noemen ook deze hulp.

Zowel wijkverpleegkundigen als maatschappelijk werkers noemen als belangrijke taak van de huisarts het uitbreiden van de deskundigheid (bijscholing en studie); één huisarts noemt deze taak in zijn takenpakket.

Behalve de somatisch-kuratieve zorg worden, zij het in mindere mate, door de **huisartsen** zelf als belangrijke taken genoemd:

- terreinafbakening;
- bevorderen mondigheid patiënt;
- begeleiding.

Door de **wijkverpleegkundigen** worden verder nog als belangrijke taken genoemd:

- spreekuur houden;
- bijscholing/studie;
- bevellingen.

Als aanvulling op de door de huisartsen genoemde taken noemt een enkele wijkverpleegkundige nog: informatiebiljetten, dag- en nacht beschikbaar en spoedzaken.

Door de **maatschappelijk werkers** worden als belangrijke taken nog genoemd:

- samenwerken c.q. contacten onderhouden;
- deskundigheid uitbreiden/bijscholing.

Als aanvulling op de door de huisartsen genoemde taken noemt een enkele maatschappelijk werker de volgende aanvulling op het takenpakket van de huisarts:

signaleringsfunctie, vertrouwensfunctie, huisbezoeken afleggen, beleidsvoering, motiveren, verantwoording voor x-aantal hulpvragers, onregelmatige diensten/afspraken.

Uit het overzicht van de taken van de huisarts kunnen we konkluderen dat niet alle door de huisartsen genoemde taken door de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers herkend worden.

Wat de **wederzijdse beeldvorming** betreft constateren we, dat:

- **Bijna alle** wijkverpleegkundigen vinden dat zij voldoende afweten van de taken van de **huisarts**.
- Ongeveer de helft van de huisartsen denkt dat de **wijkverpleegkundigen** van de taken van de huisarts **voldoende** afweet.

We merken hierbij op dat de beelden ten aanzien van de taakbekendheid in het geheel niet met elkaar in overeenstemming zijn.

- De **ruime meerderheid** van de maatschappelijk werkers vindt dat zij voldoende afweten van de taken van de **huisarts**.
- Ongeveer de helft van de huisartsen denkt dat de **maatschappelijk werker** van de taken van de huisarts **voldoende** afweet.

We merken hierbij op dat de beelden ten aanzien van de taakbekendheid niet geheel met elkaar in overeenstemming zijn.

Het **verschil in opleiding** wordt wel herkend, maar door huisartsen niet als een belemmering ervaren in de samenwerking met wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

Ook **verschillen in de beroepsethiek** worden niet als belemmerend ervaren, al voegen enkele huisartsen hier aan toe, dat er wel duidelijke afspraken moeten worden gemaakt, hoe dit gezamenlijk moet worden gehanteerd.

De **verschillen in 'taal'** zien de huisartsen eveneens unaniem niet (meer) als een probleem bij samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen.

Sommige huisartsen menen, dat dit nooit een probleem is geweest; anderen menen dat dit vroeger wel het geval was, maar in de huidige samenwerkingssituatie niet meer van betekenis is.

Strukturele factoren.

Het **overheidsbeleid** wordt door de huisartsen niet als van wezenlijke invloed op samenwerking gezien; wel noemen enkele huisartsen een toekomstig vestigingsbeleid als een mogelijke invloedsfactor.

De **verschillen in geografisch werkgebied**, waarbinnen de drie beroepsgroepen werkzaam zijn, wordt door ongeveer de helft van de huisartsen als belemmering voor samenwerking ervaren.

Ook het verschil tussen stad en platteland ziet men als faktor, zoals blijkt uit de opmerkingen als:

- "geen samenwerking met maatschappelijk werk, omdat dit te ver weg zit" (platteland);
- "samenwerking is hier in de praktijk niet zo goed mogelijk door de geografie; ik zit hier geïsoleerd" (platteland);
- "verschillende gebiedsindeling levert problemen op; iedere keer opnieuw kennismaken; er zijn zoveel mensen met wie je contact hebt. Dit is een nadeel van de stad".

Relatie met andere hulpverleners.

Dikwijls weten de huisartsen niet waar zij terecht kunnen voor de hulp bij psycho-sociale problematiek waarmee zij in toenemende mate – naar hun zeggen – worden geconfronteerd.

Als oorzaak noemen zij de wachtlijsten bij de tweedelijnsinstellingen (Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg).

Ongeveer de helft van de huisartsen geeft aan hiermee problemen te hebben.

Men probeert dan maar zelf hulp te verlenen of valt terug op het maatschappelijk werk.

Positie van de hulpvrager.

De huisartsen geven aan, dat het praten met mensen belangrijker is geworden in de dagelijkse praktijk (psycho-sociale problematiek).

In de samenwerking is de rol van de patiënt voornamelijk passief; zelden is er een patiënt aanwezig bij overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige en/of maatschappelijk werker. Wél geven bijna alle huisartsen aan dat zij aan de patiënt toestemming vragen, alvorens over hen te overleggen met een andere beroepsgroep.

C. TOEKOMSTIGE SAMENWERKING.

Wensen.

Wat de wensen ten aanzien van samenwerking in de toekomst betreft, zien de huisartsen unaniem als ideale samenwerking een **kleine, vaste** groep van maximaal vijf personen.

Als reden noemt men: dan pas kan er functioneel samengewerkt worden.

Men is bang voor inefficiëncy in een grotere groep ('oeverloos gezwam').

De meerderheid van de huisartsen is voor **vaste** overlegtijden.

Als ideale samenwerkingspartners ziet men: wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Enkele huisartsen zien de huidige situatie als ideaal.

Dit zijn allen huisartsen, die in een vorm van gestructureerd overleg zitten.

Stimulering.

Praktisch alle huisartsen staan ambivalent ten opzichte van **stimulering** van samenwerking, met name als deze van buiten de eigen beroepsgroep komt.

Als motieven komen naar voren:

- het initiatief tot samenwerking moet bij de hulpverleners zelf liggen;
- lokale situaties verschillen, met name die tussen stad en platteland;
- samenwerking hangt af van de geaardheid van de hulpverleners, het moet 'klikken'.

Voor zover men wel iets ziet in stimulering, denkt men aan:

- psychiatrische scholing (i.v.m. psycho-sociale problematiek);
- stimulering **binnen** de eigen beroepsgroep;
- samenwerking binnen de opleiding aan bod laten komen;
- de hulpvrager wijzen op andere vormen van hulpverlening;
- informatie-uitwisseling tussen de beroepsgroepen;
- bijscholing (symposia e.d.);
- subsidies voor onderzoek met betrekking tot samenwerking.

Ondersteuning.

Wat de ondersteuning bij het ontwikkelen van samenwerking betreft, blijkt dat men merendeels positief staat tegenover begeleiding bij samenwerking.

Daarbij legt men er de nadruk op dat dit vooral in het begin van een samenwerkingsproces nuttig zou kunnen zijn.

Men ziet niet duidelijk wie een dergelijke ondersteuning op zich zou moeten nemen. Genoemd wordt wel: "een deskundige" of "iemand met ervaring op het gebied van samenwerking".

Men denkt daarbij aan activiteiten als:

- adviseren en/of coördineren in de beginsituatie;
- hulp bij het leren samenwerken;
- gespreksvaardigheden;
- procesbegeleiding;
- relatietraining.

WIJKVERPLEEGKUNDIGEN.

A. HUIDIGE SAMENWERKING.

Omschrijving, activiteiten, vorm.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen zegt **samen te werken met huisartsen**.

Uit de interviews valt op te maken, dat deze samenwerking voornamelijk bestaat uit:

- activiteiten op zuigelingen- en kleuterburo;
- overleggen naar aanleiding van een patiënt.

Wijkverpleegkundigen blijken in hun beroepsuitoefening informatie over de patiënt nodig te hebben. Ze zijn als zodanig afhankelijk van de **opstelling** van de huisarts met betrekking tot het verstrekken van deze informatie.

Hierdoor ervaren het merendeel van de wijkverpleegkundigen, het contact met de huisarts als daadwerkelijke samenwerking indien aan één of meer van de volgende voorwaarden is voldaan:

- er wordt wederzijds initiatief genomen;
- te allen tijde een beroep kunnen/durven doen op de huisarts;
- de huisarts stelt zich niet op als opdrachtgever.

Evenals huisartsen vinden wijkverpleegkundigen, dat zuigelingen- en kleuterburo's belangrijke ontmoetingsplaatsen zijn voor beide beroepsgroepen.

Maar bovendien blijken wijkverpleegkundigen, ook als een dergelijke ontmoetingsplaats niet voorhanden is, de huisarts in hun beroepsuitoefening nodig te hebben.

Illustratief in dit verband zijn opmerkingen zoals:

- “je bent als wijkverpleegkundige toch vaak afhankelijk van de huisarts, je hebt hem nodig, daarom werk ik samen”;
- “als er geen samenwerking is, laat je de patiënten in de kou staan, daarom hebben we nu een overleg”.

Mede hierdoor, zijn zuigelingen- en kleuterburo's en andere vormen van overleg, niet direkt van invloed op samenwerking tussen beide beroepsgroepen.

Slechts enkele wijkverpleegkundigen werken samen met het **maatschappelijk werk**.

Voor zover sprake is van samenwerking, nemen beide beroepsgroepen deel aan een gestructureerd overleg, zoals home-team, sociaal café, welzijnsoverleg en gezondheidscentrum.

Ondanks dit gestructureerd overleg, ervaren wijkverpleegkundigen de samenwerking met het maatschappelijk werk als minder intensief dan die met de huisartsen.

In geval van een home-team is de gang van zaken vaak, dat de wijkverpleegkundige de maatschappelijk werker alleen ziet/ontmoet op het regelmatig te houden overleg, maar geen functionele contacten/samenwerking heeft met de laatstgenoemde buiten dit overleg.

De wijkverpleegkundigen geven echter aan, dat zij twijfels hebben ten aanzien van de vraag, of deze vorm van ontmoeting wel samenwerking genoemd kan worden.

Motieven voor (niet-) samenwerking.

Als **motieven om samen te werken**, noemen wijkverpleegkundigen (wanneer ze zich uitspreken vóór samenwerking) met name de noodzaak van de samenwerking met andere beroepsgroepen.

Dit met het oog op een zo'n optimaal mogelijke hulpverlening aan patiënten.

Wijkverpleegkundigen die **niet** samenwerken, naar zij zeggen, met **maatschappelijk werkers**, noemen als motieven het feit, dat er niet zoveel raakvlakken zijn met het maatschappelijk werk en dat de verschillende beroepsgroepen zich met anderssoortige problematiek bezig houden.

B. FAKTOREN, DIE MOGELIJK VAN INVLOED ZIJN OP SAMENWERKING.

Persoonsgebonden factoren.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen blijkt **persoonsgebonden factoren** belangrijk te vinden als faktor bij samenwerking.

Met name de attitude van betrokkenen ten opzichte van samenwerking en de attitude van betrokkenen ten opzichte van elkaar blijken belangrijk geacht te worden. (In dit verband verwijzen we naar de eerder genoemde items, die betrekking hebben op "daadwerkelijke" samenwerking).

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen vindt "het elkaar kennen" belangrijk.

Dit fenomeen blijkt voor hen vooral een drempelverlagende functie te hebben.

Typerende opmerkingen zijn:

- "wanneer je een ander kent, stap je er eerder op af, je weet wat je kunt verwachten";
- "de stap naar degene die ik ken is makkelijker".

Persoonlijke eigenschappen zoals leeftijd, sexe en uiterlijke verschijning wordt niet belangrijk geacht als faktor bij de samenwerking.

Hoewel sommigen wel zeggen, dat er soms iets te merken is van verschil in leeftijd,

Beroepsgebonden factoren (taken en wederzijdse beeldvorming).

Wat de taken van de wijkverpleegkundigen betreft (zie bijlage 11), wordt zowel door de wijkverpleegkundigen, de huisartsen als de maatschappelijk werkers de **somatisch-kuratieve** zorg het meest genoemd. De verpleging neemt hierbij een belangrijke plaats in.

Enkele huisartsen noemen daarnaast de hulp bij psycho-sociale problemen. Dit wordt door zowel de wijkverpleegkundigen zelf als de maatschappelijk werkers niet uitdrukkelijk genoemd.

Als belangrijke taken worden door de wijkverpleegkundigen zelf nog genoemd:

- begeleiding aan kategoriale patiënten (in het bijzonder wordt de begeleiding van reuma- en carapatiënten genoemd);
- huisbezoeken;
- zuigelingen- en kleuterburo;
- (ziekenhuis-) nazorg;
- (interne) vergaderingen.

Behalve de somatisch-kuratieve zorg worden door de **huisartsen** als belangrijke taken van de wijkverpleegkundigen genoemd:

- huisbezoeken;
- zuigelingen- en kleuterburo;
- preventieve werkzaamheden;
- organiseren van kursussen.

Wat hierbij opvalt is dat bijna de helft van de huisartsen preventieve werkzaamheden als één van de belangrijke taken van de wijkverpleegkundige noemt.

Door de wijkverpleegkundigen zelf wordt deze taak in veel mindere mate genoemd.

De (ziekenhuis) nazorg, alsmede de interne vergaderingen van de wijkverpleegkundige worden door de huisartsen niet als taken van de wijkverpleegkundige genoemd.

Als **aanvulling** op de door de wijkverpleegkundigen genoemde taken wordt door een enkele huisarts nog genoemd:

- kontrolé (op voorgeschreven therapie van arts);
- helpen mensen zelf dingen laten doen/patiënt oefenen.

Eén huisarts merkt nog op dat hij de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige op het profylactische vlak jammer vindt. Het beroep is volgens hem verambtelijk. Er is een verschuiving opgetreden van kuratieve werkzaamheden (vroeger) naar preventieve werkzaamheden.

Behalve de somatisch-kuratieve zorg worden door de **maatschappelijk werkers** als belangrijke taken van de wijkverpleegkundige genoemd:

- zuigelingen- en kleuterburo;
- preventieve werkzaamheden.

Als aanvulling op de door de wijkverpleegkundige genoemde taken wordt door een enkele maatschappelijk werker nog genoemd:

- verwijzen;
- gedragsverandering.

Daarnaast merkt een enkele maatschappelijk werker op dat de wijkverpleegkundige kennis moet hebben van kwalen, beschikbaar moet zijn voor vragen op verpleegkundig gebied.

Enkele opvallende uitspraken in dit verband:

- Wijkverpleegkundigen zouden ook in 'intieme dingen' (psychische problemen) scholing moeten hebben in plaats van alleen verzorgen, zoals ze nu te veel doen;
- Wijkverpleegkundigen zouden meer aan reaktivering moeten doen, dus niet meer kijken naar wat niet meer kan, maar kijken wat patiënten nog wel kunnen en dat stimuleren;
- Wijkverpleegkundigen zouden ook andere hulpmogelijkheden kunnen signaleren (ze hebben vaak een hechte vanden met de patiënt).

Uit het overzicht van de taken van de wijkverpleegkundige kunnen we konkluderen dat lang niet alle door de wijkverpleegkundige genoemde taken door de huisartsen en maatschappelijk werkers herkend worden.

Dit geldt echter in het bijzonder voor de maatschappelijk werkers.

De konklusie lijkt gerechtvaardigd dat zowel de huisartsen en maatschappelijk werkers onvoldoende van de taken van de wijkverpleegkundigen afweten.

Een kanttekening die we hierbij maken is dat ons inziens de huisartsen meer afweten van de taken van de wijkverpleegkundigen dan van de maatschappelijk werkers.

Wat de wederzijdse beeldvorming betreft constateren we, dat:

- de **ruime meerderheid** van de huisartsen vindt dat zij **voldoende** afweten van de taken van de wijkverpleegkundige;
- de **ruime meerderheid** van de wijkverpleegkundigen denkt dat de **huisartsen onvoldoende** afweten van de taken van de wijkverpleegkundigen.

We merken hierbij op dat de beelden ten aanzien van de taakbekendheid in het geheel niet met elkaar in overeenstemming zijn.

- ongeveer de helft van de maatschappelijk werkers vindt dat zij **voldoende** afweten van de taken van de **wijkverpleegkundigen**;
- de **ruime meerderheid** van de wijkverpleegkundigen denkt dat de **maatschappelijk werker** van de taken van de wijkverpleegkundige **onvoldoende** afweet.

We merken hierbij op dat de beelden ten aanzien van de taakbekendheid niet geheel met elkaar in overeenstemming zijn.

Wat de wederzijdse beeldvorming van huisarts en wijkverpleegkundige betreft kan vermeld worden dat deze niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn. Dit kan aanleiding geven tot strubbelingen. Strubbelingen, die te maken hebben met een onduidelijke taakomschrijving van wijkverpleegkundigen en een bepaalde taakopvatting van sommige huisartsen met betrekking tot de taken van wijkverpleegkundigen.

Illustratief in dit verband zijn opmerkingen zoals:

- "huisartsen weten soms niet genoeg van mij, er zijn nogal wat taken bijgekomen";
- "we zijn het niet eens met taken, die we van bepaalde huisartsen krijgen";
- "we weten als wijkverpleegkundige ook zelf niet voldoende over onze taken";
- "er is sprake van gebrek aan duidelijkheid over de eigen beroepsgroep".

Vrijwel alle wijkverpleegkundigen herkennen, dat huisartsen en maatschappelijk werkers een andere opleiding hebben genoten.

In het algemeen vormt dit **verschil in opleiding** geen belemmering voor samenwerking.

Wijkverpleegkundigen herkennen **verschillen in de beroepsethiek**.

Slechts een enkeling vindt dit een belemmering voor samenwerking.

Het merendeel van wijkverpleegkundigen heeft geen problemen met de **verschillen in 'taal'** tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen.

Structurele factoren.

Ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen geeft aan, dat hun **instelling** samenwerking wel bevordert of stimuleert.

Een aantal herkennen geen enkele invloed vanuit de instelling op samenwerking.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen kan niet zeggen of het **overheidsbeleid** in enig opzicht invloed heeft op samenwerking.

Een enkeling noemt wel, dat men afhankelijk is van subsidies van de overheid.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen ervaart zelf geen problemen door **verschillen in geografisch werkgebied** bij de samenwerking.

Relatie met andere hulpverleners.

Wijkverpleegkundigen hebben zelden contact met hulpverleners binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Slechts een enkeling heeft weleens een patiënt verwezen. Wel onderhouden ze contacten met gezins- en bejaardenzorg.

Positie van de hulpvrager.

Alle wijkverpleegkundigen zeggen pas nadat zij toestemming hebben gevraagd aan de patiënt, contact op te nemen met een andere beroepsgroep.

Een enkeling zegt, dat de patiënt weleens aanwezig is geweest bij een overlegsituatie.

Ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen denkt, dat het best zinvol zou kunnen zijn, om de patiënt te betrekken bij het overleg.

C. TOEKOMSTIGE SAMENWERKING.

Wensen.

Wat de wensen ten aanzien van de samenwerking in de toekomst betreft, zegt het merendeel van de wijkverpleegkundigen voorstander te zijn van een vaste overlegvorm.

Hoewel enkelen dit overleg niet té frekwent willen.

Ze vinden het belangrijker, dat men elkaar — na de kennismaking en het opbouwen van een relatie — kan bellen indien dit noodzakelijk is.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen is voor een functioneel overleg.

Dit betekent, dat alle beroepsgroepen, die aanwezig zijn op het overleg, betrokken zijn bij de hulpverlening aan de patiënt.

Als ideale samenwerkingspartners ziet men huisartsen en maatschappelijk werkers. Enkelen benadrukken in het bijzonder de samenwerking met de huisarts; zij hebben het gevoel meer met de huisarts op één lijn te zitten.

Gezins- en bejaardenzorg worden overigens óók vaak genoemd als ideale samenwerkingspartners.

Stimulering.

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen staat positief ten opzichte van stimulering van samenwerking.

Men benadrukt echter, dat samenwerking in de eerste plaats van wijkverpleegkundigen zelf zou moeten uitgaan.

Als reden noemt men, dat samenwerking niet van bovenaf opgelegd en/of afgedwongen kan worden. In geval van stimulering; ziet men een taak weggelegd voor de Friese Kruisvereniging en/of de hoofd-wijkverpleegkundige.

Ondersteuning.

Wat de ondersteuning bij het ontwikkelen van samenwerking betreft, blijkt dat praktisch alle wijkverpleegkundigen positief tegenover begeleiding staan.

Daarbij legt men er de nadruk op, dat met name in het begin van een samenwerkingsproces, een begeleider belangrijk kan zijn.

Als zijn/haar taken worden gezien:

- bewakende functie en gespreksleider;
- adviezen en voorlichting geven over samenwerking;
- gespreksvaardigheid en vergadertechniek bevorderen.

Enkelen geven aan, dat de begeleider iemand kan zijn, die ervaring heeft op het gebied van samenwerking.

MAATSCHAPPELIJK WERKERS.

A. HUIDIGE SAMENWERKING.

Omschrijving, activiteiten, vorm.

Vrijwel alle maatschappelijk werkers zeggen samen te werken met huisartsen.

Uit de interviews valt op te maken, dat de samenwerking voornamelijk bestaat uit:

- overleggen naar aanleiding van een cliënt;
- consultatie vragen met betrekking tot een cliënt;
- afspraken maken met betrekking tot een cliënt.

Een enkeling noemt: samen denken, samen behandelingsplan opstellen, de hulpverlening gezamenlijk doen.

Samenwerking tussen maatschappelijk werkers en huisartsen blijkt als volgt te worden onderscheiden:

- met behulp van een gestructureerde overlegvorm (periodiek)
- zonder een gestructureerde overlegvorm (afhankelijk van problematiek van cliënten).

Ongeveer de helft van de maatschappelijk werkers, die samenwerken met huisartsen, maakt deel uit van een min of meer **gestructureerde overlegvorm** waar ook huisartsen deel van uitmaken. Daarnaast hebben ze vaak nog 'samenwerking' met huisartsen die niet deelnemen aan dit overleg. Dit laatste doet zich uitsluitend voor in geval van een probleemsituatie met een cliënt, waarbij diens huisarts niet deelneemt aan deze gestructureerde overlegvorm.

Daarnaast zijn er maatschappelijk werkers die samenwerken met huisartsen en zeggen geen deel uit te maken van een **gestructureerde overlegvorm**. Dit laatste betekent niet, dat er geen bepaalde regelmaat in de contacten met de huisartsen bestaat, alleen is het contact opnemen ook hier afhankelijk van de problematiek van de cliënten. Sommige maatschappelijk werkers geven aan, dat ondanks het feit, dat het overleg met de huisarts niet gestructureerd is, dit laatste niet betekent, dat de samenwerking met de huisarts niet intensief zou kunnen zijn.

Niet alle maatschappelijk werkers blijken hetzelfde onder samenwerking met de huisarts te verstaan. Sommigen spreken van samenwerking, wanneer er sprake is van een gestructureerde overlegvorm, terwijl anderen dit niet noodzakelijk achten voor samenwerking. Ook zijn er maatschappelijk werkers, die het overleggen naar aanleiding van een cliënt als samenwerking beschouwen, terwijl anderen van mening zijn, dat een ideale vorm van samenwerking betekent, gezamenlijk de hulpverlening doen.

Vrijwel alle maatschappelijk werkers hebben contacten en soms overlegsituaties en/of samenwerking met **potentiële verwijzers** zoals: gemeentelijke sociale dienst, politie, buro voor rechtshulp, instellingen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg, etc.

Het merendeel van de maatschappelijk werkers zegt **niet** samen te werken met wijkverpleegkundigen. Voorzover maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen elkaar ontmoeten, nemen de home-teams een belangrijke plaats in. Daarnaast is er geen sprake van het onderhouden van functionele contacten.

Ongeveer de helft van de maatschappelijk werkers zegt zèlf het initiatief te hebben genomen tot oprichting van de verschillende overlegsituaties met huisartsen en potentiële verwijzers.

Hebben wij eerder met betrekking tot de huisartsen opgemerkt dat deze het begrip samenwerking op persoonlijke wijze interpreteren, ook maatschappelijk werkers blijken dit te doen. Het is derhalve ook bij hen moeilijk een gemeenschappelijke omschrijving van samenwerking te geven.

Motieven voor (niet-) samenwerking.

Maatschappelijk werkers noemen als **motieven** waarom ze willen samenwerken:

- de noodzaak van de samenwerking in verband met een betere hulpverlening aan de cliënt;
- het dichterbij de bevolking en de verwijzers staan.

Maatschappelijk werkers, die **niet** samenwerken met **wijkverpleegkundigen** noemen als motief:

- de hulpverleningsgebieden van maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige verschillen nogal;
- maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige moeten leren wat ze aan elkaar kunnen hebben;
- de wijkverpleegkundige is niet in het vizier; iedere cliënt heeft een huisarts en niet een wijkverpleegkundige;
- in de dagelijkse praktijk heeft men weinig met de wijkverpleegkundige te maken;
- er zijn geen overlappings van cliëntsituaties, met andere woorden: geen gemeenschappelijke cliënten.

B. FAKTOREN, DIE MOGELIJK VAN INVLOED ZIJN OP DE SAMENWERKING.

Persoonsgebonden factoren.

"Het elkaar kennen" speelt volgens maatschappelijk werkers wel een rol bij de samenwerking, maar ze benadrukken het veel minder dan de huisartsen en de wijkverpleegkundigen.

Beroepsgebonden factoren (taken en wederzijdse beeldvorming).

Wat de **taken** van de **maatschappelijk werker** betreft (zie Bijlage 12), wordt zowel door de maatschappelijk werkers, de huisartsen als de wijkverpleegkundigen de hulpverlening aan de cliënt verreweg het meest genoemd.

Hierbij valt op, dat de maatschappelijk werkers een meer algemene omschrijving geven van de hulpverlening aan de cliënten.

Naast een algemene omschrijving van de hulpverlening maken zowel de **huisartsen** als de **wijkverpleegkundigen** een duidelijk onderscheid tussen: materiële hulpverlening en immateriële hulpverlening.

Bij de materiële hulpverlening wordt vooral hulp bij financiële zaken genoemd.

Bij de immateriële hulpverlening wordt met name de huwelijksproblematiek genoemd.

Als **aanvulling** op de door de maatschappelijk werkers genoemde taken wordt door de huisarts genoemd: het geven van trainingen.

In mindere mate worden daarnaast door de maatschappelijk werkers zelf als belangrijke taken genoemd:

- het geven van advies en informatie;
- deelnemen aan team- en/of bestuursvergaderingen;
- bemiddeling;
- bestuurswerkzaamheden;
- administratieve werkzaamheden;
- activiteiten m.b.t. deskundigheidsbevordering;
- verwijzingscontacten.

Bovenvermelde taken worden nauwelijks of in het geheel niet genoemd door zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen.

Uit het overzicht van de taken (zie bijlage 12) van de maatschappelijk werkers blijkt, dat lang niet alle door de maatschappelijk werkers genoemde taken door de huisartsen en wijkverpleegkundigen herkend worden.

De konklusie dat zowel de huisartsen als wijkverpleegkundigen onvoldoende afweten van de taken van de maatschappelijk werker lijkt hierbij gerechtvaardigd.

Wat de wederzijdse beeldvorming betreft, konstateren we, dat:

- ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat zij **voldoende** afweet van de taken van de **maatschappelijk werker**.
- de **ruime meerderheid** van de maatschappelijk werkers denkt dat de **huisarts** van de taken van de maatschappelijk werker **voldoende** afweet.

We merken hierbij op dat de beelden ten aanzien van de taakbekendheid niet geheel met elkaar in overeenstemming zijn.

Ook benadrukken een aantal maatschappelijk werkers in dit verband, dat de persoonlijke instelling van de betrokkenen belangrijk is; ze moeten gemotiveerd zijn om samen te werken.

Als taken van een eventuele begeleider worden genoemd:

- gesprek leiden;
- coördinatie;
- het kritisch bekijken van de samenwerking;
- consultatie geven.

Men ziet niet duidelijk wie een dergelijke ondersteuning op zich zou moeten nemen. Wel worden genoemd: een expert, iemand die 'blanco' ten opzichte van de samenwerking staat, iemand met ervaring op het gebied van samenwerken.

III. De resultaten van 1e fase en 2e fase in onderlinge samenhang bezien.

1. De bevinding uit de eerste fase van het onderzoek dat tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen de meeste contacten plaats vinden – en het minst tussen wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers – vindt in de resultaten van de tweede fase een nadere bevestiging.

Wijkverpleegkundigen voelen zich dagelijks betrokken bij het werk van de huisarts – in tegenstelling tot het werk van de maatschappelijk werker. Wijkverpleegkundigen hebben in hun dagelijkse beroepsuitoefening voortdurend informatie nodig over de patiënt; deze informatie moet van de huisarts komen.

Toch is er meer sprake van **potentiële** samenwerking dan van effectieve samenwerking; het ontbreekt aan regelmaat (een vast tijdstip) in de contacten.

Het blijkt dat de wijkverpleegkundigen met betrekking tot samenwerking met de huisarts pas van effectieve samenwerking willen spreken als

- er van **beide** kanten initiatief tot het contact wordt genomen;
- indien zij te allen tijde een beroep op de huisarts kunnen doen;
- de huisarts zich niet als opdrachtgever opstelt.

Of het dus tot effectieve samenwerking komt met de huisarts zal, naar de mening van de wijkverpleegkundigen, in belangrijke mate afhangen van de opstelling van de huisarts.

2. De huisarts werkt het meest samen met **beide** andere disciplines.

We zien hier in de dagelijkse werksituatie een feitelijke 'spil'functie van de huisarts.

Bij de interpretatie van dit gegeven moet wél worden bedacht dat het merendeel van de respondenten uit de drie beroepsgroepen de onderlinge contacten niet optimaal bevredigend vindt.

3. Maatschappelijk werkers blijken, in vergelijking tot de huisartsen en wijkverpleegkundigen, het meest deel te nemen aan diverse soorten van overleg (incidenteel patiëntenoverleg; sociaal café; home-team; welzijnsoverleg). Bij maatschappelijk werkers komt het ook het meest voor dat zij aan meer dan één overlegvorm deelnemen.

Ook blijken maatschappelijk werkers meer dan de andere beroepsgroepen betrokken te zijn bij overlegvorm/samenwerkingsverbanden-in-oprichting.

Maatschappelijk werkers spelen hierbij vaak een initiatiefnemende rol.

4. Wat de taakbekendheid en de beelden die men heeft van de andere twee beroepen en van het eigen beroep betreft, blijken er flink wat verschillen in perceptie te bestaan en onderling strijdige beelden.

Wij veronderstellen dat het ontbreken van intensieve, effectieve samenwerking een belangrijke verklarende factor is.

5. Persoonlijke aspecten blijken in de kontakten van de drie beroepsgroepen onderling door respondenten uit de drie groepen als belangrijk te worden ervaren (1e fase). Uit de resultaten van de 2e fase blijkt echter dat deze persoonsgebonden factoren slechts bij huisartsen en wijkverpleegkundigen van doorslaggevende betekenis wordt gevonden, terwijl bij de maatschappelijk werkers hierop minder nadruk ligt.
6. Werd in de 1e fase van het onderzoek al vastgesteld dat er meer sprake was van 'potentiële' samenwerking dan van 'effektieve', in de 2e fase blijkt dan bovendien dat het samenwerkingsconcept dat de respondenten hanteren onderling nogal blijkt te verschillen. Dit verschil blijkt niet zozeer gebonden te zijn aan het perspectief van de eigen beroepsgroep doch veeleer een persoonlijk karakter te dragen.
Alleen bij de wijkverpleegkundigen blijkt men een gemeenschappelijke kijk te hebben op één aspect van de samenwerking met de huisarts, namelijk de wederkerigheid in de relatie (zie punt 1 hierboven).
7. Wat de motieven voor samenwerking betreft, wordt door de respondenten in het algemeen verwezen naar: verbetering van de hulpverlening aan de hulpvrager.
Toch blijken er ook specifiek motieven per beroepsgroep een rol te spelen:
 - huisartsen noemen de psycho-sociale problematiek
 - wijkverpleegkundigen noemen de afhankelijkheid van hun werk van dat van de huisarts
 - maatschappelijk werkers denken zo dichterbij de bevolking en dichterbij de verwijzer komen te staan (dus minder geïsoleerd).
8. Wat de structurele factoren betreft, valt op dat beleidsfactoren en indeling van werkgebied door een groot aantal respondenten niet als een zo belangrijke faktor bij samenwerking worden ervaren.
Gemeenschappelijk is ook de nogal passieve rol die men toekent aan de hulpvrager bij het samenwerkingsproces.
9. Er komen uit de bevindingen van de 2e fase een aantal gelijke wensen naar voren:
 - de samenwerking moet (licht) gestructureerd worden, zich beperken tot een kleine groep hulpverleners, met vaste overlegtijden;
 - hoewel andere hulpverleners wel worden genoemd, wordt er toch een (licht) accent gelegd op de drie beroepsgroepen waaruit de respondenten afkomstig zijn. Dit ondanks het feit dat de zin van een werkrelatie tussen wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker soms betwijfeld wordt;
 - men accepteert wel stimulering van samenwerkingsverbanden, maar wijst elke vorm van dwang-van-boven af;
 - er wordt een behoefte aan ondersteuning bij de samenwerking uitgesproken, al kan men de gewenste deskundigheid niet duidelijk omschrijven.

C. EERSTELIJNS--SAMENWERKING IN FRIESLAND: TRENDS IN DE BELEIDSONTWIKKELING.

Inleiding.

De beleidslijn van de rijksoverheid ten aanzien van de gezondheidszorg, dat versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg kan bijdragen tot een meer evenwichtige ontwikkeling van de gezondheidszorg in haar totaliteit, vormt een centraal gegeven bij de planning van voorzieningen zoals deze plaats zal vinden binnen het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

In overeenstemming hiermee zullen de beleidsmaatregelen en beleidsvoornemens op het terrein van de eerstelijns gezondheidszorg in de komende jaren worden gerealiseerd.

Onderlinge afstemming van het beleid van V. en M enerzijds en C.R.M. anderzijds zal daarbij noodzakelijk zijn. Deze onderlinge afstemming houdt onder meer in dat op den duur voor de planning in de gezondheidszorg gebruik zal worden gemaakt van het stelsel van de toekomstige Kaderwet Specifiek Welzijn.

Wat de **beleidsuitgangspunten** betreft, kunnen deze als volgt beknopt samengevat worden:

- (1) **Echelonnering:** voorzieningen die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen, worden in één sektor ingedeeld.
- (2) **Regionalisering:** afstemming van voorzieningen zo dicht mogelijk bij het werkvlak en binnen een beperkt geografisch kader (in 1979 zijn in het kader van de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen regio's vastgesteld).
Een goede spreiding van de voorzieningen bevordert de geografische bereikbaarheid en herkenbaarheid voor de bevolking. Betere afstemming van werkgebieden is daarom een noodzakelijke voorwaarde voor betere samenwerking.
- (3) **Bestuurlijke decentralisatie:** de wettelijke grondslag wordt uitgewerkt in Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Bij de ontwikkeling in de eerstelijns gezondheidszorg hebben met name de gemeentebesturen steeds een belangrijke rol vervuld door in bestemmingsplannen rekening te houden met de behoefte aan voorzieningen, door het beschikbaar stellen van grond of werkruimten, door het geven van subsidies. Naast de gemeentelijke besturen zullen ook provinciale besturen bij de verdere ontwikkeling betrokken worden.
- (4) **Demokratisering:** in het kader van vermaatschappelijking van de gezondheidszorg raken burgers en ook werkers in dienst van instellingen meer betrokken bij ontwikkelingen ter zake. Twee aspecten komen naar voren:
 - meer aandacht voor wensen en behoeften van de patiënt;
 - bij het overleg en de besluitvorming worden zowel patiënten als werkers betrokken.
 Ontwikkelingen in deze richting zijn bijvoorbeeld het tot stand komen van samenwerkingsverbanden waardoor de herkenbaarheid van de eerstelijns gezondheidszorg wordt vergroot.
- (5) **Eigen verantwoordelijkheid van de burger:** mensen hebben niet alleen rechten maar ook plichten, die bestaan uit het zich informeren over en het streven naar het bevorderen van gezond leefgedrag en verantwoorde levensgewoonten, alsmede het verantwoord gebruik maken en het ondersteunen van gezondheidszorgvoorzieningen.

Wat de **beleidsvoornemens** betreft: deze zijn gericht op bevordering van het goed functioneren en verbeteren van de organisatie van de gezondheidszorg. Centraal staan hierbij de thema's: samenhang, kwaliteit, volumebeheersing, kostenbeheersing, financiering en informatie.

Binnen de eerstelijns gezondheidszorg zijn ook ontwikkelingstrends te constateren:

- meer nadruk op de verantwoordelijkheid van de patiënt/kliënt voor zijn eigen gezondheid ;
- meer oog voor de belangrijke rol van vrijwilligers en patiëntenorganisaties;

- reductie van de autoriteit van de professionele hulpverlener, zodat de hulpvrager minder afhankelijk en meer mondig wordt;
- het zoeken naar een ander evenwicht in bestuurlijke en beslissingsbevoegdheden: decentralisatie, regionalisatie, subregionalisatie, participatie van de consument;
- zoeken naar structuren en financieringswijzen die optimale mogelijkheden bieden voor de gewenste hulpverlening;
- zoeken naar opleidings- en nascholings- en toetsings- en supervisiemethoden en -structuren, die flexibele hulpverleners vormen, die openstaan voor kritische reflexie op hun handelen en bereid zijn tot bijsturen.

De eindpunten van deze ontwikkeling zijn nog niet geheel duidelijk.

Het wordt daarom verstandig geacht zich niet bij voorbaat vast te leggen in één bepaalde structuur, maar ruimte te laten voor **pluriforme ontwikkelingen**.

Ten aanzien van bepaalde eerstelijnsdisciplines heeft een uitbreiding en verzwaring van taken plaatsgehad, zonder dat er altijd een kritische afweging heeft plaatsgevonden van de vraag of voor het uitvoeren van bepaalde taken de desbetreffende disciplines wel de meest aangewezen is.

Er kunnen dan ook verschuivingen plaats gaan vinden:

- verschuiving van taken van de beroepsoefenaar naar zelf- en mantelzorg;
- verschuiving van taken buiten de eerste lijn naar de eerste lijn;
- verschuiving van taken van de ene professie naar de andere.

Een kritische bezinning op het takenpakket en de meningsvorming omtrent gewenste herziening daarvan dient in de eerste plaats worden uitgevoerd door de professie zelf.

Dit veronderstelt ook overleg tussen overheid, betrokken beroepsorganisaties en adviesorganen. Aldus de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg.

A. Eerstelijnsgezondheidszorg.

In aansluiting op het beleidsplan 1978-1982 van de Provincie Friesland, waarin een passage over samenwerking in de eerste lijn was opgenomen, zullen in het Beleidsplan 1982-1986 beleidsvoornemens geformuleerd worden die betrekking hebben op de samenwerking tussen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, met name wat de eerste lijn betreft.

De provinciale Raad voor de Volksgezondheid wil, zo blijkt uit het werk- en beleidsplan 1981-1986, het beleid in de komende jaren richten op de eerstelijnsgezondheidszorg (naast geestelijke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg).

Het beleid van het Provinciaal Bestuur is daarbij gericht op een integratie van maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg (en van de respectievelijke Raden voor Maatschappelijke Dienstverlening en Volksgezondheid). Deze integratie dient niet te worden opgevat als een 'fusie', maar als samenwerking en afstemming van beide werkvelden.

Bij beide Raden krijgt daarbij zowel het terrein van de geestelijke gezondheidszorg als de eerstelijnsgezondheidszorg bijzondere aandacht op grond van de daar aanwezige sterke verwevenheid tussen maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg.

B. Maatschappelijke gezondheidszorg.

Uit het jaarverslag van de Provinciale Friese Kruisvereniging (1979) blijkt dat men op verschillende manieren bezig is met de eerstelijnsamenwerking.

In dit verslag staan de volgende opvattingen en activiteiten vermeld in het kader van de eerstelijnsamenwerking:

- "Het kruiswerk vormt samen met de huisartsen, met maatschappelijk werk, de gezinszorg en de fysiotherapeuten de eerstelijnsgezondheidszorg. Het regeringsbeleid is erop gericht deze eerste lijn te versterken, teneinde de gezondheidszorg efficiënter te laten functioneren. In die eerste lijn kunnen de kruisverenigingen via hun besturen een bestuurlijk element, maar vooral de behoeften van de bevolking inbrengen. Op die manier kan de persoonlijke inzet van besturen en leden van de kruisverenigingen zelfs een veel breder werkingsgebied krijgen dan nu het geval is. Algemeen gezegd: de afstand tussen de uitvoering van de gezondheidszorg en de bevolking zal in de komende jaren kleiner moeten worden, wil de gezondheidszorg beter en niet duurder functioneren. Besturen van kruisverenigingen kunnen tussen de georganiseerde gezondheidszorg en de bevolking een belangrijke schakel vormen als ze deze uitdaging aannemen."

In een discussie-nota werd als één der uitgangspunten geformuleerd, dat men door het werk het ontstaan en verbeteren van samenwerkingspatronen in de eerstelijnsgezondheidszorg en de welzijnszorg wil bevorderen.

De landelijke discussie-nota "Alleen Samen" (1977) werd binnen de verschillende geledingen van de Provinciale Friese Kruisvereniging besproken.

C. *Maatschappelijk werk.*

In de 'profielchets' van het algemeen maatschappelijk werk in Friesland (in 1978 opgesteld door de Beraadsgroep A.M.W.) wordt het Algemeen Maatschappelijk Werk — in navolging van de opvattingen in een Joint-nota over algemeen maatschappelijk werk en eerste lijn (1978) — gezien als **basisvoorziening** in de eerste lijn.

Het Algemeen Maatschappelijk Werk tracht derhalve aan de eisen van herkenbaarheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid te voldoen; het oriënteert zich daarbij op de leef- en organisatiepatronen van de bevolking en is bereid te werken 'daar waar de mensen thuis zijn'.

Als nadere standpuntbepaling wordt in de profielchets verwoord:

In de profielchets A.M.W. Friesland zijn verder de volgende standpunten te vinden ten aanzien van de samenwerking in de eerste lijn:

- "De stellingname van het A.M.W. om overal aanwezig, voor iedereen beschikbaar en bereikbaar te zijn heeft uiteraard ook zijn komplikaties voor de andere eerstelijnsinstellingen die hetzelfde nastreven. Samenwerking wordt dan een eerste vereiste om de eerste lijn voor de cliënt toegankelijk te maken en te houden. Overwegingen die bij het A.M.W. onder andere een rol spelen om samen te werken met andere werkers in de eerste lijn zijn:
 - de drempelverlaging van het A.M.W. door voor meerdere eerstelijnswerkers beschikbaar te zijn;
 - de gerichtheid en zorgvuldigheid van verwijzingen over en weer;
 - de afstemming door een samenhangende hulpverlening voor zowel binnen de eerste lijn als wel naar de tweede lijn."

De profielchets vervolgt met:

"Het bovenstaande houdt in dat het A.M.W. haar eerstelijnsstaken breder opvat dan de eerstelijnsgezondheidszorg".

Veel A.M.W. instellingen zijn dan ook present in samenwerkingsverbanden met het sociaal-kultureel werk en andere werkvelden die "zorg-aspekten" met zich meebrengen.

Echter gebrek aan mogelijkheden van zowel het A.M.W. als van andere werkvelden hebben in Friesland een uitbouw van een brede eerste lijn nog niet mogelijk gemaakt.

Met een schoorvoetende uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg, met name met de huisartsen, is in Friesland wél een begin gemaakt.

Men is daarbij van mening dat het A.M.W., gezien haar praktijk, niet om de eerstelijnsgezondheidszorg heen kan. De huisarts is degene die relatief de meeste cliënten naar het A.M.W. verwijst of is in de sfeer van overleg, consultatie en samenwerking tijdens de hulpverlening relatief sterk bij het A.M.W. betrokken.

De A.M.W.-instellingen in Friesland zijn daarom van mening dat ten behoeve van samenwerking met de eerste lijn er een bewust beleid aan ten grondslag dient te liggen.

De visieontwikkeling in de gezondheidszorg ("Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg") dringt bovendien het A.M.W. als het ware de samenwerking op, aldus de profielschets.

Ook vanwege het feit dat de hulpvragende mens, wanneer hij met problemen op het psycho-sociale vlak geconfronteerd wordt, zich in vele gevallen tot de huisarts wendt, zal de oriëntatie van het A.M.W. gericht zijn op en werken daar waar de mensen thuis zijn.

Het spreekt echter vanzelf dat bij klachten met een psycho-sociale achtergrond ook met de ambulante geestelijke gezondheidszorg samenwerking wordt gezocht, daar ook deze sector aspecten heeft van de eerstelijns-hulpverlening (onder andere preventie en actieve signalering).

Men is verder van oordeel dat de leef- en organisatiepatronen van de bevolking van dien aard zijn dat deze een samenwerking van A.M.W. en eerstelijnsgezondheidszorg noodzakelijk maakt.

Het A.M.W. heeft de eerstelijnsgezondheidszorg nodig om redenen van bereikbaarheid om het lokaal-gerichte werken gestalte te geven.

Daarom leggen de A.M.W.-instellingen in Friesland de prioriteit bij de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Vervolgens worden enkele wensen genoemd bij de samenwerking met de gezondheidszorg:

- "In de eerste plaats acht men het van belang dat er in Friesland een provinciaal ondersteuningsplatform gekreëerd wordt ten behoeve van de samenwerking.
Het stimuleren tot samenwerking kan niet vrijblijvend geschieden; samenwerking kost tijd en geld."

De beraadsgroep A.M.W. is van mening dat de Raad Maatschappelijke Dienstverlening Friesland en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland in deze dienen te stimuleren.

Verder is gebleken dat er vrij veel gestructureerd overleg is met huisartsen.

In het algemeen zijn er slechts incidenteel nog andere eerstelijnsgezondheidswerkers bij betrokken, zoals wijkverpleegkundigen en dergelijke.

Een probleem met de versterking van de eerste lijn in de richting van de gezondheidszorg zit in de afstemming van de werkgebieden of cliëntenbestanden tussen de huisartsen en de maatschappelijk werkers.

Een verdere ontwikkeling met als doel: nadere organisatorische structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt door de Friese A.M.W.-instellingen toegejuicht, maar kan niet door de eigen A.M.W. kaders worden gerealiseerd.

Het A.M.W. gaat er dan ook van uit dat extra middelen beschikbaar moeten worden gesteld voor deze samenwerking in de vorm van het creëren van zelfstandige eerstelijnskaders of het vergroten van bestaande kaders in de eerstelijnsvoorzieningen.

Tenslotte wordt er met betrekking tot de samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen nog het volgende opgemerkt:

- "Momenteel is het overleg met de huisartsen gestructureerd en voornamelijk cliëntgericht. Dit neemt, gezien de opgave van de instellingen, reeds een behoorlijke tijd in beslag.
In principe is het A.M.W. in Friesland van mening dat daar waar mogelijk is een verdere uitbouw ten behoeve van samenwerking met huisartsen mogelijk moet worden gemaakt."

Echter meer dan een intentieverklaring van het A.M.W. is het niet, omdat het krappe bestand aan maatschappelijk werkers intensieve samenwerking bijna uitsluit.

Aangezien het A.M.W. in Friesland kiest voor uitbouw van de samenwerking met huisartsen kan gesteld worden dat, alleen in zoverre de wijkverpleging reeds participeert in de samenwerking met de huisartsen, de relatie met de wijkverpleging hierdoor versterkt wordt.

De relatie met de wijkverpleging is tevens van belang om de lokaal gerichte oriëntatie van het A.M.W. hierdoor te versterken."

In het beleidsplan 1982-1986 van de Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening wordt bijzondere aandacht besteed aan de uitgangspunten van de ontwerp-kaderwet: decentralisatie, harmonisatie, planning en democratisering.

Decentralisatie vormt evenwel een specifiek aandachtspunt bij de in het voorgaande aangegeven wenselijkheden c.q. problemen.

Het ligt in de verwachting dat — naast de lokale overheid — ook de provinciale overheid meer bevoegdheden krijgt. Daarbij wordt de Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening door de Provincie gezien als eerst aangewezen adviesorgaan op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening.

Wat de verhouding tussen het maatschappelijk werk en de eerste lijn betreft, wordt in het beleidsplan het volgende opgemerkt:

"Op grond van de algemene maatschappelijke ontwikkelingen wordt verwacht dat de hulpverlening in de eerste lijn meer centraal komt te staan en versterkt moet worden. Bij 'eerste lijn' wordt niet alleen gedacht aan de maatschappelijke dienstverlening, maar ook aan de samenhang met de eerstelijnsgezondheidszorg".

Daarbij wordt integratie met de Raad voor de Volksgezondheid (in de zin van: samenwerking en afstemming van de beide werkvelden) ook hier nadrukkelijk als beleidsdoel naar voren gebracht. In de komende jaren zal het beleid van de Raad zich meer en meer richten op de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg, werkvelden die én onderlinge samenhang én verwevenheid kennen tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

D. Eerstelijns-samenwerking: problemen en oplossingen vanuit het beleid gezien.

In de 'Schets Eerstelijnsgezondheidszorg' worden een aantal knelpunten/problemen opgenoemd in verband met de samenwerking in de eerste lijn, onderscheiden naar verschillende nivo's.

Daarnaast worden er per probleemgebied een aantal maatregelen genoemd om deze problemen aan te pakken.

Op het nivo van de samenwerking tussen de eerstelijnswerkers worden de volgende knelpunten signaleerd:

- problemen in verband met het realiseren van een gelijke doelpopulatie;
- het extra tijdsbeslag van de samenwerking.

In dit verband zijn de organisaties in de verschillende werkvelden het volgende van mening:

- De Landelijke Huisartsen Vereniging is van mening dat samenwerken het hoogste rendement geeft wanneer én dezelfde mensen samenwerken én die samenwerking beschikbaar is voor eenzelfde deel van de bevolking.
Men spreekt zich daarbij echter niet expliciet uit over welke samenwerkingspartners dat moeten zijn.
- Het Kruiswerk acht het verschil in werkgebieden een probleem, daarbij uitgaande van de samenwerking van de drie beroepsgroepen.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk te Friesland (Beraadsgroep a.m.w.), is van oordeel dat zij, gezien het krappe bestand aan maatschappelijk werkers, de prioriteit moet leggen bij de samenwerking met de huisarts en zij ervaart het verschil in werkgebied/kliëntenbestand daarbij als een probleem.

Als maatregel om de problemen in de samenwerking van de eerstelijnswerkers op te lossen wordt in de 'Schets Eerstelijnsgezondheidszorg' aangegeven dat men van plan is nadere uitwerking te geven aan de aanbevelingen van de begeleidingsgroep stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra.

Aangezien het hier gaat om één gestructureerde samenwerkingsvorm, zou men daaruit de konklusie kunnen trekken dat andere samenwerkingsvormen tussen de eerstelijnswerkers niet ondersteund worden door de overheid.

Wat de samenwerking tussen eerstelijnswerkers en andere sectoren in de gezondheidszorg betreft, konstateert de 'Schets Eerstelijnsgezondheidszorg' dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg weliswaar een aantal eerstelijnskenmerken heeft, maar in verband met de mate van specialisatie toch niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gerekend.

Ter verbetering van de psycho-sociale hulpverlening zijn wel experimenten gaande waarin het functioneren van een psycholoog in de eerste lijn nader bekeken wordt.

Voorlopige resultaten zouden uitwijzen dat aan ondersteuning vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg de voorkeur gegeven zou moeten worden.

De problemen die men signaleert in de samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorg en de andere sectoren in de gezondheidszorg hebben onder meer te maken met het onderhouden van goede communicatielijnen, adequate informatieuitwisseling en gestandariseerde verwijzprocedures, geografische afstand en praktijkgrootte.

Tenslotte noemt men in dit verband ook nog attitude, taakopvatting en beeldvorming van de werkers.

De overheid stelt zich hierbij de volgende oplossingen voor:

- verbetering van samenwerking tussen huisarts en specialist;
- verbeteren van de nazorgfunctie van het kruiswerk;
- bevorderen van diagnostische faciliteiten en een adequaat gebruik daarvan.

Hierbij wordt overigens wel opgemerkt dat men wel de **voorwaarden** kan verbeteren voor de samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn, maar dat veel afhankelijk is van de bereidheid van de werkers.

Bezien we de voorgestelde maatregelen, dan valt op dat verbetering van de psycho-sociale hulpverlening door middel van ondersteuning van de zijde van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, voorlopig afhankelijk wordt gesteld van de bereidheid bij andere zorgvoorzieningen.

Vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg is een gemengde commissie samengesteld die zich bezighoudt met de relatie tussen eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Men is hier van oordeel dat er meer ondersteuning nodig is vanuit de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de eerste lijn, vergroting van de bereikbaarheid, meer aandacht voor psycho-sociale problematiek binnen de eerste lijn, meer middelen om behoeften en wensen van de bevolking aan zorg intensief te onderzoeken en meer samenwerking met zelfhulpgroepen, vrijwilligerswerk en mantelorganisaties. (Welzijnsweekblad, november 1980).

Vanuit de organisaties in de werkvelden wordt op verschillende manieren gereageerd op de hiervoor geschetste problematiek.

Gezien de opvattingen van het Kruiswerk over hoe een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie eruit moet zien, vindt men dat moet worden gewerkt aan:

- het verbeteren van de relaties met andere hulpverleners en hulpverleningsinstanties;
- het actief betrekken van de bevolking bij de gezondheidszorg en welzijnszorg.

Naast de samenwerking met huisartsen en maatschappelijk werkers ziet men in verband met de ontwikkeling van de zelfzorg en de mantelzorg een taak voor de g.v.o. (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding).

De samenwerking van huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker moet ondersteund worden door twee soorten "specialisten": Specialisten, die direkt hulp verlenen in het thuismilieu bijvoorbeeld wijkziekenverzoekers, gezinsverzoekers, etc. en specialisten, die middels consultatie de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn proberen te bevorderen.

(diskussienota "Alleen Samen", pag. 18).

Voor het algemeen maatschappelijk werk in Friesland (Beraadsgroep a.m.w.) — die gekonstateerd heeft dat zij haar eerstelijns taken breder opvat dan de gezondheidszorg — liggen de problemen in de relatie tussen de eerste en tweede lijn op het terrein van: het afstemmen van de hulpverlening en de taken van het algemeen maatschappelijk werk en tweedelijnsinstellingen die zich met jeugd en jongeren bezighouden en de zogenaamde kategoriale tweedelijnsinstellingen.

Apart besteden zij aandacht aan het afstemmen van taken tussen algemeen maatschappelijk werk en het Centrum voor Persoon en Gezin, omdat men van oordeel is dat men met een gelijke populatie werkt.

Zij verstaan daarbij onder tweede lijn: het gespecialiseerde maatschappelijk werk, maar ook het maatschappelijk werk, gericht op bepaalde groepen en/of categorieën.

Om de relatie tussen de eerste en tweede lijn te verhelderen acht men cliëntenregistratie een voorwaardenscheppend instrument, ook als eerste stap om het algemeen maatschappelijk werk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg op elkaar af te stemmen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging gaat in de "nieuwe blauwdruk" niet in op samenwerking tussen eerstelijns werkers en andere sectoren.

Voor wat betreft de samenwerking verwijst men naar de oprichtingsverklaring van het NOBEL (die men onderschrijft) en die de volgende verklaring bevat:

Naast de deelnemende organisaties in het NOBEL, bestaande uit de drie beroepsgroepen, heeft men overwogen nog andere werkers te betrekken uit het eerste echelon (bijvoorbeeld fysiotherapeuten, vroedvrouwen, psychologen, gezinsverzorging, ambulante geestelijke gezondheidszorg, opbouwwerk, buurt- en clubhuiswerk), aangezien zij ook belang hebben bij een dergelijk overleg.

Om redenen van onder andere efficiëntie heeft men daar van afgezien, ervan uitgaande dat openheid van de resultaten van de besprekingen het bezwaar van niet-deelnemen enigzins kan opvangen. Verder hebben de deelnemende organisaties in het NOBEL de mogelijkheid andere organisaties welke in hun sector der eerstelijnszorg werken, te informeren, te consulteren en bij de voorbereiding der advisering te betrekken.

(Medisch Kontakt 31/1977).

Wat de ondersteuningsstructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg betreft worden in de 'Schets Eerstelijnsgezondheidszorg' een aantal knelpunten signaleerd. Deze zijn voor een groot deel te herleiden tot het gebrek aan samenhang in de ondersteuningsstructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De ondersteuning geschiedt door vele, naast elkaar en vaak los van elkaar opererende instanties. Er zijn verschillen per werksoort, per soort ondersteunende activiteiten, per soort instelling, per geografisch nivo.

Op landelijk nivo ontbreekt voor de ondersteuning in niet aan de discipline gebonden aspecten een duidelijke landelijke instantie.

Vervolgens worden er een hele reeks van knelpunten genoemd, betrekking hebbend op begeleiding, beheer, opleiding, consultatie enz.

In het kader van deze beschouwing zullen wij alleen ingaan op enkele organisatorische aspecten. De overheid stelt o.a. de volgende maatregelen voor:

- het bevorderen van een meer geïntegreerde ondersteuningsstructuur ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg, alsmede de daarvoor benodigde financiering;
- het scheppen van financiële voorwaarden op tijdelijke basis voor regionale ondersteuningsplatforms.

De verschillende organisaties in het veld stellen zich hier het volgende voor:

De Landelijke Huisartsen Vereniging beperkt zich tot de uitspraak dat men geen bezwaar heeft tegen regionalisatie omdat men interne kadervorming nodig acht. Echter wel op voorwaarde dat er medezeggenschap mogelijk is bij de besluitvorming over de regionale gezondheidszorg.

Het Kruiswerk vindt dat moet worden gewerkt aan een uitbouw van de plaatselijke kruisverenigingen tot verenigingen voor gezondheids- en verzorgingszorg.

De overheid dient deze ontwikkeling financieel te steunen.

Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze kwestie in Friesland nog in discussie is.

Het **Algemeen Maatschappelijk Werk** in Friesland (Beraadsgroep a.m.w.) wil in het kader van het stimuleren van samenwerking dat er in Friesland een provinciaal platform ter ondersteuning wordt gekreëerd.

Verder acht men een nadere organisatorische structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg een toe te juichen ontwikkeling maar zij gaan er van uit dat daarvoor extra middelen beschikbaar moeten worden gesteld.

Men denkt daarbij aan het creëren van zelfstandige eerstelijnskaders of het vergroten van bestaande kaders in eerstelijnsvoorzieningen.

Uit het voorgaande blijkt dat er bij de verschillende organisaties enkele ideeën bestaan over een ondersteuningsstructuur.

Deze passen globaal binnen het geheel van maatregelen die de overheid zich daaromtrent voorstelt.

Ten aanzien van de communicatie tussen overheid en de eerstelijnsgezondheidszorgorganisaties, constateert de 'Schets Eerstelijnsgezondheidszorg' dat er geen gemeenschappelijke visie bestaat ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. De communicatie tussen de organisaties in de eerstelijnsgezondheidszorg en de overheden zowel op landelijk- als op lager nivo is voor verbetering vatbaar.

Men zoekt de oorzaak hiervan in het ontbreken van voldoende gegevens over het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg en het ontbreken van voldoende gegevens over aangeboden problematiek. Men wil de communicatiestructuur verbeteren door het verbreden van het landelijk overleg over de eerstelijnsgezondheidszorg.

Verder wil men meer gegevens verkrijgen voor de beleidsvoering door het ontwikkelen van een registratiesysteem voor de eerstelijnsgezondheidszorg en het bevorderen van beleidsrelevant onderzoek.

Wat de organisaties in de werkvelden betreft is gebleken dat zij alle deelnemen aan het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn (NOBEL).

De overheid noemt in het verband van de financiering problemen als gevolg van verschillende financieringsbronnen en verschillende rechtsposities en voorwaarden.

Deze verschillen kunnen aanleiding geven tot spanningen, omdat men op grond van een bepaalde filosofie van het samenwerken met elkaar op voet van gelijkwaardigheid wil omgaan.

Men wil maatregelen treffen onder andere in de sfeer van het streven naar een beperking van het aantal financieringsbronnen van de eerstelijnsgezondheidszorg. De verschillen in financieringsbron maken een beleidsbepaling door prioriteitstelling erg moeilijk.

De Landelijke Huisartsen Vereniging is vóór financiering op basis van een begroting en tegen budgettering in de gezondheidszorg.

Ook in de volksverzekering tegen ziektekosten moet de huisarts de medische coördinator blijven voor de gezondheidszorg in het eerste echelon.

Het Kruiswerk vindt financiering vanuit één bron een absolute voorwaarde voor de integratie van de eerste lijn.

Het **Algemeen Maatschappelijk Werk** in Friesland (Beraadsgroep a.m.w.) is van mening dat er extra middelen moeten komen voor samenwerking in de vorm van zelfstandige eerstelijnskaders of het vergroten van bestaande kaders in eerstelijnsvoorzieningen.

De **positie van de hulpvrager** kreeg aandacht in de nota "Patiëntenbeleid" van de hand van staatssecretaris Veder-Smit van het ministerie van Volksgezondheid.

In deze nota staan een hele reeks voorstellen en aanbevelingen die de mondigheid, de waardigheid en de mogelijkheid tot invloed van de patiënt kunnen bevorderen.

Zo wil de overheid stimuleren dat er een systematische patiëntenvoorlichting van de grond komt. Men gaat ervan uit dat een goed geïnformeerde patiënt zijn recht op zelfbeschikking kan uitoefenen. Om dit te realiseren denkt men onder meer aan:

- Door het verkleinen van praktijken en het bijscholen van hulpverleners kan de voorlichting verbeterd worden;
- Het betrekken van de bevolking bij het beleid van instellingen door middel van een adviesraad van commissie met vertegenwoordigers uit de gemeenschap;
- Het betrekken van bestaande plaatselijke of regionale patiëntenorganisaties bij het beleid;
- De lagere overheden zullen de bevolking bij beleidsplanning moeten betrekken door middel van patiëntenplatforms op plaatselijk en regionaal nivo.

Voor wat betreft de verschillende organisaties legt vooral het Kruiswerk de nadruk op het actief betrekken van de bevolking bij een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie van gezondheids- en welzijnzorg.

D. ENKELE KONKLUSIES ALS AANDACHTSPUNTEN VOOR HET BELEID.

Wanneer we ten dienste van het beleid met betrekking tot eerstelijns-samenwerking konklusies willen trekken uit het totale InSa-project (1e en 2e fase), dan dient men te bedenken dat het hier om een *inventariserend onderzoek* ging. Er zijn geen bepaalde vooronderstellingen, ontleend aan een of andere theorie (hypothesen) getoetst, doch er is slechts gepoogd – zowel in de breedte (3 beroepsgroepen) als in de diepte (belevingen en motieven) – nader inzicht te verkrijgen in het ervaringsveld van de eerstelijns-hulpverleners in Friesland.

De betekenis van een dergelijk type onderzoek is gelegen in het feit dat men naar ervaringen en belevingen peilt bij de werkers in het veld zelf.

Ook al zijn door met name de overheid al bepaalde beleidslijnen uitgezet, wil men dit beleid nader invullen en vertalen in een effectieve beleidstrategie, dan zal men rekening moeten houden met wat bij de betrokken eerstelijns werkers zelf leeft.

Het lijkt ons dan ook juist om in deze slotbeschouwing te pogen een aantal tentatieve konklusies te trekken die praktische konsekventies hebben voor een beleidstrategie.

Het zal daarbij, de beperkingen van een inventariserend onderzoek in ogenschouw nemend, minder gaan om 'beleidsaanbevelingen' in de strikte zin als wel om **aandachtspunten** die o.i. een rol zouden moeten spelen bij de verdere beleidsontwikkeling.

Wij willen deze beschouwing dan besluiten door vanuit deze aandachtspunten en bestaande inzichten omtrent samenwerking-in-de-eerste-lijn een aantal uitgangspunten voor een effectieve beleidstrategie te formuleren.

wat is 'samenwerking' ?

In de 1e fase van het onderzoek konden we al vaststellen dat er allerlei kontakten waren tussen werkers uit de drie beroepsgroepen waarvan echter slechts een deel als 'samenwerkingsrelatie' kon worden aangemerkt ¹⁾.

In de eerste plaats bleek het zinvol een onderscheid te maken tussen (effectieve) samenwerking en **potentiële** samenwerking – in dit laatste geval waren er geen vaste contacttijden.

Globaal samengevat kan men zeggen dat de helft van alle kontakten tussen de werkers uit de 3 beroepsgroepen uit effectieve en de helft uit potentiële samenwerking bestaat.

Het zou te optimistisch zijn hieraan als beleidsdoel slechts te verbinden het omzetten van potentiële in effectieve samenwerking.

Ongeacht het verschil tussen potentieel en effectief blijkt het merendeel van de werkers de kontakten met de andere beroepsgroepen overwegend als 'niet optimaal bevredigend' te beschouwen. Men kan hier een samenhang vermoeden met een andere bevinding uit het onderzoek, nl. dat het **samenwerkingsconcept** (wat ziet men als inhoud van de samenwerking?) nogal blijkt te verschillen. Een verschil dat minder lijkt samen te hangen met de verschillen tussen de beroepsgroepen dan met hoogst persoonlijke opvattingen en verwachtingen.

Alleen de wijkverpleegkundigen zijn als beroepsgroep geneigd specifieke eisen te stellen aan de samenwerking met de huisarts (gelijkwaardigheid) die gemakkelijk verklaarbaar zijn vanuit de historie van de wijkverpleging (van 'doktershulpje' naar zelfstandige professie).

Wanneer we bovenstaande in relatie brengen met twee andere onderzoeksgegevens, nl. het overwegend positief ingesteld zijn t.o.v. stimulering van eerstelijns samenwerking en ondersteuning (mits niet van bovenaf opgelegd, en met enige ambivalentie bij de groep huisartsen), lijkt het ons gerechtvaardigd van een redelijk gunstige voedingsbodem te spreken voor het verbeteren van de kwaliteit van de bestaande samenwerking alsmede het omzetten van veel nu nog potentiële samenwerking in effectieve.

1) onze werkdefinitie was: "een functionele relatie tussen twee of meer werkers in de eerstelijns hulpverlening, waarin regelmatig kontakten plaats vinden over de uitvoering van de hulpverlening" (zie: D1.1, eindverslag 1e fase, p. 13)

de samenwerkingspartners

In veel publikaties wordt als vanzelfsprekend uitgegaan van een soort 'basis-team' in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker).

Vanuit de onderzoeksresultaten dienen hier echter op zijn minst enkele vraagtekens bij te worden gezet.

De potentiële en effectieve samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige resp. tussen huisarts en maatschappelijk werker blijkt het duidelijkst geprofileerd te zijn.

Het blijken overwegend bi-laterale kontakten te zijn (huisarts – wijkverpleegkundige en huisarts – maatschappelijk werker).

Omdat in beide de huisarts voorkomt, zou men van een 'spil'-functie van de huisarts kunnen spreken.

De onderzoeksbevindingen staan niet toe een meer definitieve uitspraak te doen over de mogelijkheden van een meer frekwente samenwerkingsrelatie tussen wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

Enerzijds worden er door de respondenten nogal wat twijfels geuit aan de zin van een dergelijke samenwerking, anderzijds constateren we dat een deel van de wijkverpleegkundigen wel degelijk de maatschappelijk werkers als één van de wenselijke samenwerkingspartners ziet.

Op grond van dit onderzoek wordt een nadere exploratie aanbevolen naar de effectiviteit van bi-laterale samenwerking zoals we deze aantreffen (schema a) en team-samenwerking met meer dan twee partners (schema b)



de vorm van de samenwerking

Afgezien van enkele werkers die streven naar het werken in het kader van een gezondheidscentrum, kiest men overwegend voor een 'lichte' structuur van de samenwerking, in een kleine groep hulpverleners, met vaste overlegtijden. Vooral bij huisartsen en wijkverpleegkundigen bestaat er de neiging grotere samenwerkingsverbanden af te wijzen. Voor de huisartsen spreken daarbij uit de de vorm in de stad zal moeten verschillen van die ten plattelande.

Het is niet zonder meer duidelijk of hier sprake is van een echte voorkeur, of dat hier vooral voorzichtigheid uit spreekt (de gekozen vormen zijn minder geformaliseerd dan bv. een gezondheidscentrum).

De bevindingen van dit onderzoek rechtvaardigen in géén geval a priori te kiezen voor één specifieke vorm van samenwerkingsverband. Voor zover in veel beleidsnota's voornamelijk over (wijk-) gezondheidscentra als samenwerkingsverband wordt gesproken, kan nu gezegd worden dat vanuit de resultaten van dit onderzoek het aannemelijk is dat de werkers in Friesland overwegend geneigd zijn de voorkeur te geven aan lichter gestructureerde en meer kleinschalige samenwerkingsverbanden dan het gezondheidscentrum (home-team e.d.). Dit geldt temeer waar het de plattelandssituatie betreft.

Het verdient dan ook aanbeveling niet zonder meer te kiezen voor één type samenwerkingsverband, maar – b.v. in de vorm van enkele veld-experimenten – verschillende typen te beproeven, met inachtneming van de wensen naar lichte structurering en kleinschaligheid.

Deze aanpak zou tevens recht doen aan het grote belang dat kennelijk gehecht wordt aan de persoonlijke factoren in de samenwerking; het lijkt echter aannemelijk dat de functionele aspecten als

belangrijker ervaren zullen worden naarmate men – wat voor de maatschappelijk werkers al overwegend geldt – meer ervaring heeft met multi-disciplinaire samenwerking.

de positie van de hulpvrager

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat de hulpvrager (patiënt, cliënt) zelden of nooit deelneemt aan het overleg met de betrokken hulpverleners. Toch benadrukken de huisartsen dat 'praten-met-mensen' belangrijk is geworden (i.v.m. de psycho-sociale problematiek), geeft ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen aan het betrekken van de hulpvrager in het overleg zinvol te achten en zeggen vrijwel alle maatschappelijk werk-respondenten dat de cliënt ook aan het overleg zelf deel zou moeten nemen.

Mede gezien in het licht van recente beleidsontwikkelingen bij de overheid en organisaties in het veld van de hulpverlening (met name de nota 'Patiëntenbeleid'), waarbij het actief betrekken van de bevolking bij de hulpverlening veel aandacht krijgt, verdient het aanbeveling bij de verdere beleidsontwikkeling de bevolking op zo direkt mogelijke wijze te betrekken.

communicatie tussen de 3 beroepsgroepen

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er nogal wat tekort aan informatie bestaat m.b.t. de taken van de kollega-hulpverleners. Ook de wederzijdse beeldvorming blijkt allerlei inconsistenties te vertonen. *Veel potentiële en effectieve samenwerking die er nu al is en toekomstige samenwerkingsrelaties zouden ermee zijn gebaat indien vanuit de beroepsgroepen in hun organisatorische verbanden concreet gewerkt zou worden aan het opheffen van gesignaleerde tekorten in kennis omtrent andere disciplines en aan een realistische beeldvorming.*

ondersteuning

Het merendeel van de respondenten acht ondersteuning van het samenwerkingsproces zinvol, zonder echter een nauwkeurig beeld te hebben van wat deze ondersteuning in zou moeten houden.

Vanuit de onderzoeksresultaten willen wij hier enkele specifieke aandachtspunten formuleren:

- 1) wil men geen onnodige weerstand wekken, dan zal men rekening dienen te houden met een bestaand wantrouwen in het veld tegen stimulering van bovenaf en een daarmee gepaard gaande ambivalentie t.o.v. ondersteuning. *Het verdient o.i. aanbeveling het opzetten van een ondersteuningsorganisatie van meet af aan in nauwe samenwerking te laten geschieden met het hulpverleningsveld in Friesland.*
- 2) het heeft slechts zin samenwerkingsprocessen op gang pogen te helpen indien in redelijke mate voldaan is aan de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een gezamenlijk cliënten/patiëntenbestand.
- 3) ditzelfde geldt voor te sterke beperkingen in de onderlinge bereikbaarheid in sommige plattelandsituaties.
- 4) de personele situatie moet zodanig zijn dat er reëel tijd beschikbaar is voor het realiseren van een samenwerkingsverband en voor effectieve samenwerking. In dit verband wijzen wij op het standpunt van het maatschappelijk werk, verwoord in beleidsnota's, dat men meent over voldoende personele middelen te beschikken om de doelstellingen van eerstelijns samenwerking te verwekelijken. Waar huisartsen of wijkverpleegkundigen overbelast zijn geldt uiteraard hetzelfde. *Het beleid zou hier o.i. gericht moeten zijn op het creëren van voldoende personele middelen om samenwerking tussen de drie beroepsgroepen reële kansen te bieden.*

Gezien vanuit de onderzoeksresultaten, zou het aanbeveling verdienen om op korte termijn over te gaan tot het in het leven roepen van een of andere organisatie ter ondersteuning op provinciaal niveau. Een dergelijke ondersteuningsorganisatie zou in ieder geval deskundigheid ter beschikking moeten kunnen stellen van bestaande en ontstaande samenwerkingsverbanden in de eerste lijn met betrekking tot

- sociaal-psychologische aspecten van het samenwerkingsproces
- technisch-organisatorische aspecten van een samenwerkingsverband
- financiële en materiële aspecten van initiëren en functioneren van een samenwerkingsverband

Het ware wenselijk op zo kort mogelijke termijn, gebruikmakend van in dit onderzoek opgewekte en versterkte processen, te laten onderzoeken of en hoe een dergelijke ondersteuningsorganisatie tot stand kan worden gebracht in een nauwe samenwerkingsrelatie met het door de 3 beroepsgroepen bestreken veld van hulpverlening.

uitgangspunten voor een beleidsstrategie

Het zal duidelijk zijn dat op zichzelf staande maatregelen als het instellen van een ondersteuningsorganisatie of verbeteren van de communicatie tussen de 3 beroepsgroepen op zich onvoldoende zijn om de eerstelijns-samenwerking in Friesland te optimaliseren.

Het lijkt wenselijk hiervoor een meer-jaren beleidsstrategie te ontwikkelen die past binnen een breder beleidskader en van meer gegevens gebruik maakt dan de resultaten van dit inventarisatie-onderzoek.

Een dergelijke strategie zou in ieder geval een tweetal fasen moeten omvatten, nl.

eerste fase:

het aanbrengen resp. verbeteren van voorwaarden om concrete samenwerkingsverbanden van een verschillend type te initiëren resp. effectiever te laten functioneren;

tweede fase:

het bieden van deskundige ondersteuning aan bestaande samenwerkingsverbanden of samenwerkingsverbanden-in-oprichting.

Wat de tweede fase betreft zou gedacht kunnen worden aan een reeks 'veld-experimenten' waarbij –aansluitend bij lokale wensen en behoeften– verschillende typen van samenwerkingsverbanden worden beproefd.

Het verdient daarbij aanbeveling te voorzien in een wetenschappelijke begeleiding die tot doel heeft gedurende minstens een aantal jaren een systematische evaluatie te verrichten van de opgedane ervaringen. Dit ten dienste van de verdere beleidsontwikkeling in de provincie Friesland op het terrein van de eerstelijns samenwerking en, in een breder verband geplaatst, de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in één omvattend kader van hulpverleningsbeleid.

BIJLAGEN

- geraadpleegde literatuur
 - A. Algemeen
 - B. geraadpleegde literatuur 1e fase
 - C. geraadpleegde literatuur 2e fase

- BIJLAGE 1. Lijst van medewerkers

- BIJLAGE 2. Begeleidingskommissie.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

A. Algemeen.

- Aakster, C.W. Sociologie en gezondheidszorg, H.D. Tjeenk Willink B.V., Groningen 1974
- Besteman, A. De noodzakelijke terugkomst van de cliënt in de hulpverlening, in: Tijdschrift voor Agologie, 3, 1977 a.
- Besteman, A. De polsstok van de participatie in: De eerste lijn, 3, 1977 b.
- van Beugen, M. De eerste lijn, een (viciëuze) cirkel? in: De eerste lijn, 1, 1975 a.
- van Beugen, M. Probleemoplossende samenwerking: mogelijkheden en grenzen van interdisciplinaire samenwerking in: De eerste lijn, 3, 1977.
- van Beugen, M. Samenwerking als bijdrage tot democratisering in: De eerste lijn, 3, 1977.
- van Beugen, M. Relatie-sleutelaars betreden het strijdperk van Gorkum, Assen/Amsterdam, 1978
- van Beugen, M. Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie van Gorkum en Comp. B.V. — Assen, 1974
- de Boom—van Duin, F.T., Bastiaenen, J.P.J., Goudriaan, G. Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra in opdracht van het Praeventiefonds, Den Haag, 1976.
- Boersma, W. Registratie samenwerkingsverbanden in de eerste-lijnsgezondheidszorg (2) (Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra) rapportage over de periode jan. 1970 - juli 1978 Nederlands Huisartsen Instituut — Utrecht, mei 1979.
- van der Bunt Halbertsma, K.T.A., Mulder, M. (red.) Macht in en rond organisaties Samson N.V., Alphen aan den Rijn, 1977
- Bruining, G.P. Een methode voor de interdisciplinaire patiënt/ cliënt bespreking in: De eerste lijn, 1975/3, 12—14
- Bruining, G.P. Een methode voor de interdisciplinaire patiënt/ cliënt bespreking: de "probleemmarkt" in: De eerste lijn, 1976/2, 4—8

- ten Cate, R.S.
van Dijk, J.P.A.
van der Togt—de Ruyt, M.A.M.
- van Dijk, P.
- van Gent, B.
- van Gent, B.
ten Have, T.T.
- de Graaf, H.
- Groffen, W.
- Groffen, W.
- Hattinga Verschure, J.C.M.
- ten Have, T.T.
- Illich, I.
- Klinkert, J.J.
- Maertens, N.
- Ministerie van C.R.M.
stafbureau statistiek
- Meijerink, G.
- Meijering, J.L.
- Hulpverleners in samenwerking — eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling—
Samson N.V., Alphen aan den Rijn, 1979.
- Naar een gezonde gezondheidszorg
Ankh—Hermes b.v. — Deventer, 1978.
- Andragologie en voorlichting algemene andragologie en voorlichtingswerk als vorm van andragogische arbeid
Boom, Meppel, 1973.
- Andragologie
Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1972.
- Op één lijn in de eerste lijn — samenwerken aan samenwerking —
Nimawo, juni 1975.
- Horizontaal organiseren
Samson N.V., Alphen aan den Rijn, 2e druk, 1976.
- Met de neus op het helpen
Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1975.
- Het verschijnsel zorg
de Tijdstroom, Lochem, 1977
- Andragologie in blauwdruk
H.D. Tjeenk Willink b.v.,
Groningen, 1973.
- Het medisch bedrijf
Het wereldvenster, Baarn, 1975.
- Macht en artsen
Van Gorkum en Comp, b.v., Assen, 1974.
- Gezondheidscentra en cliëntparticipatie
doktoraalskriptie K.U. Nijmegen, oktober 1978.
- Enquête instellingen voor algemeen maatschappelijk werk en organen van samenwerking
Rijswijk, mei 1974.
- Samenwerkingsbegeleiding in het samenwerkingsproject huisarts—maatschappelijk werker—wijkverpleegkundige te Amsterdam
Doktoraalscriptie V.U. Amsterdam, sept. 1977.
- Samenwerken in de hulpverlening
skriptie Sociale Akademie "Twente"
te Hengelo (o), juni, 1977.

- Nederlands Huisartsen Genootschap
Hoe helpt de dokter?
Huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerste-
lijns hulpverlening, Utrecht, juli 1975.
- Nimawo
Raakvlakken tussen algemeen maatschappelijk
werk en wijkverpleegsters
's-Gravenhage, december 1970.
- Tellegen, E.
Medische sociologie
Samson N.V., Alphen aan den Rijn, 1975.
- de Wijs, D.
e.a.
Eerstelijns Hulpverlening
Doktoraalskriptie Instituut voor Wetenschap der
Androgogie/ Amsterdam, juli 1977.
- Zola, J.K.
De medische macht
Boom, Meppel, 1973.
- van der Zee, J.
Registratie samenwerkingsverbanden in de eerste-
lijnsgezondheidszorg
I rapportage over de periode januari 1970 –
september 1977
Nederlands huisartsen instituut – Utrecht
juli 1978
- Zwart, C.J.
Gezicht veranderen van organisaties deel 1
Theorie en praktijk van het begeleiden
Lemniscant, Rotterdam 1977.

Discussienota's/verslagen

Taken van het verlengd bestuur.

Diskussienota voor het gesprek van het bestuur
van de afdeling Friesland over de voortgang van
de regionalisatie
augustus 1978.

Discussienota, uitgebracht door de
Commissie Alternatieve Geneeswijzen
juni 1978.

Verslag van de eerstelijns conferentie Amsterdam
Afdeling Openbare Gezondheid en Ziekenhuiswezen
Stadhuis, Amsterdam
7 mei 1977.

B. geraadpleegde literatuur 1e fase.

1. Nota "Regionalisatie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in Friesland"

Nota van de commissie regionalisatie Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland Provinciale Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening in Friesland mei 1975
2. Nota van de sub-werkgroep Inventarisatie Samenwerkingsverbanden Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
4 november 1977
3. Onderzoeksvoorstel InSa-team
20 november 1979
4. Onderzoeksontwerp InSa-team
27 maart 1980
5. Struktuurnota Gezondheidszorg
Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
augustus 1974
6. Ontwerp-wet Voorzieningen Gezondheidszorg
Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dr. P.J.H. Kruisinga
1971
7. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg
Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne,
Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16066, nrs. 1-2, E. Veder-Smit
8. Voorlopige Stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra
circulaire Minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
juli 1974
9. Samenwerkingsproject 1e lijn (s 1)
Samenwerkendeorganisaties:
Nederlands Huisartsen Instituut (Utrecht)
Nationale Kruisvereniging (Bunnik)
Landelijke organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening
"Joint" ('s-Hertogenbosch)
10. Advies Maatschappelijk Werk
Staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
Rijswijk, 16 mei 1977, kenmerk MG U58311

11. Nota Algemeen Maatschappelijk Werk in samenwerking met de Eerstelijnsgezondheidszorg "Joint", 's-Hertogenbosch, augustus 1979.
12. W. Fransen, in:
De eerste lijn, juni/augustus 1980, nr. 3/4
13. Knelpuntennota,
rapport van de beraadsgroep knelpunten harmonisatiebeleid en welzijnswetgeving
Den Haag 1974
14. Rede van Van Gunsteren gehouden ter gelegenheid van het nieuwe hoofdkantoor van de
Stichting Het Zilveren Kruis,
april 1977
15. Bergmans, Damhuis, Elshout, Verschure (1974)
in A.J.A. Godfroj: "Interorganisationele vraagstukken in de welzijnszorg":
Sociologische Gids 79/1, pag. 42
16. Hulpverleners in de eerste lijn
Prof. dr. M. van Beugen (red.)
1979, Assen.

C. geraadpleegde literatuur 2e fase.

1. Planning van de gezondheidszorg naar de nullijn of daaronder, Verslag symposium mei 1980. Uitg.: Rijksuniversiteit Groningen, Universitaire Leergangen Gezondheidszorg.
2. De komende vijf en twintig jaar. Een toekomstverkenning voor Nederland. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Rapporten aan de regering, 15/1977, Staatsuitgeverij Den Haag.
3. LHV informatie bulletin, aug. 1978: Huisarts en Samenwerking. Uitg.: Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht.
4. Medisch Contact, weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1977/31.
5. Hoe helpt de dokter, interimrapport samengesteld door de werkgroep takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, juli 1975.
6. Profiel Algemeen Maatschappelijk Werk, een discussienota over de positie van het algemeen maatschappelijk werk. Uitg.: Beraadsgroep Algemeen Maatschappelijk Werk, Leeuwarden, december 1980.
7. Publikatie landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening 'Joint', oktober 1980. (gericht aan de instellingen AMW).
8. Jaarverslag 1979, Provinciale Friese Kruisvereniging, Leeuwarden.
9. Alleen Samen. Discussienota over de toekomst van het kruiswerk, 1977. Nationale Kruisvereniging, Utrecht.
10. J. van Londen en S.P. Bangma. De ambulante geestelijke gezondheidszorg in reconstructie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 4/81.
11. Pierre Stalman en Lodewijk van der Stal, Een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkenden en psychologen, Amsterdam, oktober 1979 (doktoraalskriptie).
12. J.H.G. Segers. Sociologische onderzoeksmethoden, 1977, Van Gorcum, Assen/Amsterdam.
13. Michael Argyle. The psychology of Interpersonal Behavior, Penguin books, Londen 1978.
14. P.G. Swanborn, Aspecten van sociologisch onderzoek, 1977, Boom, Meppel.
15. Mark van de Vall. Sociaal beleidsonderzoek, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1980.
16. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, Gewijzigde herdruk. Tweede kamer der Staten—Generaal, zitting 1979—1980, 16066. De Staatssecretaris Veder—Smit van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Staatsuitgeverij, Den Haag.

17. Interim advies schets eerstelijnsgezondheidszorg, 1980–1981, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, Den Haag.
18. De ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, een inventarisatie van de bestaande ondersteuning aan werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg, Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de RU Leiden, Var-reeks nr. 39, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1979.
19. Rapport evaluatie proefregio's volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, januari 1980.
20. Gewijzigd wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg, 1979–1980.
21. Gewijzigd wetsontwerp Kaderwet Specifiek Welzijn, 1979–1980.
22. Gordon, Raymond L. Interviewing, Strategy, Techniques en Tactics. Rev. ed. Homewood Ill., 1976.

BIJLAGE 1.

Lijst van medewerkers eerste fase onderzoek (schriftelijke enquête)

Prof. dr. M. van Beugen, J. Meijering,	projectleider dokt. student Sociaal Hoger Onderwijs Friesland (S.H.F.) leerprojekt + stage periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time) van 1-9-1980 tot 1-1-1981 projektkoördinator "ad interim" (full-time).
S. Olijnsma,	dokt. studente S.H.F. leerprojekt periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time) van 1-8-1980 tot 1-1-1981 (full-time).
A. Windig,	dokt. student S.H.F. 1/2 deel leerprojekt periode 1-3-1979 tot 1-6-1979.
D. Posthumus,	dokt. student S.H.F. leerprojekt + stage periode 1-3-1979 tot 1-8-1980 (part-time)
A. van Weerden,	dokt. student S.H.F. leerprojekt + 3/5 deelstage periode 1-3-1979 tot 1-6-1980 (part-time).
Tj. de Haan,	dokt. student S.H.F. leerprojekt + 2/5 deelstage periode 1-3-1979 tot 1-6-1980 (part-time).
J. Paulusma,	dokt. studente S.H.F. leerprojekt periode 1-3-1979 tot 1-1-1980 en 1-6-1980 tot 1-9-1980 (part-time)
Drs. J. Dijkhuizen,	projektkoördinator (8/10 deeltijd) periode 1-11-1979 tot 1-9-1980
P. Jansen,	student S.H.F. leerprojekt van 15-8-1980 tot 1-12-1980 (part-time).

Methodologische konsultatie

Drs. J. Wouda,	wet. medewerker S.H.F.
Drs. J. Brinks,	wet. medewerker S.H.F.
A. Doesburg,	student S.H.F. (ponswerk)

Administratieve medewerkers

M. Edel	telefoniste
G. Machiela	typiste
I. Hoffman	typiste
M. de Jong-Vroom	typiste
J. Munnik	lay-out voorpagina
W. Faas	tekeningen.

Lijst van medewerkers tweede fase onderzoek (interviews)

Prof. dr. M. van Beugen,	projectleider
Drs. J. Meijering,	projektkoördinator (8/10 deeltijd) periode 1-1-1981 tot 1-7-1981
Drs. C. Boon,	methodoloog (part-time)
W. Boon,	dokt. studente (stage, 8/10 deeltijd) periode 13-10-1980 tot 1-7-1981
S. Olijnsma,	dokt. studente (full-time stage) periode 1-1-1981 tot 1-7-1981
J. Scheepens,	dokt. studente (stage, 8/10 deeltijd) periode 13-10-1980 tot 1-7-1981
M. Weisenbach,	dokt. studente (stage, 8/10 deeltijd) periode 13-10-1980 tot 1-7-1981

Administratieve medewerkers

H. Jagersma	typiste
W. Vlogtman	typiste
J. Munnik	lay-out voorpagina
W. Faas	tekeningen

BIJLAGE 2.

Begeleidingskommissie.

Het onderzoeksteam werd begeleid door een begeleidingskommissie, waarin zitting hadden:

H.T. Kijlstra,	geneeskundig—inspecteur van de Volksgezondheid voor Friesland, voorzitter
Tj. H. Hut,	directeur—arts Provinciale Raad voor de Volksgezondheid voor Friesland
J. Zwart,	hoofd bureau Friesland C.R.M., I.c.
P. Evers,	directeur Raad Maatschappelijke Dienstverlening Friesland
I.J. Bruinewoud,	medewerker Provinciale Griffie, secretaris.

De begeleidingskommissie vormt een schakel tussen het onderzoeksteam en de opdrachtgever.

Met deze kommissie zijn in de vergadering van 19 februari 1980 afspraken omtrent hun taakinvolving gemaakt.

STUDIE & LOOPBAAN 2

Curriculum Vitae Johan Meijering



- Geboortedatum: 19 maart 1947
- Geboorteplaats: Kampen
- Burgerlijke staat: Ongehuwd (gehuwd geweest)
- Woonplaats: Groningen
- Kinderen: Margarethe, William, Alexander
- Kleinkind: Christiaan-Carlos

Gewoond in de volgende plaatsen:

Kampen, Zwolle, Rotterdam, Lochem, Vroomshoop (O), Den Ham (O), Hengelo, Leeuwarden (vanaf 1962), Groningen (vanaf 1990).

Studeerde na afstuderen aan de Sociale Academie Twente te Hengelo- sociale wetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Groningen. In 1980 afgestudeerd, specialisatie organisatieontwikkeling. Begon zijn (ambtelijke) carrière als (hoofd)agent van gemeentepolitie. Werkte nadien als maatschappelijk werker en sociale wetenschapper voor verschillende gemeentelijke overheden. Gaf als de coördinator van het InSa-project - opdrachtgever provincie Friesland - leiding aan een onderzoeksteam. Rode draad in zijn leven: organiseren, (ver)bouwen en wonen, kunst, dans en theater.

Nam van jongs af aan vele initiatieven op cultureel gebied en op het terrein van woon- en leefmilieu.

Gaf vanaf 2003 met zijn (dans)partner Carla Durville dans- en theater- voorstellingen (benefiet) en workshops in binnen- en buitenland, regelmatig in samenwerking met de door hem opgerichte groep Nostalgia (muziek, zang en dans).

Samenvatting belangrijkste activiteiten op cultureel gebied en op het terrein van woon- en leefmilieu.

- 1964 Oprichter en voorzitter (1964 t/m 1967) dans- en instuifvereniging K 64 ('Kuifje '64') in Leeuwarden.
- 27-04-1966 Initiatiefnemer, organisator en presentator benefiet song- en muziekfestival in Leeuwarden.
- 1971 Bestuurslid (1971 en 1972) van de Vereniging voor Handenarbeid, afdeling Friesland/Leeuwarden.
- 1972 Mede-initiatiefnemer en -oprichter, bestuurslid (1972 en 1973) van de IPA (International Police Association), afdeling Friesland.
- 1986 Initiatiefnemer en oprichter van de O.S.A. (Onafhankelijke Secretarie Ambtenaren) van de gemeentesecretarie van de gemeente Leeuwarden.
- 1990 Initiatiefnemer om het woon- en leefmilieu in Groningen (Hoogkerk) te verbeteren. Actievoerder om gezichtsbepalende (beeldende) kunstwerken in openbare ruimten te realiseren. Tevens initiatiefnemer om de geluidswal langs de A-7 in Groningen (Hoogkerk) te verlengen.
- 1991 Initiatiefnemer en mede-eigenaar van 'Kijkbungalow Minerva' (1991 t/m 1994) te Groningen (Hoogkerk), een gratis onafhankelijk advies-, informatie- en ideeën centrum, tevens expositieruimte. Organisator 37 tentoonstellingen. Bezoekers in vier jaar: ruim 13.000 uit binnen- en buitenland.
- 1993 Initiatiefnemer en medeorganisator kunstmanifestatie in Groningen (Hoogkerk) ter gelegenheid van de viering van het 75-jarig bestaan van de kunstkring de 'Groninger Ploeg'. Eendagstentoonstelling met 75 Ploegschilderijen in 30 woonhuizen in de Jan van der Zeestraat. Bezoekers: ca. 2000.
- 1993 Mede-initiatiefnemer en organisator van de kunstwinkel van beeldende kunstenaars aan de Grote Markt no. 43 te Groningen.
- 27-04-1994 Oprichter en voorzitter (1994 en 1995) van de stichting (kunsthuis) 'De Permanente' te Groningen.

- 1998 t/m 2001 Organisator tientallen tentoonstellingen in onder meer verpleeghuis Innersdijk te Groningen en het Streekmuseum 'De Oude Wôlden' te Bellingwolde.
- 1999 Initiatiefnemer en medeoprichter van de stichting 'La Pasión' centrum voor Argentijnse Tango en multiculturele activiteiten te Groningen (bestuurslid van 1999 t/m 2001).
N.B. De gevel van La Pasión werd in 2001 genomineerd voor de verkiezing van het mooiste bouwwerk van de gemeente Groningen en werd winnaar van de publieksprijs.
- 1999 Initiatiefnemer en medeoprichter van de stichting 'Do' uitwisseling van Japanse kunst en cultuur en voorts al hetgeen met één en ander direct of indirect verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn.
- 2000 Initiatiefnemer en oprichter van 'Los Lunaticos', een klein (theater) gezelschap: twee Argentijnse Tango dansers en een gitarist).
- 07-11-2001 Initiatiefnemer, coördinator en deelnemer dansoptreden Argentijnse Tango met zes dansparen prins Willem-Alexander en prinses Máxima bij hun bezoek aan Groningen.
- 2001 Initiatiefnemer en mede-sponsor (50%) van de stad-safari in Groningen, een culturele manifestatie met Willem de Ridder.
- 2004 Initiatiefnemer en oprichter muziek- en dansgezelschap Nostalgia (4 personen: twee dansers Argentijnse Tango, violist en sopraan). Optreden in onder meer Egypte (uitzending Egyptische TV - Channel 5).
- 2004 t/m 2006 Stelde zijn geheel verbouwde woonhuis 'La Nueva Pasión' (nieuwe passie) incidenteel (gratis) beschikbaar voor kleinschalige culturele activiteiten.
Het pand werd ingewijd door kleinzoon Christiaan-Carlos.
In de hal van het pand is een gedenksteen ingemetseld met de tekst:
La Nueva Pasión
inagurado por
Christiaan-Carlos Meijering
14 Mayo 2004

STUDIE & LOOPBAAN 2

- 20 t/m 27 08-2006 Het Groningse dansgezelschap Galili Dance gaf van 20 t/m 27 augustus 2006 tijdens het jaarlijkse festival Noorderzon een aantal solodansvoorstellingen in 'La Nueva Pasión'. Dat gebeurde in het kader van het project Your Place/My Place, waarbij vijf woonhuizen in de stad dienden als decor voor vijf verschillende solovoortellingen door vijf verschillende Galili dansers, gemaakt door vijf internationale gastchoreografen.
- 04-10-2006 Initiatiefnemer om het vervalsen van kunst en de handel in valse kunst, in het bijzonder van de kunstkring de 'Groninger Ploeg' aan banden te leggen.
De initiatiefgroep 'Ploegaffaire' onderzoekt diverse mogelijkheden op dit terrein.
Publiceerde 'Mijn pleidooi inzake de Altink-affaire'.
- 2007 Uitbreiding muziek- en dansgezelschap Nostalgia (7 personen: tenor, sopraan, concertpianiste, twee violisten, popartiest, twee dansers Argentijnse Tango).
- 2007 Mede-initiatiefnemer Stichtingen Oprechte Kunsten Stichting Echt/Vals i.o.
- 02-01-2007 Oproep en voorstellen aan het bestuur van de provincie Groningen: In het kader van te nemen milieumaatregelen:
- het invoeren van een eenmalige vuurwerkvrije jaarwisseling
 - het structureel invoeren van autoloze zondagen
- 18-01-2007 Voordracht op het symposium 'Echt/Vals', Waterkantzaal PTA in Amsterdam.
Overige sprekers: Geert Jan Jansen, Jan Pieter Glerum, Roland Janssen, Aad du Croix Timmermans.
- 13-06-2007 Publicatie 'Woensdag de Dertiende' Een persoonlijke reactie tegen onrecht, list en bedrog, machtsmisbruik, intimidatie en bureaucratie!
Overhandiging 1e exemplaar aan de voorzitter adviescommissie 'Omgeving en Milieu' provincie Groningen.
- 05-07-2007 Publicatie 'Nachtmerrie van een kunstliefhebber'
Altink-affaire I en II in 'vogelvlucht'
Overhandiging 1e exemplaar aan Hans Alders, Commissaris van de Koningin van de provincie Groningen.

- 16-07 t/m 08-08-2007 Initiatiefnemer/leider China zomer-tournee dans- en muziek-gezelschap Nostalgia.
Diverse optredens in staatstheaters in Lanzhou, hoofdstad provincie Gansu in Centraal China. Uitzending voor Chinese TV.
- 23-11-2007 Publicatie 'Nostalgia China-tournee Zomer 2007'. Overhandiging 1e exemplaar aan Max van de Berg, Commissaris van de Koningin in de provincie Groningen.
- 06-08-2008 Initiatiefnemer, medeoprichter en secretaris stichting 'Staakt Het Vuren'
Doel: Een bijdrage leveren aan het vervangen van het afsteken van consumentenvuurwerk door milieuvriendelijk, veilig, professioneel vuurwerk en lasershows.
- 08-12-2008 Nieuwspoort in Den Haag.
Publicatie boeken:
 - 'Vuurwerk. Dagboek van een ruststoker.'
ISBN: 978 90 8954 0690
 - 'Vuurwerk. Feiten liegen niet.'
ISBN: 978 90 8954 0775
- 11-08-2009 Initiatiefnemer en interviews documentaire 'Arie Zuidersma. Als je schildert vergeet je alles'.
Documentaire ter gelegenheid van de viering van zijn 87e verjaardag op 6 januari.
Eerste opname en interview gestart op 11 augustus 2009.
- 27-10-2011 Initiatiefnemer en met Carla Durville en samensteller boek 'Dromen en geheimen. De andere wereld van Arie Zuidersma'
 - 'Dromen en geheimen. De andere wereld van Arie Zuidersma'
ISBN: 978 90 8954 3349 (hard cover)
ISBN: 978 90 8954 3370 (soft cover)Presentatie in de raadszaal in Vries (Dr) van de gemeente Tynaarlo.
- 13-11-2011 Opening expositie (12 november 2011 t/m 8 januari 2012) van het werk van het langst levende lid van de oude garde van de Groninger Ploeg (ca. 10 jaar voorzitter), Arie Zuidersma (1925) en Aukje Niemeijer in galerie Ruigewaert in Niezijl (Gr.).

STUDIE & LOOPBAAN 2

- 13-11-2011 Première van de documentaire 'Arie Zuidersma. Als je schildert vergeet je alles' ter gelegenheid van de viering van zijn 87e verjaardag op 6 januari 2012.
Eerste opnamen en interviews gestart op dinsdag 11 augustus 2009.
Interviews Johan Meijering.
- 07-09-2015 Alternatief plan 'Nieuw Groninger Forum' ingediend bij het College van burgemeester en wethouders van de gemeente Groningen voor de locatie van het Groninger Forum;
Voorstel om een raadgevend referendum te organiseren.
- 18, 19-09-2015 Bedenker en initiatiefnemer van het eerste 'Tango Festival La Pasi3n Groningen. Op 18, 19 en 20 september 2015.
Een jaarlijks terugkerend festival in het derde weekend van de maand september.
- 19-09-2015 Initiatiefnemer en organisator 'Reünie La Pasi3n' in de 'Vrijdag Concertzaal' in Groningen
Presentatie boeken:
• 'La Pasi3n. Salon de Tango y Cultura. Een bron van inspiratie'
 ISBN: 978 90 8954 7927
• 'Argentijnse tango. Van Groningen tot Maastricht'.
 ISBN: 978 90 8954 7927
Filmische terugblik: 'La Pasi3n. Salon de Tango y Cultura'.
- 09-2016 Overhandiging eerste exemplaar boek 'Groninger Forum. Een bodemloze put' aan F.J. Paas, Commissaris van de Koning in de provincie Groningen.
• 'Groninger Forum. Een bodemloze put'
 ISBN: 978 90 8954 8863
- 17-09-2016 Initiatiefnemer en organisator 'Reünie Kijkbungalow Minerva' in de 'Vrijdag Concertzaal' in Groningen.
Presentatie boek:
• 'Kijkbungalow Minerva'
 ISBN: 978 90 8954 8870
Filmische terugblik: 'Kijkbungalow Minerva'

Verschenen boeken

Vuurwerk <i>Dagboek van een ruststoker</i> Johan Meijering	2008	ISBN: 978 90 8954 0690
Explosief vuurwerk <i>Feiten liegen niet</i> Johan Meijering	2008	ISBN: 978 90 8954 0775
Dromen en geheimen <i>De andere wereld van Arie Zuidersma</i> Samenstelling Johan Meijering en Carla Durville	2011	ISBN: 978 90 8954 3349
La Pasión <i>Salon de Tango y Cultura</i> Johan Meijering	2015	ISBN: 978 90 8954 7927
Argentijnse Tango <i>Van Groningen tot Maastricht</i> Johan Meijering	2015	ISBN: 978 90 8954 7903
Groninger Forum <i>Een bodemloze put</i> Johan Meijering	2016	ISBN: 978 90 8954 8663
Kijkbungalow Minerva <i>Een inspirerende kijk op wonen en kunst</i> Johan Meijering	2016	ISBN: 978 90 8954 8870
Consumentenvuurwerk <i>Van volksvermaak tot overheidsverbod</i>	2020	ISBN: 978 94 6365 3015
In bewerking		
Grenzeloze passie - Autobiografie	2022	
Kuifje '64	2023	
Argentijnse tango. Van Groningen tot China	2024	

