

Het hometeam in de thuiszorg

Een veranderende samenwerkingsvorm

A. de Veer, D. de Bakker, J. Harmsen

De oorspronkelijke werkwijze van het hometeam, patiënten in het voltallige team bespreken, lijkt op zijn retour te zijn. In de toekomst zal het overleg over patiënten vooral in subgroepen plaatsvinden.

IN DE JAREN ZESTIG is het begrip 'hometeam' geïntroduceerd als aanduiding van een geregeld patiëntenoverleg tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. In de meeste hometeams is ook gezinszorg aanwezig. In het team worden vooral patiënten met complexe problemen, vaak (oudere) chronisch zieke patiënten, besproken.¹ Het aantal hometeams groeide tot 1988 en bleef daarna vrijwel constant (460 hometeams in 1990). In 1990 namen 1.087 huisartsen deel aan een hometeam (circa 16% van alle huisartsen), ongeveer 600 maatschappelijk werkers (circa 23% van alle maatschappelijk werkers) en 939 wijkverpleegkundigen (circa 12% van alle wijkverpleegkundigen).² Kwantitatief gezien is het hometeam dus een belangrijk verschijnsel in de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit artikel gaan we in op mogelijk veranderende samenwerkingsrelaties tussen huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden en het voortbestaan van het hometeam als samenwerkingsvorm.

Ontwikkelingen

Hometeams werden financieel ondersteund door het ministerie van WVC. Deze subsidieregeling is per 1 januari 1992 gestopt in de veronderstelling dat het voortbestaan van het hometeam hierdoor niet zou worden bedreigd. Er zijn echter andere redenen om aan te nemen dat het hometeam als overlegvorm onder druk staat. Op twee daarvan gaan wij hier nader in: de veranderende opvattingen over samenwerken en het beleid van de instellingen van het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

De Nivel-registratie van hometeams vormde de directe aanleiding voor de hypothese dat de opvattingen over samenwerking veranderen. Tijdens interviews met de contactpersonen van hometeams merkten

ten dezen vaak op, dat het overleg over patiënten steeds meer bilateraal plaatsvond; multidisciplinair overleg zou inefficiënt zijn. Dit riep de vraag op of het hometeam-overleg op zijn retour is. De registratie gaf hier geen directe aanwijzingen voor: het aantal hometeams bleef sinds 1988 stabiel.

De overlevingskansen van het hometeam worden beïnvloed door het beleid van de AMW-instellingen. In de jaren zeventig en tachtig koos een deel van het algemeen maatschappelijk werk voor nauwe samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen,³ terwijl een ander deel koos voor maatschappelijke dienstverlening zonder integratie in de gezondheidszorg. Vanaf 1 januari 1989 is de financiering van het algemeen maatschappelijk werk ondergebracht bij de gemeentelijke overheden; de gemeente bepaalt welke taken prioriteit hebben en of die prioriteit vooral bij het welzijnswerk ligt. De vraag naar de rol van het algemeen maatschappelijk werk in de eerstelijnsgezondheidszorg is nu dus nog steeds actueel.

Onderzoek

Al deze ontwikkelingen vragen om een nader onderzoek. Tijdens de laatste peiling van hometeams (1992) zij daarom

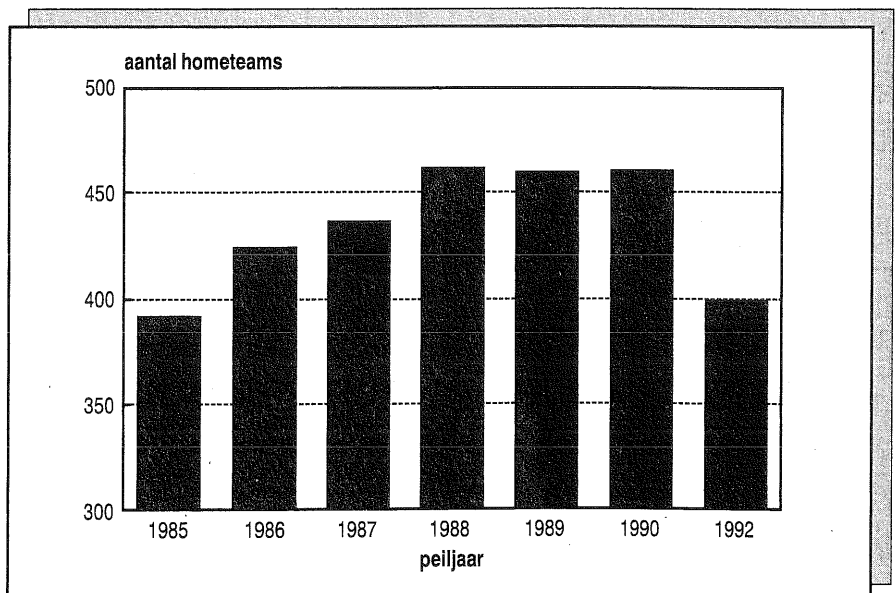
extra vragen gesteld. De gegevens zijn in twee fasen verzameld. In de eerste fase werd de coördinatoren van het inhoudelijk algemeen maatschappelijk werk van 172 AMW-instellingen gevraagd welke maatschappelijk werkers in een hometeam zitten en wat het beleid van de instelling is met betrekking tot structureel patiëntenoverleg met andere eerstelijnsdisciplines (respons 100%). In de tweede fase beantwoordden de aangemelde maatschappelijk werkers een aantal vragen over de samenstelling van het hometeam en de wijze waarop de teamleden met elkaar overleggen (respons 99%).

In de registratie van hometeams is sprake van een hometeam als er een samenwerkingsverband is tussen huisarts(en), maatschappelijk werker(s) en wijkverpleegkundige(n) zonder gemeenschappelijke huisvesting. Zij overleggen regelmatig en ten minste maandelijks over de directe hulpverlening aan individuele patiënten/cliënten.⁴

Met dit onderzoek willen we antwoord krijgen op de volgende vragen:

1. Zijn er veranderingen in het aantal hometeams en heeft het opheffen van de subsidieregeling bijgedragen tot het opheffen van hometeams?
2. Verandert de manier van samenwerk-

Figuur 1. Aantallen hometeams vanaf 1985.



N.B. Van 1985 tot 1990 werden de hometeams jaarlijks geënkquêteerd. Vanaf 1990 is de peiling tweejaarlijks, waardoor er geen gegevens zijn over 1991.

ken van maatschappelijk werkers, huisartsen en wijkverpleegkundigen in de hometeams?

3. Hoe is het beleid van de AMW-instellingen met betrekking tot structureel overleg tussen maatschappelijk werkers en andere eerstelijnsdisciplines over patiënten?

Resultaten

Aantal teams vanaf 1985

Na een periode waarin het aantal hometeams nagenoeg gelijk bleef, daalde het aantal teams tussen 1990 en 1992 van 460 naar 399 (figuur).⁴ Het totaal aantal hometeams is daarmee weer bijna terug op het niveau van 1985. In vergelijking met 1990 zijn er 77 nieuwe hometeams, terwijl 138 teams in 1992 niet meer voldeden aan de registratiecriteria. Van deze 138 teams bestaan er 70 nog steeds als multidisciplinair team van huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. Deze teams voldoen echter niet meer aan de registratiecriteria voor een

Er is sprake van een hometeam als er een samenwerkingsverband is tussen huisarts(en), maatschappelijk werker(s) en wijkverpleegkundige(n) zonder gemeenschappelijke huisvesting

hometeam, meestal omdat men minder frequent dan het gestelde criterium van minimaal één keer per maand vergaderde (36 keer) of omdat men in de teambesprekingen niet over individuele patiënten sprak (in de bijeenkomsten stond bijvoorbeeld een bepaald thema centraal) (23 keer).

Tussen 1990 en 1992 werden 68 hometeams opgeheven. Om na te gaan waarom, werd één van de deelnemers van elk hometeam opgebeld. Vrijwel altijd kwam één van de disciplines (of huisartsen of maatschappelijk werk of wijkverpleging) niet meer naar de bijeenkomsten van het hometeam en vonden de deelnemers het multidisciplinair overleg inefficiënt. Meestal stapte men over op bilateraal overleg op ad hoc-basis. In slechts vier gevallen speelde het stopzetten van de subsidie (ook) een rol bij het opheffen van het hometeam-overleg.

Veranderingen in de wijze van samenwerking

Bij alle 399 hometeams werd aan de contactpersoon gevraagd of de hoeveelheid multidisciplinair en bilateraal overleg gedurende de laatste twee jaar was veran-

Tabel 1. Veranderingen in de hoeveelheid bilateraal patiëntenoverleg tussen hometeams-deelnemers gedurende de laatste twee jaar (N=399).

| verandering | type overleg | | |
|--------------------------------|--------------|-------|-------|
| | ha-mw | ha-wv | mw-wv |
| vermeerderd | 23% | 16% | 10% |
| gelijk gebleven | 56% | 58% | 47% |
| verminderd | 2% | 2% | 6% |
| n.v.t./geen bilateraal overleg | 9% | 9% | 24% |
| onbekend | 10% | 14% | 13% |

derd. De meeste contactpersonen (81%) geven aan, dat de hoeveelheid multidisciplinair patiëntenoverleg de laatste jaren gelijk is gebleven. Bij slechts 4% van de hometeams is sprake van een duidelijke vermindering van de hoeveelheid multidisciplinair patiëntenoverleg, terwijl dit bij 15% is vermeerderd. Meestal overleggen de deelnemers ook bilateraal, waarbij de huisarts de centrale figuur is: in ruim vier van de vijf hometeams vindt, naast het multidisciplinair overleg, bilateraal over-

leg plaats tussen huisarts(en) en maatschappelijk werker(s) en tussen huisarts(en) en wijkverpleegkundige(n). Bilateraal overleg tussen maatschappelijk werker(s) en wijkverpleegkundige(n) vindt slechts bij 57% van de hometeams plaats. De frequentie van dit bilateraal overleg is in de meeste hometeams de laatste twee jaar stabiel gebleven of vermeerderd (tabel 1), maar dit gaat zeker niet ten koste van het multidisciplinair overleg. De wijze van samenwerken is dus aan het veranderen: steeds vaker heeft men naast het multidisciplinair overleg ook bilateraal overleg.

Beleid AMW-instellingen

Volgens de meeste coördinatoren inhoudelijk algemeen maatschappelijk werk staan hun instellingen positief tegenover de deelname van maatschappelijk werkers aan hometeams (tabel 2). Echter, als men kijkt naar het belang dat wordt gehecht aan samenwerking met de afzonderlijke eerstelijnsdisciplines, dan blijkt de

huisarts de belangrijkste samenwerkingspartner te zijn (tabel 2). Dit komt overeen met de toenemende bilaterale samenwerking tussen maatschappelijk werkers en huisartsen in de hometeams (tabel 1). Structureel multidisciplinair patiëntenoverleg, zoals dat in hometeams plaatsvindt, lijkt voor de maatschappelijk werker toch minder voor hand te liggen.

De coördinatoren van de instellingen verwachten dan ook, dat vooral de samenwerking met de huisartsen in de toekomst intensiever wordt (tabellen 3-5). Belangrijke redenen voor de intensivering die samenwerking zijn de verdere uitbouw van de psychosociale functie en een betere profilering van het algemeen maatschappelijk werk naar buiten (tabel 3). Ook wordt vaak gewezen op de contacten die maatschappelijk werkers met huisartsen hebben via gestructureerd overleg en op de veranderde houding (positiever) van de huisarts ten aanzien van het werk van maatschappelijk werkers. Waarschijnlijk staan deze twee redenen niet los van elkaar: door elkaar regelmatig te spreken leert men elkaars mogelijkheden beter kennen en krijgt men meer respect voor de deskundigheden van de ander.

Hoe de samenwerking tussen maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden eruit zal gaan zien hangt in belangrijke mate af van de manier waarop de reorganisaties bij kruiswerk en gezinszorg verlopen (tabel 4 en 5). Soms zal de samenwerking door de reorganisatie hechter worden, soms wordt deze minder. Evenals bij de huisartsen zien we hier, dat deelname aan structureel overleg en deelname aan gezamenlijke projecten kan bijdragen aan een verdere intensivering van de samenwer-

Tabel 2. Beleid ten aanzien van structureel samenwerkingsoverleg over patiënten (N=172).

| stimulerend beleid ten aanzien van | ja |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| deelname hometeams | 72% |
| deelname gezondheidscentra | 35% |
| samenwerking maatschappelijk werkers en huisarts | 91% |
| samenwerking maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundige | 54% |
| samenwerking maatschappelijk werkers en gezinsverzorgende | 64% |

king ten behoeve van individuele patiënten.

Conclusie

Het aantal geregistreerde hometeams is de afgelopen twee jaar gedaald. Het stopzetten van de subsidie voor hometeams lijkt hierbij geen grote rol te hebben gespeeld.

De instellingen van het algemeen maatschappelijk werk zien de huisarts als de belangrijkste samenwerkingspartner, waardoor bilateraal overleg in de toekomst waarschijnlijk belangrijker wordt. Toch moet het belang van multidisciplinaire teams niet worden onderschat: zij bieden een basis voor geregeld bilateraal overleg, ad hoc overleg of andere vormen van overleg. Het multidisciplinaire team kan een voorwaardenscheppende functie hebben voor de vorming van zogeheten zorgteams. Rond een patiënt vormen de betrokken hulpverleners een zorgteam. De patiëntbesprekingen vinden plaats in dit zorgteam en de multidisciplinaire bijeenkomsten kunnen worden gebruikt voor het bespreken van beleidsmatige zaken, zoals algemene afspraken over werkgebieden of over hoe wordt doorverwezen. Uit de resultaten blijkt, dat het algemeen maatschappelijk werk zich zeker niet terugtrekt uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Veel instellingen streven juist naar een uitbouw van de psychosociale functie en werken aan een nadere profilering van het algemeen maatschappelijk werk door een duidelijke omschrijving van het zorgaanbod, het ontwikkelen van specifieke deskundigheden (bijvoorbeeld video-hometraining) en het maken van afspraken over verwijzen en terugrapportage. Bemoeienis van de gemeente wordt zelden genoemd als zijnde van invloed op de samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg.

Gebleken is, dat de organisatorische veranderingen binnen de verpleging en verzorging van invloed zijn op de samenwerking met maatschappelijk werk. Het is dan

De organisatorische veranderingen binnen de verpleging en verzorging zijn van invloed op de samenwerking met maatschappelijk werk

ook te verwachten, dat het beleid van deze instellingen eveneens een belangrijke rol speelt bij het al dan niet blijven bestaan van het hometeam.

Wat betekent dit nu in de toekomst voor het hometeam?

Het algemeen maatschappelijk werk zal een rol blijven spelen in de eerstelijns-

Tabel 3. Veranderingen in de samenwerking tussen maatschappelijk werkers en huisartsen en de meest genoemde oorzaken van de veranderingen (N=167).

| richting verandering | | | | | |
|----------------------------------|-----|---------------------------------|-------------------|------------------|----|
| intensiever | | blijft gelijk | | minder intensief | |
| 111 | 66% | 57 | 34% | 2 | 1% |
| meest genoemde redenen: | | | genoemde redenen: | | |
| 1. uitbouw psychosociale functie | 25% | 1. attitudo huisartsen | 50% | | |
| 2. profilering AMW | 23% | 2. afbouw psychosociale functie | 50% | | |
| 3. attitudo huisartsen | 17% | | | | |
| 4. deelname overleg | 16% | | | | |
| 5. veranderd beleid | 14% | | | | |

Tabel 4. Veranderingen in de samenwerking tussen maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en de meest genoemde oorzaken van de veranderingen (N=167).

| richting verandering | | | | | |
|---------------------------|-----|------------------------|-------------------------|------------------|-----|
| intensiever | | blijft gelijk | | minder intensief | |
| 63 | 38% | 78 | 47% | 26 | 15% |
| meest genoemde redenen: | | | meest genoemde redenen: | | |
| 1. fusie/reorganisatie | 41% | 1. fusie/reorganisatie | 65% | | |
| 2. deelname overleg | 14% | 2. anders/divers | 15% | | |
| 3. deelname gez.projecten | 13% | 3. attitudo wijkverpl. | 12% | | |
| 4. veranderd beleid | 10% | | | | |

Tabel 5. Veranderingen in de samenwerking tussen maatschappelijk werkers en gezinsverzorgeren en de meest genoemde oorzaken van de veranderingen (N=168).

| richting verandering | | | | | |
|-------------------------------|-----|------------------------|-------------------------|------------------|-----|
| intensiever | | blijft gelijk | | minder intensief | |
| 61 | 36% | 82 | 49% | 25 | 15% |
| meest genoemde redenen: | | | meest genoemde redenen: | | |
| 1. fusie/reorganisatie | 43% | 1. fusie/reorganisatie | 72% | | |
| 2. deelname overleg | 16% | 2. anders/divers | 24% | | |
| 3. geen antwoord | 13% | | | | |
| 4. toename thuiszorgpatiënten | 10% | | | | |

gezondheidszorg. De vorming van multidisciplinaire teams, die de zorg voor de bewoners in een afgebakend gebied op

groepen plaatsvindt (structureel of ad hoc). Hoewel in een veranderende vorm zal het hometeam daarom een belangrijke samenwerkingsvorm blijven. •

dr A. de Veer,
dr D. de Bakker,
drs J. Harmsen,
onderzoekers bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht

Literatuur

1. Veer A de. Samenwerken in een hometeam. Medisch Contact 1992; 47: 918-20.
2. Pool J. Hometeams 1990. Utrecht: Nivel, 1992.
3. Kersten D. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1985.
4. Harmsen J. Hometeams 1992. Utrecht: Nivel, 1993.