

SO(492)
R 52
①

B.G.M. Ris
J.P.M. Diederiks

EEN KRITISCHE ANALYSE VAN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING IN DE
HULPVERLENING

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TNO

LEIDEN

september 1973

INHOUD

		blz
1	INTRODUKTIE	1
2	VERWACHTINGEN T.A.V. INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING . .	2
	2.a T.a.v. samenwerking in het algemeen	2
	2.b T.a.v. interdisciplinaire samenwerking	3
3	BRONNEN VAN PROBLEMEN BIJ INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING .	4
	3.a Verschillen in 'taal', nader bezien	8
	3.b Professionalisering	12
	3.c Interpersoonlijke problemen	13
4	EEN VOORBEELD	14
	4.a De verschillen in 'taal'	15
	4.b Professionalisering	16
	4.c Interpersoonlijke problemen.	16
5	MOGELIJKE REMEDIES	17
	SAMENVATTING	21
	SUMMARY	21
	GERAADPLEEGDE LITERATUUR	22

EEN KRITISCHE ANALYSE VAN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING IN DE HULPVERLENING^{x)}

B.G.M. Ris

J.P.M. Diederiks

1. Introductie

In de gezondheidszorg komt de belangstelling voor samenwerking met niet-medische disciplines op alle niveau's en in alle sectoren tot uiting. De door velen noodzakelijk geachte ontwikkeling naar meer samenwerking vindt men o.a. in analyses over hulpverlening in de eerste lijn, waar keer op keer gepleit wordt voor het opheffen van de verdeeldheid in de hulpverlening: er dient meer en er dient een betere samenwerking te komen tussen huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegster (b.v. Intagon 1972) en ook tussen huisarts en psycholoog (Zwanikken en Zeeuwen 1973). De samenwerking zou gestalte moeten krijgen in een team, waarin de verschillende 'professionals' zijn opgenomen. Een dergelijke ontwikkeling is misschien zelfs nog sterker aanwezig bij de meer gespecialiseerde voorzieningen in de tweede en derde lijn. De steeds toenemende aantallen interdisciplinaire adviesteams op gebieden als zorg voor geestelijk gehandicapte kinderen, revalidatie van chronisch zieken, de nazorg van ex-ziektenhuis- en ex-psychiatrische patienten, maken duidelijk dat bij de hulpverlening in deze sectoren de inbreng van meerdere disciplines^{xx)} wenselijk wordt geacht.

Het zal in dit artikel niet gaan over wat het 'magere' samenwerkingsconcept genoemd kan worden, nl. coördinatie in de uitvoering, maar over probleemoplossende samenwerking door verschillende disciplines - en dan

x)

Wij danken hierbij Dr. R.A. de Boer, Drs. C.L. Ekkers, Dr. R. v.d. Vlist en Drs. P. Wassen-van Schaveren voor de kritische opmerkingen bij de kritische analyse.

xx)

Zonder een expliciete definitie van discipline te geven, kunnen de volgende kenmerken ervan genoemd worden:

- een bepaalde - wetenschappelijke - taal (jargon)
- bepaalde methoden van onderzoek en hun regels
- bepaalde toepassingsmethoden en hun regels,
- welke de beoefenaren van een discipline verkrijgen tijdens een gemeenschappelijke opleiding.

met name door medische met andere disciplines - in een team. Het 'magere' samenwerkingsconcept is nauwelijks interessant: het gaat daarbij om 'zorgen dat men elkaar niet voor de voeten loopt' of, netter gezegd, het op elkaar afstemmen van de verschillende uitvoerende activiteiten. Dit laatste zien wij als een organisatorisch probleem.

Het samenwerkingsconcept wat wij bedoelen is gebaseerd op een behoefte van hulpverleners om gezamenlijk tot een oplossing te komen. Zij gaan ervan uit dat iedere discipline een bepaalde visie heeft die een deel zou kunnen vormen van de zgn. 'integrale' hulpverlening. Het gaat hier dan ook om een konfrontatie van de gekoesterde verwachtingen t.a.v. interdisciplinaire samenwerking met een aantal nauwelijks onderkende principiële opvattingen over 'interdisciplinaire samenwerking' een aantal vraagtekens zullen worden geplaatst.

2. Verwachtingen t.a.v. interdisciplinaire samenwerking

Misschien is het overdreven te zeggen, dat van interdisciplinaire samenwerking wonderen verwacht worden, in ieder geval wordt b.v. verondersteld dat deze vorm van samenwerking meer en betere resultaten oplevert dan solowerk. Het ligt voor de hand de verwachtingen te onderscheiden: a) t.a.v. samenwerking in het algemeen en b) t.a.v. interdisciplinaire samenwerking in het bijzonder.

2.a t.a.v. samenwerking in het algemeen

Vaak wordt verondersteld dat door het werken in groepsverband bij de oplossing van een probleem een beter resultaat wordt bereikt dan datgene wat door de som van de afzonderlijke groepsleden zou zijn behaald. Deze veronderstelling wordt meestal gebaseerd op experimenten over brainstorming, beoordeling van een situatie en uitvoering van bepaalde taken. Nog afgezien van het feit dat de probleemsituaties bij deze experimenten, waarbij meestal eenvoudige problemen en min of meer eenduidige oplossingen aan de orde waren (b.v. logische syllogismen, Jones & Gerard 1967, 593-600), nauwelijks generaliseerbaar zijn naar meer complexe problemen zoals hulpverlening blijkt de uitspraak: "het groepsresultaat is beter dan de som van de resultaten der afzonderlijke individuen" slechts onder zeer bepaalde

kondities op te gaan. De kwaliteit van de interpersoonlijke relaties speelt een zeer belangrijke rol bij de tot standkoming van het groepsresultaat. Wij volstaan hier verder met de verwijzing naar het overzicht van de literatuur over de vergelijking individu - groep van Kelley en Thibaut (1969, 1-102), waar men bovengenoemde overwegingen terugvindt. Deze auteurs spreken bovendien de verwachting uit, dat het onderzoek op de vergelijking individu - groep, zich steeds meer zal gaan richten op de vergelijking tussen verschillende soorten groepen. De verschillen in resultaat tussen groepen zijn vermoedelijk niet kleiner dan verschillen in resultaat tussen individu en groep,

Een andere verwachting die ook verband houdt met het vooraangaande, is dat samenwerking tegemoet komt aan de behoefte aan zekerheid of veiligheid bij de deelnemers door gemeenschappelijke verantwoordelijkheid bij de vaak moeilijke beslissingen in de hulpverlening. Gemeenschappelijke verantwoordelijkheid kan echter alleen bereikt worden wanneer de deelnemers kritiek hebben kunnen geven op elkaars opvattingen en werkwijzen en wel op een zodanige manier dat deze feedback door de ander als zinvol ervaren werd. Vanuit de literatuur over de training-groepen (bv. Campbell & Dunnnette 1968) weten we echter dat er soms een aanzienlijke angst ontstaat wanneer een deelnemer bemerkt dat zijn, aan bepaalde maatschappelijke rollen gebonden, opvattingen en gedragingen tekort schieten bij het succesvol functioneren in de nieuwe groepssituatie. De aantasting van de vanzelfsprekendheid van impliciete veronderstellingen en gewoonten is weliswaar noodzakelijk om verandering in probleemoplossend gedrag mogelijk te maken (in de veranderingskunde 'unfreezing' genoemd) maar kan zeker niet worden opgevat als een tegemoetkoming aan de behoefte aan zekerheid.

2.b t.a.v. interdisciplinaire samenwerking

Het is niet alleen zo dat van interdisciplinaire samenwerking een beter resultaat wordt verwacht, deze vorm van samenwerking wordt ook noodzakelijk geacht, omdat men beseft dat patienten hun problemen niet ervaren overeenkomstig de indelingen waarop de voorzieningen zijn gebaseerd.

De ouders van een zwakzinnig kind denken niet in termen van medische, psychische, sociale en orthopedagogische aspecten van de zwakzinnigheid van hun kind. Uit deze overwegingen is het Woudschotense credo (Buma 1959) voortgekomen: de hulpverlening moet integraal, continu en persoonlijk zijn.

Een andere verwachting is dat samenwerking zal leiden tot de door velen verlangde grotere effectiviteit door taakverdeling op basis van een gemeenschappelijke planning door de verschillende professionals (v. Kreveld 1968 en Festen 1972). De opkomst van multidisciplinaire adviesteams gericht op professionele en niet-professionele hulpverleners hangt ook samen met deze behoefte aan effectiviteit. De individuele hulpverlener wordt gekonfronteerd met tal van onzekerheden. Door de toenemende kennis van de invloed van psychische en sociale factoren op het ontstaan en het verloop van ziekte kan hij niet meer alle hulpverleningsmogelijkheden overzien. Daarnaast valt ook te konstaten dat interdisciplinaire samenwerking wordt gewenst vanuit de behoefte om temidden van de nieuw verschijnende hulpverleners een centrale, coördinerende positie te behouden (v. Es 1969, 183). In het algemeen verwacht men dus betere hulpverlening omdat verschillende, elkaar bevruchtende gezichtspunten ("cross-fertilization" in samenwerkingsjargon) in het geding worden gebracht en effectievere hulpverlening omdat de verschillende activiteiten op elkaar worden afgestemd.

3. Bronnen van problemen bij interdisciplinaire samenwerking

De voorstanders van interdisciplinaire samenwerking hebben zeker hun ogen niet gesloten voor de moeilijkheden die ermee gepaard gaan. Er is echter een sterke neiging om teleurstellingen over het resultaat van de samenwerking toe te schrijven aan de houding van bepaalde groepsleden en het gebrek aan bereidheid om het gezichtspunt van de ander als even waardevol te accepteren als het eigen gezichtspunt. Op deze manier gaat men echter voorbij aan de aard van de problemen die interdisciplinaire samenwerking in principe met zich meebrengt.

Aan welke voorwaarden moet nu voldaan zijn opdat men tot samenwerking kan komen?

Noodzakelijk voor een gemeenschappelijke planning van activiteiten is een gemeenschappelijk gezichtspunt, of beter: een interdisciplinaire theorie, op grond waarvan de diagnose kan worden gesteld, de therapeutische activiteiten kunnen worden bepaald en waaraan criteria voor succes kunnen worden ontleend. Daarnaast moet er ook een samenwerkingsbereidheid zijn. Een voorbeeld kan duidelijk maken dat in de praktijk van de hulpverlening de taakverdeling meestal niet gebaseerd wordt op een gemeenschappelijk gezichtspunt maar slechts op argumenten als de beschikbaarheid van therapieën, de status van de hulp-

verlener en eventueel de verwachtingen van de cliënt, waardoor dan ook bijna altijd conflicten ontstaan.

Als voorbeeld kozen we de behandeling van asthma bronchiale. De opvatting dat patienten met asthma bronchiale uiterst moeilijk zijn te typeren als patienten met hetzij een 'allergisch' - hetzij een 'psychisch' asthma wordt niet alleen door onderzoek ondersteund (bv. Wolff 1968) maar ook door vele hulpverleners aanvaard. Bij dezelfde patient kunnen de ene keer allergische, de volgende keer psychische factoren de belangrijkste rol spelen bij het optreden van de aanval. Deze ziekte leent zich dus in het bijzonder voor een interdisciplinaire aanpak, zoals dit ook bepleit wordt door Van Zijverden (1966), Geuns (1969) en Menges: "een integrale geneeskunde dient noch van een somatologisch noch van een psychologisch a priori uit te gaan; een dergelijke geneeskunde kan juist het dualisme der apriori's overwinnen, waardoor de therapeutische mogelijkheden aanzienlijk groter worden" (Menges 1966, 29).

Toch is dit door Menges geformuleerde standpunt niet in overeenstemming met de door hem beschreven gang van zaken bij de poliklinische asthmabehandeling in een academisch ziekenhuis waarbij hij als psycholoog betrokken was. Hij onderscheidt in de behandeling van astmapatienten 3 aspecten: het medisch-somatische, het sociale en het psychologische, die in de behandeling ook alléén in die volgorde aan de orde komen. Hij verdedigt deze - niet integrale - aanpak met een aantal praktische argumenten.

- a. Een dergelijke integrale behandeling van alle astmapatienten zou slechts voeren tot een overbelasting van alle, bij de behandeling betrokken medewerkers. Men denke onder andere aan het feit, dat het werk van de psycholoog zeer arbeidsintensief is, terwijl de noodzakelijke team-besprekingen onverantwoord veel tijd zouden vergen. Het is dan ook onvermijdelijk, dat tussen arts en psycholoog een 'fijne zeef' wordt aangebracht waardoor laatstgenoemde alleen wordt ingeschakeld, wanneer bij een patient alle andere mogelijkheden zijn uitgeput.
- b. Niet alleen praktische, maar ook ethische overwegingen spelen bij het bepalen van onze werkwijze een belangrijke rol. Wij achten het met name ongewenst, dat de psycholoog te snel wordt ingeschakeld. Zoals wij reeds eerder uitvoerig bespraken, hebben wij rekening te houden met het feit, dat de patient zich met lichamelijke klachten tot de arts wendt en dat hij - terecht - verwacht

in de meer 'vrijblijvende' sfeer van zijn lichamelijkheid te worden behandeld. Het doorverwezen worden naar de psycholoog is voor vele patienten een ingrijpende maatregel, waarvan de gevolgen niet onderschat moeten worden. Bovendien moet aan het psychologisch contact zoveel mogelijk het karakter van gedwongenheid ontnomen worden. Met dit contact dient dan ook in het algemeen tot het laatst te worden gewacht, tenzij reeds in het begin van de medisch-somatische therapie de wenselijkheid van psychologisch contact overduidelijk zou blijken.

- c. Er zijn sommige patienten (bijvoorbeeld bepaalde hysteroïde figuren), die zich daarentegen met graagte tot de psycholoog wenden om eens 'uitvoerig uit te praten'. Juist met deze mensen dient men echter heel voorzichtig te zijn; in de eerste plaats zijn deze patienten geneigd, om hun ziekte, eventueel met behulp van de argeloze, goedwillende psycholoog, te 'cultiveren' en met de somatische therapie de hand te lichten; in de tweede plaats kan het nut van een psychologisch contact, zoals dat op een polikliniek kan worden geboden, bij hen met reden dubieus worden geacht! (Menges, p. 46-7).

Kenmerkend in deze motivering van de volgorde waarin de diverse aspecten aan de orde komen is dat hiermee een taakverdeling wordt gekonstrueerd a) op basis van de aanwezigheid van - althans op korte termijn - efficiënte therapieën (medicamenteuze behandeling) b) het beeld van de psycholoog bij de patient en c) bepaalde - door de arts- aan de patient toegeschreven persoonlijkheidskenmerken.

Bij het ontstaan van verschil van mening tussen de allergoloog, de maatschappelijk werker en de psycholoog^{x)} over de toepasbaarheid en de waarde van deze argumenten zullen de oorzaken van het verschil in de regel geïnterpreteerd worden in termen van een gebrek aan samenwerkingsbereidheid van een of meer teamleden. Men zal natuurlijk wel erkennen dat de 3 disciplines in grote

^{x)} De psycholoog kan bv. ook van mening zijn dat asthma opgevat kan worden als een aangeleerde reactie, waardoor een gedragstherapeutische benadering zinvol kan zijn (zie Turnbull 1962).

mate verschillen in manier van denken, in het gebruik van therapieën en in het soort contact met de patient, maar wanneer men bereid is om de informatie van een ander ook als waardevol te accepteren 'zijn deze problemen wel op te lossen'.

De samenwerkingsproblemen worden uiteindelijk als problemen in de interpersoonlijke sfeer gezien.

Wij zijn van mening dat het verschil in discipline, dat vaak de oorzaak is van interpersoonlijke problemen, als een aparte probleembron moet worden geanalyseerd, en niet kan worden opgelost op het niveau van beeldvorming en bereidheid tot samenwerking.

Verskil in discipline is o.i. op te vatten als verschil in 'taal', waardoor de kommunikatiemogelijkheden beperkt worden. Daarnaast speelt ook nog de mate waarin een beroep geprofessionaliseerd is, een grote rol. Beroepen met een grote mate van professionalisering, en dus autonomie, zullen weinig invloed ondervinden van andere beroepen, zeker als deze minder autonoom zijn. Een interdisciplinair behandelingsteam dat streeft naar een gemeenschappelijke visie op een bepaald probleem wordt dus gekonfronteerd met 3 probleembronnen:

- a) barrières op grond van verschillen in discipline, de zgn. verschillen in 'taal'
- b) barrières op grond van verschillen in mate van professionalisering
- c) barrières in interpersoonlijke relaties die deels veroorzaakt worden door a) en b) en deels veroorzaakt worden door de individuele reactie van de teamleden op elkaars persoonlijke kenmerken.

De 'taal'-verschillen verhinderen de groep zich te organiseren omdat er beperkingen in de kommunikatiemogelijkheden zijn, d.w.z. de groep zal niet in staat zijn een gemeenschappelijke probleemdefinitie op te stellen, een taakverdeling te maken, een leiderschapsmodel te ontwikkelen enz. Factoren als macht en sympathie zullen dan uiteindelijk de doorslag geven.

De 'taal'-verschillen zijn daarom het principiële probleem bij interdisciplinaire samenwerking. Wanneer dit probleem niet geanalyseerd wordt, is zinvolle discussie over taakverdeling, leiderschap e.d. onmogelijk.

3.a. Verschillen in 'taal', nader bezien

Steeds terugkerende opmerkingen over de problemen bij interdisciplinaire samenwerking zijn die over het feit, dat men elkaars taal niet verstaat of over de verschillen in cultuur tussen de disciplines.

"Effektief teamwork tussen gedragswetenschappers en sociaal geneeskundigen is het meest waarschijnlijk als de deelnemers van ieder veld het waardensysteem en de professionele doeleinden van degenen in andere velden begrijpen en respect en sympathie hebben voor deze waarden en doeleinden" (Foster 1961).

"But the worker is involved with his own profession as well, and will be guided by basic principles as he learned them at school and through his professional association" (Horwitz 1970, 5).

"Deze noodzakelijke integratie (van disciplines) is in de eerste plaats niet of nauwelijks mogelijk, omdat elke wetenschap een eigen taal heeft, die veelal dermate gespecialiseerd is, dat onderlinge communicatie - en daardoor onderling begrip - moeilijk te verwezenlijken is" (Heijnsdijk 1970, 13).

"Een zeer belangrijk punt . . . is tevens dat een groot deel van de mislukkende communicatie gelegen is en tot uiting komt in het niet verstaan van elkaars taalgebruik" (Bergsma 1971, 37).

"Effective communication is highly important and may at times be particularly difficult on a interdisciplinary team, for each discipline has, at least to some degree, its own special language and terminology. Even familiar words convey other than their accustomed meanings" (Luski 1958, 270).

"One wonders sometimes, if science will not grind to a stop in an assemblage of walled-in hermits, each mumbling to himself words in a private language, that only he can understand" (Boulding 1956).

Bij al deze auteurs is er dus een overeenstemming over het feit dat interdisciplinaire samenwerking bemoeilijkt wordt door verschillen in taal of cultuur. Alle genoemde auteurs met uitzondering van Boulding, wiens oplossing hier niet relevant is^{x)}, zijn het ook over de oplossing eens.

Zij stellen dat de bereidheid van het teamlid bepalend is voor de oplossing van de taal-moeilijkheden. Teleurstellingen over het resultaat van interdisciplinaire samenwerking worden toegeschreven aan het gebrek aan bereid-

x)

De oplossing van Boulding, de algemene systeemtheorie, is louter gericht op de formele overeenstemmingen tussen wetenschappers en biedt dus geen enkel houvast voor inhoudelijke theorievorming.

heid van de groepsleden om elkaar te begrijpen, om dezelfde taal te spreken en om geen termen te gebruiken waarmee iemand binnen zijn vakgebied tot resultaten komt. Het is merkwaardig te moeten konstateren dat men aan de ene kant het probleem van de 'taal' niet onderschat, maar dit probleem aan de andere kant zo voorstelt dat het uitsluitend door goede wil op te lossen zou zijn. Het komt er dus op neer, dat men de taal als externe barrière tracht weg te nemen door oplossingen in de interpersoonlijke sfeer.

Iedere discipline bevat een aantal vooronderstellingen waarover niet gediscussieerd wordt; zij zijn namelijk voor de leden van een 'scientific community' vanzelfsprekend. Deze vooronderstellingen omvatten: concepten, modellen, formele procedures, maar ook common-sense theorieën en methoden die de professional moet consulteren en gebruiken bij de talloze beslissingen en keuzemogelijkheden in zijn handelen (Phillips 1973). Sinds Kuhn (1962) is het gebruikelijk geworden de voor een discipline kenmerkende verzameling theorieën, methoden, regels etc., een paradigma te noemen (ook wel 'disciplinary matrix', Kuhn 1970, 182). Zo kan men b.v. zeggen dat de medische wetenschap het 'medisch model' als paradigma heeft met als belangrijkste kenmerken: het pathologisch-anatomisch ziektebegrip en fysiologische verklaringsmechanismen (Bremer 1972). Het zal duidelijk zijn dat de taal van een discipline de drager van haar paradigma is. De functie van een paradigma is dat het de beoefenaar een ordeningsprincipe verschaft (Kuhn 1962, 108), m.a.w. een paradigma bepaald hoe bepaalde verschijnselen gezien moeten worden en welke als relevant moeten worden beschouwd. Dit heeft tot gevolg dat een probleem vanuit verschillende disciplines anders wordt gedefinieerd. Men zou het zo kunnen stellen: een paradigma richt de blik op bepaalde verschijnselen, waardoor andere (niet-relevante) verschijnselen vanuit de ooghoek worden waargenomen.

Het is dan ook duidelijk dat een opleiding in een bepaalde discipline de waarnemingen zeer selektief zal richten. Immers, een discipline ordent verschijnselen binnen het kader van geformaliseerde systemen. Een fraai voorbeeld van selektieve waarneming door een bepaalde discipline kan dit verduidelijken.

Rosenhan (1973), heeft in een veldexperiment, waarbij pseudopatienten zich aanboden bij een psychiatrische inrichting, de vraag trachten te beantwoorden, of tegenstrijdige informatie van deze personen door de beoordelaar "konsistent" gemaakt zou worden dan wel onveranderd geaccepteerd zou worden.

De pseudo-patienten zouden volgens afspraak bij de aanmelding, naast hun echte levensgeschiedenis, als symptomen het horen van stemmen noemen die zeiden: "mijn leven is leeg en hol".

De interpretatie van de levensgeschiedenis bleek volledig bepaald door de, inderdaad verkregen, diagnose: psychose.

A clear example of such translations is found in the case of a pseudo-patient who had had a close relationship with his mother but was rather remote from his father during his early childhood. During adolescence and beyond, however, his father became a close friend, while his relationship with his mother cooled. His present relationship with his wife was characteristically close and warm. Apart from occasional angry exchanges, friction was minimal. The children had rarely been spanked. Surely there is nothing especially pathological about such a history. Indeed, many readers may see a similar pattern in their own experiences, with no markedly deleterious consequences. Observe, however, how such a history was translated in the psychopathological context, this from the case summary prepared after the patient was discharged.

This white 39-year-old male . . . manifests a long history of considerable ambivalence in close relationships, which begins in early childhood. A warm relationship with his mother cools during his adolescence.

A distant relationship to his father is described as becoming very intense.

Affective stability is absent. His attempts to control emotionality with his wife and children are punctuated by angry outbursts and, in the case of the children, spankings. And while he says that he has several good friends, one senses considerable ambivalence embedded in those relationships also . . .

The facts of the case were unintentionally distorted by the staff to achieve consistency with a popular theory of the dynamics of schizophrenic reaction .

De voorgaande argumenten maken dus duidelijk dat er niet zoiets is als een werkelijkheid die voor iedereen direkt op dezelfde wijze kenbaar is. Het standpunt dat het omgekeerde waar is zien we b.v. bij Heijnsdijk (1970) die o.m. het volgende stelt: "De predisciplinaire weg ter bereiking van

de interdisciplinaire benadering wordt gevolgd, wanneer na abstraktie van alle tot nu toe verkregen monodisciplinaire kennis, wordt getracht te komen tot een oorspronkelijke ervaring van de werkelijkheid^{x)}. Als startpunt dient de predisciplinaire benadering. Men keert terug naar het zien. (p. 38). En verder: "Het objectief waarnemen van de werkelijkheid, zonder disciplinair geoccupeerd te zijn, komt weer binnen bereik. Men krijg weer eerbied voor de werkelijkheid^{xx)} (p. 51).

Dit standpunt dat ons symptomatisch lijkt voor velen die in interdisciplinaire samenwerking geloven, wordt in de filosofische literatuur wel de "common sense theory of knowledge" genoemd. Deze theorie stelt dat onze waarnemingen de meest zekere vorm van kennis leveren. Anders gezegd, onze zintuigen zijn bronnen van kennis, waarbij onze geest wordt voorgesteld als een, althans bij de geboorte, leeg vat waarin door onze zintuigen kennis wordt gegoten^{xxx)}.

De common sense theory of knowledge gaat nl. voorbij aan het feit dat kennis altijd indirect en voorlopig is. Zelfs onze zintuigen zijn "theory-impregnated and open to error" (Popper 1972, 105).

De veronderstelling dat interdisciplinaire samenwerking best mogelijk is wanneer de deelnemers maar afzien van hun gezichtspunten en hun jargon, dus terugkeren naar onbevooroordeeld waarnemen van de werkelijkheid, is dus in principe onmogelijk, tenzij men er van uitgaat dat interdisciplinaire samenwerking zich uitsluitend op common sense kennis baseert. Dat dit zonder meer een stap achteruit is, behoeft o.i. geen betoog.

x) Onderstreeping door auteurs.

xx) Zowel voor de aanhangers van deze opvatting als voor hen die de intuïtieve methode volgen, dus objectivisme en subjektivisme, geldt dat zij voor het verwerven van ware kennis als eis stellen dat de geest eerst gezuiverd moet worden van alle vooroordelen. Het geldigheidsprobleem wordt dan echter vervangen door de niet te beantwoorden vraag of aan alle voorwaarden om de kennis tot ware kennis te bestempelen is voldaan; d.w.z. of alle vooroordelen inderdaad uitgesloten waren (Albert 1968, 21 e.v.).

xxx) Volgens Popper is deze veronderstelling "utterly naïve and completely mistaken in all its versions". (1972, 61).

3.b Professionalisering

Het verschijnsel professionalisering vergroot het probleem van het verschil in discipline, immers er kan een zekere vorm van organisatie zijn die zich richt op het in stand houden van het beroep, i.c. dat van de arts, de maatschappelijk werker en dat van de psycholoog. Het kenmerkende verschil tussen een 'gewoon' en een geprofessionaliseerd beroep is, dat naast theorievorming en technieken, externe erkenning en interne organisatie, ook een bepaalde mate van autonomie aanwezig is. Sterk geprofessionaliseerde beroepen hebben het recht vast te stellen wie bekwaam en bevoegd is het beroep uit te oefenen en hoe het gedaan moet worden (Freidson 1970, 71 e.v.). De verschillen in discipline komen dus niet alleen tot uiting in een verschillende taal. Belangrijk is ook dat geprofessionaliseerde beroepen hun kennis en hun methoden niet aan kritiek van anderen, in de praktijk de andere leden van het interdisciplinaire team, willen blootstellen^{x)}. Zijn er in een interdisciplinair team sterke verschillen in de mate van professionalisering van het beroep zoals bv. tussen dat van de arts en dat van de maatschappelijk werker, dan zal de kloof tussen het gezichtspunt van de arts en dat van de maatschappelijk werker waarschijnlijk overbrugd worden door een 'gemeenschappelijke visie' waarin het 'medisch model' ofwel het eerst wordt toegepast dan wel overheersend is.

x) De wijze waarop de professionele werker zijn gezichtspunt en de daarbij behorende methoden en technieken afschermt tegen kritiek van andere professionele hulpverleners, zal in de praktijk ook gebruikt worden tegenover kritiek van de patient op diagnose en therapie.

Het beroep van de hulpverlener op de professionele verantwoordelijkheid als medicus, maatschappelijk werker of psycholoog sluit dan uit dat de patient uiteindelijk zelf voor zijn gezondheid en zijn leefsituatie verantwoordelijk is, ook gedurende het proces van de hulpverlening.

Hierdoor ontstaat het bekende beeld van de 'niet-gemotiveerde' patient/client.

Over het zich houden aan medische voorschriften, ook wel 'compliance' genoemd, is onderzoek gedaan door o.a. Davis (1968) en over het verbreken van het contact met sociaal-psychiatrische hulpverleners door Hageman-Smit (1972).

3.c Interpersoonlijke problemen

Zoals reeds genoemd zullen verschillen in 'taal' en het feit dat de hulpverleners een in meer of mindere mate geprofessionaliseerd beroep hebben, tot interpersoonlijke problemen leiden. Dit betekent dat de teamleden elkaar b.v. geen informatie over hun denkbeelden en opvattingen willen geven of vragen, omdat men de visie van een ander als minder relevant beschouwt. Hierdoor zal een gemeenschappelijke probleemdefinitie ontbreken, wat ertoe zal leiden dat, als een teamlid niet in staat is het proces sterk te beïnvloeden, hij de verantwoordelijkheid zal proberen te ontlopen. De uiteindelijke vorm van het leiderschap in de groep zal dan ook vaak beïnvloed zijn door externe factoren zoals de maatschappelijke status van de teamleden en zal weinig gebaseerd zijn op een model waarin alle teamleden een deel van de leiderschapsfunctie vervullen.

Het ontbreken van een gemeenschappelijk gezichtspunt, en dus ook criteria voor succes, vergroot het probleem van de verifieerbaarheid dat in de hulpverlening toch al duidelijk aanwezig is. Er is n.l. een verlate terugkoppeling in informatie over het succes van een therapie.

Wanneer echter de hulpverleningsactiviteiten niet op basis van een bepaald theoretisch gezichtspunt op elkaar worden afgestemd is de verifieerbaarheid eigenlijk nul, omdat het succes van verschillende ingrepen alleen aan de hand van een theoretisch gezichtspunt is vast te stellen. Immers, het is anders niet duidelijk waar succes of falen aan gelegen heeft.

Relevante informatie die de groep nodig heeft om de hulpverleningsactiviteiten te kunnen bijsturen ontbreekt daarom. Alleen mechanismen uit de interpersoonlijke sfeer zullen dan bepalen welke stappen gezet worden.

Niet de informatie over de adequaatheid van de activiteiten maar factoren zoals de invloed die iemand in de groep heeft en toevallige sympathieën bepalen welke hulp er zal worden geboden c.q. wat de volgende stap zal zijn^{x)}.

^{x)} Collins en Guetzkow (Collins and Raven, 1969, 116-9) geven een schema waarin dezelfde gedachtengang wordt uitgewerkt. Factoren die van invloed zijn op de groepsproductiviteit kunnen verdeeld worden in barrières en beloningen. De beloningen kunnen onderscheiden worden in beloningen vanuit de taak (verifieerbaarheid) en vanuit de interpersoonlijke sfeer (het vergroten van invloed).

In de tendens om het gebrek aan resultaten van interdisciplinaire samenwerking te analyseren op het interpersoonlijke niveau, kan men misschien wel een staaltje van mono-disciplinaire benadering door de sociale psychologie zien. Aan deze benadering is het mede te wijten, dat de principiële problematiek i.c. de verschillen in 'taal' met onjuiste oplossingen wordt behandeld, immers het verschil in 'taal' is een methodologisch probleem.

4. Een voorbeeld

Na de bespreking van de 3 door ons onderscheiden probleembronnen die een grote rol spelen bij interdisciplinair teamwork is het wenselijk aan de hand van een voorbeeld het probleem van taalverschillen in relatie tot de verschillende probleembronnen te illustreren. Het voorbeeld hebben wij ontleend aan een bespreking van Van Es betreffende de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker.

Na het overlijden van zijn eerste vrouw hertrouwt de heer Z min of meer noodgedwongen om de verzorging van zijn grote gezin te waarborgen. Uit het tweede huwelijk wordt één kind geboren. De vrouw lijdt aan bloedarmoede en recidiverende urineweginfecties welke haar gezondheid ondermijnen. Het blijkt dat deze weinig begaafde vrouw door de oudste dochter uit het eerste huwelijk niet wordt geaccepteerd. De man komt hierdoor tussen twee partijen te staan, een situatie waarmee hij niet goed raad weet. Hij krijgt een vrij ernstige reactieve depressie. Zijn vrouw kan ook het beheer van het gezin niet aan; de huishouding wordt verwaarloosd; men krijgt schulden welke niet meer zijn af te betalen.

In dit geval is het de taak van de huisarts de depressie van de man onder andere met medicamenten te behandelen. Verder moet hij de ziekten van de vrouw bestrijden. De bloedarmoede kan mede het gevolg zijn van een inadequate voeding. Als zij weer vitaler wordt zal zij haar problemen beter aankunnen. Voor de maatschappelijk werker bestaat onder andere de taak de acute materiële nood te helpen oplossen. Een tijdelijke ondersteuning door een gezinshulp is aangewezen. Verder zullen de gezinsverhoudingen de volle aandacht van de maatschappelijk werker vereisen. Onder meer is van groot belang dat de man zijn vrouw accepteert en niet zijn eerste vrouw blijft idealiseren. Voorts zal hij moeten leren ten opzichte van zijn kinderen de juiste rol te vervullen. Ontbreekt bij de hulpverlening aan dit gezin één van de bovenstaande elementen: de medische, de materiële of de relationele, dan zal men moeilijk een bevredigend resultaat verkrijgen. Als de huisarts zich beperkt tot de medische behandeling en niet onderkent, dat de andere elementen in sterke mate interfereren aan de medische, dan zal hij onvoldoende hulp bieden.

Als hij echter de interdependentie van de factoren wel herkent, zal hij ook tot een zinvolle samenwerking met de maatschappelijk werker kunnen komen, mits hij ook enig inzicht heeft in de mogelijkheden en de grenzen van hetgeen de maatschappelijk werker aan hulp kan bieden. (Van Es, 1969, 343 e.v.).

4.a De verschillen in 'taal'

In dit voorbeeld beschouwt de arts het als zijn taak de depressie van de man te bestrijden door middel van een medicamenteuze therapie.

De arts handelt dus binnen het 'medisch model', dat wil zeggen, hij behandelt het verschijnsel depressie als een ziekte. De relaties van de patient met zijn familie zijn misschien ook wel belangrijk, maar staan in de benadering van de arts niet centraal. Het is dan ook vanzelfsprekend dat anti-depressieve medicatie het resultaat van zijn diagnose is. (Zie ook Lazare 1973).

Vanuit het gezichtspunt van de arts zal daarna de maatschappelijk werker hulp verlenen. Hoewel wij het standpunt van de maatschappelijk werker in dit voorbeeld niet weten, bestaat er een goede kans dat hij zich ook zal afvragen in hoeverre de depressie genezen kan worden door de gezinsrelaties te verbeteren. Zijn activiteiten zullen er dan op gericht zijn de patient te helpen zelf die problemen op te lossen of het gezin als geheel in staat te stellen de problemen aan te pakken.

De depressie wordt dus binnen de 2 gezichtspunten dus verschillend gedefinieerd, door de arts als een met medicamenten te bestrijden ziekte, door de maatschappelijk werker als een mogelijk symptoom van verstoorde relaties. Het feit dat beide hulpverleners tot een zo verschillende definitie zullen komen van het probleem is niet alleen gebaseerd op theoretische overwegingen die voor de arts en voor de maatschappelijk werker uiteraard niet dezelfde zijn, maar ook op de beschikbaarheid van binnen die discipline algemeen aanvaarde therapieën. Als deze niet in strijd zijn met de symptomen, terwijl de patient/client klachten blijft houden, is er een grote kans dat ze worden toegepast (zie ook Freidson m.b.t. het verschijnsel 'overdiagnosis', 1970, 258).

Wat betekent dan de opmerking als hij echter de interdependentie van de factoren wel herkent, zal hij tot een zinvolle samenwerking met de maat-

schappelijk werker kunnen komen.....'? Het behandelen van de depressie met medicamenten kan er de oorzaak van zijn dat de maatschappelijk werker niet meer in staat is de man te helpen zelf de problemen in zijn relaties op te lossen. Agogische activiteiten zullen moeten aansluiten op een behoefte om te veranderen (Goldstein e.a. 1966, 85 e.v.), op een motief om hulp te aanvaarden. Dit motief zal, na medicamenteuze behandeling op zijn minst minder sterk zijn.

Een argument waarmee de arts zijn handelen kan verdedigen b.v. t.o.v. de visie van de maatschappelijk werker, is, dat 'n depressie vaak 'gevitalliseerd' raakt, dwz. in zekere mate autonoom wordt, waardoor medicamenteuze behandeling altijd noodzakelijk is. Juist met dit argument schermst hij zich af t.o.v. alternatieve oplossingen die dan ook niet meer op hun merites getoetst kan worden.

4.b Professionalisering

Evenals in het voorbeeld van de poliklinische asthmabehandeling is het ook hier degene met het meest geprofessionaliseerde beroep die de eerste hulpverlenende activiteiten verricht. Bij een gemeenschappelijke probleemdefinitie zal daarentegen voor ieder geval afzonderlijk vastgesteld moeten worden welke hulpverlener welke activiteiten zal verrichten.

Er zou dan gekozen kunnen worden voor dat gezichtspunt waarmee de meeste verschijnselen verklaard kunnen worden. Hulp bij het verbeteren van de relaties kan de depressie verminderen en kan de vrouw weer zin geven in het doen van huishoudelijk werk. Er zou ook gekozen kunnen worden voor uitsluitend het verlenen van gezinshulp waarmee waarschijnlijk een belangrijke verlichting bij vele problemen is bereikt.

4.c Interpersoonlijke problemen

Het feit dat de maatschappelijk werker pas in tweede instantie tot zijn vorm van hulpverlening kan overgaan, wordt in dit voorbeeld niet gemotiveerd maar eigenlijk als vanzelfsprekend voorgesteld. In het voorbeeld van de poliklinische asthmabehandeling worden daarentegen wel argumenten gegeven. Nemen we aan dat Van Es het ook in dit geval met die argumenten eens is, zij zijn per slot van rekening in de gezondheidszorg sterk verbreid, dan zal de maatschappelijk werker degene zijn die zich tot 'bezemwagen' gereduceerd voelt. Deze gevoelens zullen in de relatie met de arts

niet bijdragen tot een doelgerichte samenwerking.

5. Mogelijke remedies

Ondanks het feit dat de problemen bij interdisciplinaire samenwerking groot zijn, blijft de noodzaak tot geïntegreerde, en dus vanuit een bepaald gezichtspunt gerichte hulpverlening bestaan. Gegeven deze discrepantie kan men zich afvragen welke oplossingen bruikbaar zijn, waarbij wij ons beperken tot het principiële probleem van interdisciplinaire samenwerking, nl. de verschillen in 'taal'.

Op de onjuistheid van het zoeken naar oplossingen uitsluitend in de interpersoonlijke sfeer hebben wij hiervoor al gewezen. Het vergroten van de samenwerkingsbereidheid lost het verschil in 'taal' niet op. Toch is het goed dit standpunt vanwege de verbreidheid nog even aan de orde te stellen. De psycholoog Bergsma die veel ervaring heeft in de samenwerking met artsen zegt het volgende:

"Voorwaarde voor een mogelijke samenwerking lijkt uiteindelijk te zijn het verhelderen van de wederzijdse rolverwachtingen en de achtergronden van ieders rol en de bereidheid van daaruit elkaars taal te leren spreken of tenminste te leren begrijpen" (1971, 38).^{x)}

Luszki geeft een aantal normen aan waaraan iemand die interdisciplinair samenwerkt moet voldoen, zich baserend op werkconferenties over interdisciplinaire samenwerking.

"A person must be sensitive to the difficulties in understanding his particular terminology.....Esoteric language should be avoided.....It was agreed that when people are brought together on a interdisciplinary team, they should avoid the use of single-discipline terms" (1958, 270-72).^{x)}

Uit deze citaten volgen twee opvattingen:

1. Mislukking van de samenwerking kan worden toegeschreven aan het gebrek aan bereidheid van de deelnemers om elkaar te willen begrijpen en van hun 'esoterisch' taalgebruik af te stappen.
2. Wanneer de deelnemers geen gebruik mogen maken van de concepten waarmee zij op hun eigen terrein werken, dan is er kennelijk

^{x)} Onderstreeping door de auteurs.

zoiets als een direkt kenbare werkelijkheid, die toevallig door de onderscheiden disciplines verschillend wordt gedefinieerd.

Wij hopen de onjuistheid van beide opvattingen in dit artikel te hebben aangetoond.

Een andere oplossing zou een nieuwe gemeenschappelijke theorie kunnen zijn. Aanhangers van deze opvatting stellen voor, hetzij gebruik te maken van of te streven naar een de disciplines overkoepelende theorie. Deze opvatting berust eveneens op twee misvattingen:

1. dat er zo'n theorie bestaat^{x)}
2. dat de konstruktie ervan te prefereren valt boven het kritisch gebruik van getoetste monodisciplinaire kennis.

Gezien het feit dat er geen interdisciplinaire theorie bestaat, zie bv. de moeilijkheden die optreden bij de pogingen tot overbrugging van psychologie en fysiologie (Weiner 1970, 117-122), is de eerste veronderstelling dus onjuist.

Tevens ontstaat er bij de kunstmatige konstruktie van een nieuwe theorie het probleem van de vroegtijdige operationalisaties en het probleem van de rapportage van de resultaten naar buiten (Luszkowski 1958, 271), maar ook is een nieuwe theorie altijd zwakker dan een reeds gedeeltelijk getoetste theorie. Het zou zonder meer een stap achteruit zijn om de reeds bereikte mono-disciplinaire inzichten op te geven, ten gunste van een nieuwe, maar noodzakelijke vagere theorie.

Ook de oplossing d.m.v. de 'tweetaligheid', dat wil zeggen de arts heeft óók kennis van de psychologie en de psycholoog heeft óók inzicht in de medische wetenschappen, lost het probleem daarom niet op. De aansluiting tussen psychologische concepten en fysiologische concepten kan alleen maar bestaan bij de gratie van een overkoepelende theorie die op dit moment niet aanwezig is.

^{x)} De 'general systems theory' claimt weliswaar een interdisciplinaire theorie te zijn, maar richt zich uitsluitend op de formele overeenkomsten tussen wetten van de verschillende disciplines (Bertalanffy 1967, 129).

Ons voorstel is uit te gaan van de alternativiteit van gezichtspunten en wel om de volgende redenen:

1. de werkelijkheid is niet direkt kenbaar;
2. er is geen interdisciplinaire theorie;
3. er zijn wel monodisciplinaire brokken getoetste kennis;
4. deze brokken kennis zijn nog niet op elkaar te herleiden, de overeenkomst is slechts formeel;
5. we kunnen deze verschillende gezichtspunten wel beschouwen als in principe gelijkwaardige alternatieven (zie bv. Lazare 1973).

Dit betekent dat iedere keer opnieuw vastgesteld zal moeten worden welk gezichtspunt de meeste kans op sukses biedt. In het ene geval is dit een medische, in het andere geval bv. een gedragstherapeutische visie. Op basis van het rendement van op zo'n gezichtspunt gebaseerde hulpverlening kan dan de volgende soort hulpverlening bepaald worden. Het kenmerkende van deze werkwijze is dat het zoeken naar alternatieven op de voorgrond staat. Er is immers geen theorie zonder zwakheden. Een alternatief kan beter zijn omdat er meer verklaard kan worden, omdat bepaalde punten vermeden kunnen worden of moeilijkheden op te lossen zijn die tot nu toe aanwezig^{x)} bleven.

Dit lijkt vanzelfsprekend, doch de praktijk van de hulpverlening laat zien dat het medisch gezichtspunt, wanneer er een keuze tussen meerdere mogelijkheden is, systematisch het eerst wordt toegepast. Daarom is vaak alleen de medische behandeling evalueerbaar, terwijl er een gerede kans bestaat dat hierdoor de activiteiten van de maatschappelijk werker en/of psycholoog worden beperkt.

De neiging tot somatisering bv. die door medische behandeling in de ogen van de patient vaak wordt gelegitimeerd (zie bv. Imboden, 1959) wordt dan voor de psycholoog een extra barrière in het contact.

De poliklinische asthmabehandeling zoals die door Menges is beschreven (zie 3), nl.: voor iedere patient dezelfde volgorde in behandeling door verschillende disciplines, illustreert goed wat wij hier afwijzen. Door een beredeneerde opeenvolging van hulpverleningsstrategieën is ook toetsing van de effectiviteit van deze strategieën mogelijk^{xx)}.

x) Deze visie wordt ook wel het theoretisch pluralisme genoemd (Albert 1968, 47 e.v.).

xx) Deze verifieerbaarheid wordt in sommige gevallen zelfs volledig opgeofferd wanneer de diverse hulpverleners min of meer tegelijkertijd aan het werk gaan. Een situatie die veel lijkt op het geven van meerdere medicijnen op één moment, waarbij echter de reactie van de medicijnen op elkaar onbekend is, waardoor niet na te gaan is welk medicijn verantwoordelijk is voor genezing.

Interdisciplinaire samenwerking betekent dan, dat men probeert na te gaan welk model het beste op gaat. Men sluit dan aan bij de reeds aanwezige kennis en heeft ook de kans om door toetsing van het effect de theorie uit te breiden naar nu nog onbekende terreinen.

Hierdoor krijgt het begrip interdisciplinaire samenwerking meer inhoud dan het zg. 'mager' samenwerkingsconcept waarover wij in het begin spraken.

Samenvatting

Interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening wekt vaak hooggespannen verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit en de effectiviteit, die meestal niet gehonoreerd worden. Het ontbreken van een gemeenschappelijk gezichtspunt, aan de hand waarvan de diagnose kan worden gesteld, de therapeutische activiteiten kunnen worden bepaald en waaraan criteria voor succes kunnen worden ontleend, is het fundamentele probleem bij interdisciplinaire samenwerking. Dit probleem manifesteert zich op het interpersoonlijke vlak. De verschillen in discipline worden vergeleken met verschillen in taal of verschillen in paradigma, waardoor er beperkingen in de kommunikatiemogelijkheden ontstaan, die de groep verhinderen zich te organiseren. Alhoewel in de meeste analyses het probleem van de 'taal' wel genoemd wordt, is er weinig erkenning te vinden voor het feit dat verschillen in discipline allereerst een methodologisch probleem vormen. Teleurstelling over het resultaat wordt daarom op het interpersoonlijke niveau geanalyseerd in termen van gebrek aan bereidheid tot samenwerking. Op grond van deze analyse wordt er een methodologische oplossing aangegeven voor interdisciplinaire samenwerking.

Summary

Interdisciplinary teamwork in the care-giving sector frequently arouses high expectations as to the quality and efficiency of such work, expectations which more often than not remain unfulfilled. The basic problem in interdisciplinary teamwork is that a common point of view - necessary for the formulation of a diagnosis, therapeutic activities, and criteria for success - is lacking. This problem manifests itself on the interpersonal level: the differences between the various disciplines, notably differences in 'jargon', or 'paradigms', lead to a hampered communication between the team members, so that the team is unable to organize itself. Although most researchers do mention this problem of a different 'language', they are unprepared to accept that differences between disciplines form first and foremost a methodological problem. Disappointing results of teamwork are usually ascribed, therefore, to an unwillingness to co-operate. According to the opinion of the present authors, the problems encountered in interdisciplinary teamwork should be solved by methodological means. Several of those means are discussed.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- ALBERT, H. Traktat über kritische Vernunft. Tübingen, 1968.
- BERTALANFFY, L. von. General system theory. In: Demerath & Peterson. System, change, and conflict. New York, 1967. p. 115-31.
- BERGSMA, J. Gezonde communicatie. Lochem, 1971.
- BOULDING, K.E. General systems theory - the skeleton of science. Management Sci. (1956) April - Geciteerd in: J. Heijnsdijk, 1970.
- BREMER, G.J. Drie medische modellen. Huisarts Wet. 15 (1972) 418-24.
- BUMA, J.T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse Gezondheidszorg. Leiden, 1959.
- CAMPBELL, J.P. & M.D. DUNNETTE. Effectiveness of T-group experiences in managerial training and development. Psychol. Bull. 70 (1968) 73-104.
- COLLINS, B.E. & B.H. RAVEN. Group structure. In: G. Lindzey & E. Aronson (eds). The handbook of social psychology, vol 4. (Mass) Cambridge, 1969. p. 116-9.
- DAVIS, M.S. Variations in patients' compliance with doctors' advice; an empirical analysis of patterns of communications. Amer. J. publ. Hlth. 58 (1968) 274-88.
- ES, J.C. van. Huisarts en Samenwerking. In: G.J. Bermer e.a. (red). Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden, 1969.
- FESTEN, H. Knelpunten in de gezondheidszorg als uitgangspunt voor planmatig handelen. Unie (1972) 203-14.
- FOSTER, G. Public health and behavioral science; the problems of teamwork. Amer. J. publ. Hlth. 51 (1961) 1286-93.
- FREIDSON, E. Profession of medicine. New York, 1970.
- GEUNS, H.A. van. Astma; een multidisciplinair probleem, Maandbl. geest. Volksgezondh. 24 (1969) 21-33.
- GOLDSTEIN, A.P., K. HELLER & L.B. SECHREST. Psychotherapy and the psychology of behaviour change. New York, 1966.
- HAGEMAN-SMIT, J. Kontaktbreken. Maandbl. geest. Volksgezondh. 1 (1972) 80-5.
- HEIJNSDIJK, J. De interdisciplinaire benadering in wetenschapsbeoefening en wetenschapstoepassing. Rotterdam, 1970.
- HORWITZ, J.J. Team practice and the specialist. Springfield, 1970.
- IMBODEN, J.B. et al., Brucellosis; Psychologic aspects of delayed convalescence. Arch. int. Med. 103 (1959) 406-14.

- INTAGON. (Inst. v. toegep. soc. psychologie & agologie) Enkele beschouwingen rond samenwerking in het eerste echelon, Amsterdam, 1972.
- JONES, E.E. & H.B. GERARD. Foundations of social psychology. New York, 1967.
- KELLEY, H.H. & J.W. THIBAUT. Group problem solving. In: G. Lindzey & E. Aronson (eds). The handbook of social psychology, vol 4. Mass Cambridge, 1969. p. 1-102.
- KREVELD, D. van. Vrijwillige samenwerkingsgroepen in de gezondheidszorg. T. soc. Geneesk. 46 (1968) 828-32.
- KUHN, Th.S. The structure of scientific revolutions, Chicago, 1962.
- KUHN, Th.S. The structure of scientific revolutions, 2nd ed. Chicago, 1970.
- LAZARE, A. Hidden conceptual models in clinical psychiatry. New Engl. J. Med. 288 (1973) 345-51.
- LUSZKI, M.B. Interdisciplinary team research. New York, 1958.
- MENGES, L.J. Asthmapatienten; een psychologische bijdrage, Leiden, 1966.
- PHILLIPS, D.L. Paradigms, falsification and sociology. Acta Sociol. 16 (1973) 13-30.
- POPPER, K.R. Objective Knowledge. Oxford, 1972.
- ROSENHAN, K.L. On being sane in insane places. Science 179 (1973) 250-8.
- SHAW, M.E. Group dynamics. New York, 1971.
- TURNBULL, J.W. Asthma as a learned response. J. psychosom. Res. 6 (1962) 59-70.
- VELDEN, H.G.M. van der. Hulpverlening in de eerste lijn. Huisarts Wet. 16 (1973) 81-5.
- WEINER, H. The mind-body unit in the light of recent physiological evidence. In: R.A. Pierloot (ed). Recent research in psychosomatics, Basel, 1970.
- WOLFF, S. & H. GOODELL. Stress and disease. Springfield, 1968.
- ZIJVERDEN, J. van. Sociaal-psychologische hulpverlening in een asthmakliniek. Maandbl. geest. Volksgezondh. 21 (1966) 260-9.
- ZWANIKKEN, W. & A.M. ZEEUWEN. Psychologen in de eerstelijns-gezondheidszorg. Metamidica 52 (1973) 66-75.