

ken hierbij bijvoorbeeld aan contacten met de gemeente en gemeentelijke instellingen, met de ambulante geestelijke gezondheidszorg, met medische specialisten en met ziekenhuizen.

Binnen ons project zijn we ons ervan bewust dat we op dit gebied tot nu toe veel minder hebben gedaan dan we zelf als mogelijk en wenselijk beschouwen. Hopelijk zullen we in de volgende tien jaren van ons bestaan hieraan meer aandacht kunnen besteden.

Bijlage: publikaties over het Samenwerkingsproject Amsterdam

- Rapport over het Samenwerkingsproject huisarts - maatschappelijk werker - wijkverpleegkundige. *Intagon-werkgroep, Amsterdam, 1974.*
- Meijerink, G. Samenwerkingsbegeleiding in het Samenwerkingsproject huisarts - maatschappelijk werker - wijkverpleegkundige. *Stichting Samenwerkende Amsterdamse Kruisverenigingen, Amsterdam, 1977.*
- Meijerink, G. Ervaringen van een samenwerkingsconsulente in een gedemocratiseerd samenwerkingsverband. In: *Democratisering in de gezondheidszorg. De Tijdstroom, Lochem, 1977.*
- Jaarverslag over 1979 van het Samenwerkingsproject Amsterdam. *Amsterdam, 1980.*
- Dijkmans van Gunst, M., S. Mulder, I. Hoeksema e.a. Het Samenwerkingsproject Amsterdam. (1980) *De eerste Lijn* 6, 152-164.
- Koning, T. Eerste lijn Amsterdam. Vereniging Samenwerkingsproject bestaat 10 jaar. (1980) *T.M.W.-Welzijnsmaandblad*, 357-361.
- Salemink, G. W. Samenwerkingsproject Amsterdam. Stimulering van samenwerken in de eerste lijn - een voorbeeld. (1981) *Medisch Contact* 36, 93-97.
- Tompot, C., L. Aretz en M. Dijkmans van Gunst. Terugkijk op 10 jaar samenwerking. (1981) *Maatsch. Gezondheidszorg* 9, nr 2, 20-24.
- Hollenbeek Brouwer, H. (red.). Samen leren werken. *VUGA, 's-Gravenhage, 1981.*
- Brochure over tien jaar Samenwerkingsproject Amsterdam. Verschijnt in de loop van 1981.

Samenvatting op pagina 232; summary op page 233.

De teambesprekingen

Waarom moet elk team aandacht besteden?

GÉKE MEIJERINK*

Direct bij de oprichting van het Samenwerkingsproject Amsterdam werd een samenwerkingsconsulente aangetrokken. De auteur, die deze functie nu ruim tien jaar heeft uitgeoefend, beschrijft een aantal punten waaraan tijdens teambesprekingen speciaal aandacht besteed dient te worden.

Inleiding

Voor teams in de eerstelijns gezondheidszorg zijn de teambesprekingen van bijzonder groot belang omdat alleen daar de samenwerking echt zichtbaar wordt. Immers, in de dagelijkse praktijk van het werk zijn alle teamleden in het algemeen alleen. Soms treden twee van hen samen in contact met een patiënt, maar zelfs dat is uitzondering. Hier ligt een principieel verschil met veel andere teams, zoals een voetbalteam of een operatieteam, waarin de teamleden tijdens de uitvoering van hun werk samen zijn en al hun handelingen op elkaar af dienen te stemmen. Binnen het Samenwerkingsproject Amsterdam besteden we dan ook veel aandacht aan de teambesprekingen en de vorm waarin deze gehouden worden.

Direct bij de oprichting van het project werd een samenwerkingsconsulente aangetrokken om de teams te begeleiden. Ik oefen deze functie nu ruim tien jaar uit en ik heb me daarbij altijd voor het grootste deel gericht op de normale, wekelijkse teambesprekingen, die in de eerste plaats patiëntenbesprekingen zijn. In nieuwe teams, of teams waarin een nieuw teamlid functioneert, maak ik gedurende de eerste maanden alle besprekingen mee, waarna we evalueren en samen nieuwe afspraken maken. Verder houd ik met alle zestien teams regelmatig contact. Ik maak de teambesprekingen periodiek mee en houd van tijd tot tijd evaluatiebesprekingen. Ik richt me tijdens de teambesprekingen op het zoeken van een optimale manier om samen te werken en op het ontwik-

kelen van een goede manier om samen over het werk te praten. In tegenstelling tot begeleiders die hun functie uitoefenen tijdens aparte begeleidingsbijeenkomsten, los van het gewone werk, kan ik steeds inhaken op het dagelijks werk en kan ik mijn interventies steeds in verband brengen met de taak waar het team voor staat, de hulpverlening aan patiënten; in die situatie kan ik de leden laten zien wat zij zelf niet zien en naar voren brengen wat zij zelf verborgen houden.

Naast de periodieke contacten die ik met de teams heb, bestaat voor ieder team de mogelijkheid mij in te schakelen als een of meer teamleden daar behoefte aan hebben, als er speciale vragen zijn, of als er moeilijkheden of conflicten zijn of dreigen te ontstaan.

Binnen ons samenwerkingsproject zijn in de afgelopen tien jaar ongeveer 7200 teambesprekingen gehouden. Vanuit die ervaring, en met name vanuit mijn ervaring met de begeleiding van een groot aantal van die besprekingen, wil ik in dit artikel ingaan op enkele punten waaraan alle teams tijdens hun besprekingen speciaal aandacht dienen te besteden, willen ze als team in stand blijven, plezierig werken en op een goede wijze hulp verlenen. Ik zal niet streven naar volledigheid, maar een aantal punten noemen die ik zelf als bijzonder belangrijk beschouw.

De inhoud van de teambesprekingen

In ons samenwerkingsproject bepaalt ieder teamlid voor zich zelf welke patiënten hij op de agenda van de teambespreking wil plaatsen, wat hij daarbij aan de orde wil stellen en op welke wijze hij de anderen daarbij wil betrekken.

* Andragologe, samenwerkingsconsulente.

De redenen om een patiënt op de agenda te plaatsen kunnen van uiteenlopen de aard zijn: van het vragen van een praktisch advies tot de wens een teamlid bij de hulpverlening in te schakelen; van het geven of vragen van informatie over een patiënt tot de behoefte de teamleden te consulteren over de eigen hulpverlening. Ook de behoefte eens te praten over de moeilijke en nare dingen die men in de praktijk tegen komt en de behoefte aan steun van de anderen, kunnen redenen zijn om tijd te vragen tijdens de bespreking.

Bij het bepalen van wat hij wel of niet wil bespreken moet een teamlid – min of meer bewust – allerlei beslissingen nemen:

– wil ik vertellen over behandelingen die goed verlopen, of wil ik juist datgene aan de orde stellen waar ik geen raad mee weet?

– wil ik me bepalen tot het probleem van de patiënt, of wil ik ook mijn eigen hulpverlening ter discussie stellen?

– breng ik alleen iets ter sprake als het me zelf helder en duidelijk voor de geest staat, of soms ook als ik er zelf verward over ben?

– wil ik een ander teamlid eigenlijk wel inschakelen bij een patiënt met wie ik zelf al lang contact heb?

– kan ik hulp vragen zonder in de ogen van anderen „af te gaan“?

– kan ik mijn moeilijkheden met een patiënt naar voren brengen zonder het risico te lopen dat een van de anderen de hulpverlening van mij wil overnemen?

– wil ik eigenlijk echt advies van de anderen, of zoek ik alleen bevestiging van hetgeen waar ik mee bezig ben?

Dergelijke vragen hebben te maken met de kernvraag of teamleden werkelijk proberen samen tot een optimale vorm van hulpverlening te komen, en zijn voor een belangrijk deel terug te brengen tot de vraag of men bereid is risico's te nemen en zich kwetsbaar op te stellen. De wijze waarop ieder voor zich de beslissingen neemt, is bepalend voor het functioneren van het team. Wie niet bereid is risico's te nemen, zal weinig echte hulp van het team ervaren. Voor hem is de kans op teleurstelling in de samenwerking groot.

Soms vermijdt een heel team risico's bij het beslissen over wat men in de teambespreking brengt. In de meest extreme vorm beperkt men zich dan tot het uitwisselen van informatie over patiënten en het doorgeven van gegevens over patiënten die men naar elkaar verwijst. Dit is gedurende korte tijd bevredigend, omdat het een belangrijke verbetering is vergeleken bij de vroegere situatie

toen de verschillende hulpverleners elkaar nauwelijks kenden en vaak helemaal langs elkaar heen werkten. Maar al gauw krijgt men een gevoel van „is dit nu alles?“ Blijft men hierin steken, dan volgt de vraag of zoveel tijdsinvestering eigenlijk wel nodig is en of datgene wat in de teambespreking besproken wordt, niet evengoed telefonisch kan of in incidentele besprekingen tussen twee teamleden.

Elders zien we nogal eens dat teams die op deze manier werken, na korte tijd weer verdwijnen of na een enthousiast begin op een laag pitje verder sudderen. In het Samenwerkingsproject voorkomen we een dergelijke ontwikkeling doordat we ervan uit gaan dat, om tot werkelijke samenwerking te komen, het nemen van risico's voor alle teamleden onvermijdelijk is. We stappen in een heel vroeg stadium af van een vrijblijvende vorm van samenwerking of beginnen direct op een ander niveau. Dat stelt hoge eisen aan de teamleden, en ook als een goede start is gemaakt, is het ontstaan van een gevaarlijke vicieuze cirkel in een later stadium niet denkbeeldig. Wie zich in een bespreking kwetsbaar opstelt, is immers sterk afhankelijk van de anderen. Schrikt hij van hun reacties (of van het uitblijven daarvan), dan is de kans groot dat hij na kortere of langere tijd besluit zijn nek niet meer uit te steken. Besluit een ander als gevolg daarvan dat ook niet meer te doen, dan betekent dat het begin van de cirkel die tenslotte leidt tot een heel ander soort besprekingen dan waar men aanvankelijk voor gekozen had.

De cirkel wordt soms doorbroken doordat een van de teamleden zich zijn ontevredenheid met de gang van zaken zo sterk bewust wordt dat hij opnieuw risico's gaat nemen. Vaak echter is doorbreken alleen mogelijk door de gang van zaken als zodanig aan de orde te stellen.

Gerichtheid op patiënt én hulpverlener

In een patiëntenbespreking zoals wij die in het Samenwerkingsproject houden, praten de teamleden over degenen aan wie zij hulp verlenen, over hun werk als hulpverlener en over zichzelf in hun werk. Dit betekent ten eerste dat het steeds gaat om onderwerpen waarbij sprake is van een sterke persoonlijke betrokkenheid, en ten tweede dat ieder team staat voor de opgave het juiste evenwicht te vinden tussen gerichtheid op de patiënt en gerichtheid op de hulpverlener.

Dit evenwicht is essentieel voor het karakter van de samenwerking. Het kan nooit van te voren vastgesteld worden, het ligt voor ieder team verschillend en men kan er alleen al werkend naar zoeken. Van belang is dat teams voortdurend aandacht besteden aan de vraag over welk aspect ze eigenlijk praten en of ze dat ook zo willen. Vaak gaat in een bespreking een teamlid in op een ander aspect dan hetgeen de inbrenger van een geval naar voren brengt. Gaan de andere teamleden daarin mee, dan is de kans groot dat de inbrenger zich met zijn eigenlijke vraag terugtrekt. Voor hem blijft de bespreking dan onbevredigend. Het volgende gesprek is daar een voorbeeld van. Het lijkt misschien wat extreem, maar het komt wel rechtstreeks uit de praktijk.

Huisarts: „Hij vertelde dat hij die pijn niet langer kon verdragen en vroeg toen plotseling of ik hem wilde helpen een eind aan zijn leven te maken. Ik had dat helemaal niet verwacht en schrok enorm. Ik wist niet zo gauw wat ik moest zeggen, en heb geloof ik helemaal verkeerd gereageerd (vertelt hoe). Het zit me nog steeds dwars en ik voel me er heel rot over.“

Teamleden: „Heeft hij die pijn al lang?“ „Wat krijgt hij tegen de pijn?“ „Hoe zou het komen dat hij er zo ineens niet meer tegen kan?“

Hoewel de betrokken huisarts hier zelf duidelijk zag wat er gebeurde, ging hij zonder meer in op de vragen van de anderen, waarna het gesprek nog uitsluitend over de patiënt ging. Pas toen ik als begeleider zijn eigen probleem weer naar voren bracht, pakte hij dat weer op, waarna alle teamleden bereid bleken daarop in te gaan en hem ook hielpen bij het voorbereiden van het volgende gesprek.

Kritiek en adviezen

Wie niet alleen de problemen van de patiënt, maar ook het eigen werk in de teambespreking ter discussie stelt, heeft daar vanzelfsprekend alleen iets aan als de teamleden erop reageren, niet alleen met begrip en bemoediging, maar ook met kritiek en met eigen ideeën, voorstellen en adviezen.

Dat het geven van kritiek vaak moeilijk is, is een bekend verschijnsel in allerlei situaties. In interdisciplinaire teams is een extra moeilijkheid dat teamleden vaak menen dat ze eigenlijk geen kritiek mogen geven en niet met voorstellen en adviezen mogen komen op een terrein waar de ander de „deskundige“ is. Dit

heeft nogal eens bedekte en verpakte kritiek tot gevolg, of voorzichtige vragen in plaats van een duidelijk voorstel. Voorbeeld van dat laatste: de wijkverpleegkundige die de huisarts vraagt of hij weleens aan een bepaald verandering in de medicatie heeft gedacht, of de huisarts die de maatschappelijk werker vraagt of hij weleens afzonderlijke gesprekken met de echtgenoten heeft overwogen. Krijgen zij op die vragen als antwoord „nee”, dan is de „discussie” gesloten zonder dat iets is bereikt. Pas als een dergelijke vraag wordt omgezet in een voorstel, kan er over gepraat worden. Gebeurt dat niet, dan is de inbrenger niet geholpen en blijft degene die het advies heeft gegeven zitten met het gevoel dat daarmee niets gedaan wordt.

Voortdurende aandacht voor duidelijkheid in de communicatie blijkt hier dus van groot belang en rechtstreeks van invloed op de hulpverlening aan de patiënt.

Communicatie op verstandelijk en gevoelsniveau

Kenmerkend voor onze teambesprekingen is het feit dat de besproken onderwerpen vaak sterk emotioneel bepaald zijn. Ook dit richt de aandacht op de communicatie. Het betekent dat daaraan hoge eisen worden gesteld, met name omdat de discussie over die onderwerpen niet vrijblijvend is, maar moet leiden tot afspraken en beslissingen. Van groot belang is dat in gelijke mate aandacht wordt besteed aan communicatie op verstandelijk en op gevoelsniveau. Wordt een van beide verwaarloosd, dan ontstaan onvermijdelijk frustraties en irritaties. De enige oplossing is dan het verwaarloosde aspect in de communicatie terug te brengen. Dit is voor de teamleden meestal een moeilijke opgave en vooral als zij weinig ervaring hebben, zal hiervoor vaak de hulp van een teambegeleider noodzakelijk zijn.

Taakverdeling

In eerstelijns teams ligt de taakverdeling tussen de teamleden niet bij voorbaat vast. Deze wordt door de teamleden zelf bepaald. Veel toekomstige teams besteden daarom tijdens de voorbereidingsfase veel tijd aan het bespreken van ieders „takenpakket”. Vaak volgt dan in de praktijk snel de teleurstelling en ontstaan irritaties, omdat de ander „het nu nog niet weet”. Mogelijk is een van de oorzaken van het

geringe rendement van dergelijke langdurige voorbesprekingen het feit dat men zich daarbij hoofdzakelijk richt op de soorten problemen die iedere discipline tot zijn werkteurien rekent, terwijl de wijze van kijken naar een probleem en de doelstelling en werkwijze bij de hulpverlening vaak veel meer het eigene van een discipline bepalen dan de vragen of problemen waarop men zich richt. Een gevaar van een dergelijke werkwijze is bovendien dat lang praten zonder zichtbaar resultaat bij veel praktisch ingestelde hulpverleners de motivatie wegneemt. Ik ben van mening dat hulpverleners, voor ze in een team gaan samenwerken, alleen voldoende van elkaar moeten weten om gefundeerd te kunnen besluiten dat ze willen samenwerken. De rest komt in de praktijk, mits men de juiste werkwijze kiest.

Als men uit gaat van een werkmodel waarbij het ene teamlid een patiënt naar het andere teamlid verwijst, moet men inderdaad van te voren goed op de hoogte zijn van elkaars werkgebied en deskundigheid. Maar het essentiële van samenwerken in een team is juist dat men een dergelijk werkmodel kan verlaten. Teamsamenwerking betekent dat de een niet meer een patiënt naar de ander hoeft te verwijzen, maar dat men samen over patiënten kan praten en samen kan besluiten wie een aandeel in de hulpverlening zullen hebben.

In de teams van het Samenwerkingsproject kan een teamlid een probleem of hulpvraag van een patiënt in de teambespreking brengen omdat hij meent dat zijn eigen deskundigheid op dat terrein ontoereikend is. De teamleden kunnen dan ieder voor zich laten weten wat hun mogelijkheden en beperkingen op dat gebied zijn. Werkt een team op deze manier, dan komt het er in de eerste plaats op aan dat ieder een zo duidelijk mogelijk beeld heeft van zijn eigen beroepsdeskundigheid en van zijn eigen persoonlijke mogelijkheden; en vooral ook dat ieder het aandurft zijn eigen gedachten hierover zo duidelijk mogelijk naar voren te brengen.

Dit is geen gemakkelijke werkwijze. Het is soms moeilijk om te zeggen dat men iets niet kan. En het is nog veel moeilijker zichzelf als hulpverlener aan te bieden, als de anderen dat niet zo direct zien. We hebben immers allemaal geleerd dat we onze deskundigheid niet te veel naar voren mogen schuiven? Maar zo lang we in stilte wel verwachten dat de ander die deskundigheid ziet, is dat een weinig steekhoudend argument. Als iedereen ervan uit gaat dat hij – in ieder geval in de beginperiode – zijn

eigen mogelijkheden het beste kent en van daaruit met voorstellen komt, kan iedereen die het daar niet mee eens is of een ander voorstel heeft, daarmee naar voren komen. Op die manier ontstaat een discussie die niet altijd makkelijk is, maar in ieder geval wel duidelijk. En duidelijkheid in deze discussie is essentieel om in ieder afzonderlijk geval tot een goede taakverdeling te komen en om al werkend meer inzicht te krijgen in elkaars mogelijkheden en deskundigheid.

Naarmate dat inzicht groeit, gaan steeds duidelijker drie gebieden ontstaan: een gebied waarbinnen het duidelijk is tot wiens werkteurien het behoort, een gebied waarbinnen de disciplines elkaar overlappen en verschillende teamleden in staat zijn hulp te verlenen, en een gebied dat tot niemands specifieke werkteurien behoort, maar waar wel dingen gedaan moeten worden. Heeft een team eenmaal besloten welk soort hulp men wil bieden, en is voor iedereen duidelijk dat die binnen het eerste gebied valt, dan is dus over de taakverdeling geen discussie meer nodig. Het is vooral het tweede gebied waar blijvend aandacht aan besteed dient te worden.

Gelijkwaardigheid

In alle voorgaande punten ben ik impliciet uitgegaan van de gelijkwaardigheid van de teamleden en van het ontbreken van hiërarchische verhoudingen.

Gelijkwaardigheid is iets waar vrijwel altijd veel aandacht aan wordt besteed als het gaat over teams in de eerstelijns gezondheidszorg. Bij alle mij bekende teams ziet men gelijkwaardigheid als een belangrijke voorwaarde voor de samenwerking, iets waarin eerstelijns teams van het begin af hebben afgeweken van allerlei andere teams in de gezondheidszorg. Vaak hoor en lees ik hoe belangrijk het is dat hierover van te voren duidelijke afspraken worden gemaakt.

Waar dat tot ieders tevredenheid gedaan wordt, volgen echter in de praktijk toch vaak snel teleurstellingen. Ik denk dat hier nogal eens de misvatting in het spel is, dat verhoudingen tussen mensen door middel van afspraken te regelen zijn. Dat is echter maar heel gedeeltelijk het geval. Verhoudingen tussen mensen worden voor een heel groot deel bepaald door wat zich van moment tot moment afspeelt tussen die mensen en bij elk van hen afzonderlijk. Daaraan moeten we dus aandacht besteden als we in een groep een bepaald soort verhoudingen willen bereiken en handha-

ven. In teambesprekingen merk ik steeds weer hoe het echt ervaren van onderlinge gelijkwaardigheid iets anders is dan het maken van afspraken daarover. Goede afspraken kunnen bijvoorbeeld wel verhinderen dat een van de teamleden meent de ander opdrachten te kunnen geven. Gebeurt dat toch, dan kan men zich op de gemaakte afspraken beroepen en zal men er meestal met goede wil wel uit komen. Wat in zo'n geval gebeurt, gebeurt immers openlijk en is voor iedereen duidelijk. In de praktijk wordt de gelijkwaardigheid echter veel vaker bedreigd door gebeurtenissen die niet voor iedereen – en soms voor niemand – duidelijk zijn. Een voorbeeld kan dit wellicht duidelijk maken:

In een team vertelt een wijkverpleegkundige over een contact met een patiënt. Ze vraagt advies op een punt waar ze het gevoel heeft vastgelopen te zijn. Er ontstaat een levendige discussie, waarin echter een van de huisartsen nauwelijks een aandeel heeft. Ik zeg dat ik haar inbreng mis en vraag of zij geen ideeën heeft of dat er iets anders is. Antwoord: „Ik heb er wel een mening over, maar het is haar terrein en ik vind dat ik haar geen voorschriften moet geven”.

De formulering geeft aan dat deze huisarts denkt te handelen vanuit het uitgangspunt van gelijkwaardigheid. Impliciet gaat zij er echter van uit dat haar mening meer waard is dan die van de ander. Zij denkt immers dat voor de ander haar mening een voorschrift zou betekenen! In zo'n geval is de moeilijkheid dat de betrokkene zich meestal niet bewust is van wat bij hem meespeelt bij zijn opvattingen over gelijkwaardigheid. Vaak hebben de anderen dat ook niet duidelijk in de gaten, maar voelen zij wel vaag aan dat er iets niet klopt. Irritatie is het gevolg.

Wordt hier niets aan gedaan, dan is de kans groot dat het patroon zich voortzet en versterkt, wat op den duur zal leiden tot verhoudingen die werkelijke samenwerking verhinderen. Alleen als eerst bewust en dan bespreekbaar gemaakt wordt wat in zo'n geval gebeurt, kunnen de teamleden een stapje verder komen met het creëren van gelijkwaardigheid en zijn veranderingen mogelijk.

Besluitvorming

Het ontbreken van hiërarchische verhoudingen binnen een team is vanzelfsprekend ook van grote invloed op de besluitvorming. Niemand heeft op grond van zijn functie het uiteindelijke

beslissingsrecht en alle besluiten moeten dus gezamenlijk genomen worden. Gaat het om de hulpverlening aan patiënten, dan betekent dat echter niet dat bij iedere beslissing ieders inbreng even zwaar moet wegen. De inbreng van de teamleden wordt dan mede bepaald door ieders specifieke rol bij wat aan de orde is en/of zijn specifieke deskundigheid op het betreffende gebied. De teamleden moeten dus steeds overeenstemming bereiken over de vraag wiens inbreng in een bepaald geval het zwaarste weegt, en zij moeten vaak vanuit een grote ongelijkheid in inbreng toch komen tot consensus bij de besluitvorming. Dat betekent voor elk team een moeilijke opgave waarbij een grote mate van duidelijkheid en openheid in de onderlinge communicatie noodzakelijk is.

Een andere moeilijkheid is, dat vaak besluiten worden genomen zonder dat men dat in de gaten heeft. Voor een aantal teamleden is dan een bepaalde gang van zaken zo vanzelfsprekend, dat zij helemaal niet zien dat er alternatieven zijn. In zo'n geval is het voor een ander vaak moeilijk alsnog met een alternatief te komen. Een voorbeeld uit de praktijk:

Een team heeft besloten een patiënt een bepaalde vorm van hulp aan te bieden. De maatschappelijk werker deelt daarop mee wanneer de patiënt contact met hem kan opnemen om een afspraak te maken. Dat juist de maatschappelijk werker de aangewezen hulpverlener zou zijn, is echter in het geheel niet ter sprake geweest en dus zeker niet beslist.

Worden vaak op deze wijze beslissingen genomen, dan betekent dat een direct gevaar voor de samenwerking. Het is dan ook van groot belang dat teamleden leren onderkennen wanneer en hoe besluiten worden genomen, en ook dat zij het aandurven een bepaalde gang van zaken, zoals die in het gegeven voorbeeld, terug te draaien.

Evalueren

Als laatste punt wil ik noemen de noodzaak van geregeld evalueren van de teamsamenwerking en van het gezamenlijke werk.

In het Samenwerkingsproject spreken de teams meestal bij iedere evaluatie af binnen welke termijn de volgende evaluatie zal plaatsvinden. Op die manier wordt evalueren een geïntegreerd onderdeel van het werk van het team. Hiermee voorkomt men het als vanzelfsprekend vasthouden aan eenmaal ge-

kozen werkvormen en het werken vanuit normen die in het team zijn ontstaan zonder dat men er bewust voor heeft gekozen. Bovendien bieden evaluaties een extra mogelijkheid aandacht te besteden aan de relaties tussen de teamleden en die dingen tegen elkaar te zeggen waar men in de drukte van het dagelijks werk soms niet toe komt.

Conclusie: voortdurende aandacht voor communicatie

In dit artikel heb ik een aantal punten genoemd waaraan tijdens teambesprekingen speciaal aandacht gegeven dient te worden. Ze zijn van uiteenlopende aard. De manier waarop teamleden aandacht moeten geven aan de verschillende punten, vertoont echter een grote mate van overeenkomst. Steeds weer blijkt dat de teamleden de juiste manier moeten vinden om met elkaar te praten, over het werk en over wat tijdens de teambespreking gebeurt.

Voor teams die tot werkelijke samenwerking willen komen, zie ik dan ook voortdurende en blijvende aandacht voor de communicatie tijdens de teambesprekingen als een absolute voorwaarde. De communicatie zoals ik die als wenselijk zie voor multidisciplinaire teams in de eerstelijns gezondheidszorg tijdens hun patiëntenbesprekingen, heeft – vergeleken met communicatie in andersoortige groepen – een heel eigen karakter en wordt vooral gekenmerkt door het steeds weer zoeken naar het juiste evenwicht tussen aandacht voor de patiënt, de hulpverlener, datgene wat zich tussen patiënt en hulpverlener afspeelt, en datgene wat zich tussen de teamleden onderling afspeelt. Verder zijn directheid, openheid en duidelijkheid in de communicatie van rechtstreeks belang voor de samenwerking en dus voor de hulpverlening aan de patiënt, terwijl aandacht voor metacommunicatie (communicatie over de communicatie) absoluut noodzakelijk is om gevaarlijke vicieuze cirkels te voorkomen of te doorbreken.

Aan de communicatie in eerstelijns teams worden hiermee hoge eisen gesteld. Het is dan ook iets dat zij moeten leren. Hiervoor worden nogal eens afzonderlijke trainings- of begeleidingsbijeenkomsten aangeraden, los van het dagelijks werk. Ik ben echter van mening dat het leren het beste in de praktijk kan gebeuren, tijdens de normale teambesprekingen, waarbij aparte bijeenkomsten hoogstens een goed hulpmiddel kunnen zijn. Het rechtstreekse verband tussen communicatie in het

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

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

Praktijkvoorbeeld als illustratie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samenvatting op pagina 232; summary on page 233.

Twee teambesprekingen

J. ROMEIJN EN J. T. KOETSIER*

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

Inleiding

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

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

De eerste teambespreking

Aan het begin van de teambespreking

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

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

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

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

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