

# Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker aan de hand van een casus uit de praktijk

DOOR MEJ. N. A. LANGENKAMP, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER EN DR. A. FULDAUER, HUISARTS  
TE HENGELÓ (O)

*Inleiding.* Samenwerking tussen instituten voor maatschappelijk werk en artsen komt geleidelijk op gang. De bureaus voor de geestelijke volksgezondheid gingen reeds voor. Thans worden steeds meer maatschappelijk werkers aan ziekenhuizen verbonden, die noodzakelijkerwijs contacten onderhouden met de betreffende specialisten en soms met de huisartsen van de patiënten. Ook tussen huisarts en maatschappelijk werker bestaat een toenemende neiging tot samenwerking. In enkele plaatsen heeft men experimenten op het terrein van deze samenwerking gedaan, waarover door onder anderen *Van Es* werd bericht. Elders zoekt men vormen van samenwerking, als resultante waarvan hier en daar plenaire besprekingen plaats vinden tussen de verschillende disciplines. Met name in verschillende plattelandsgemeenten bestaat een min of meer nauw contact tussen de plaatselijke huisarts(en) en de maatschappelijk werker(s). Door de schaalvergroting is de samenwerking in grotere gemeenten en steden moeilijker te verwezenlijken dan op het platteland.

Het is niet verwonderlijk dat contact met het betreffende maatschappelijk werk, dat voor de huisarts vaak zeer nuttig kan zijn, door onoverzichtelijkheid van de structuur moeilijk is te leggen. Omgekeerd blijkt dat vele maatschappelijk werkers huiverig zijn contact te leggen met de huisartsen. Veel huisartsen zijn zeer bezet en voorts blijkt een aantal huisartsen weinig prijs te stellen op een dergelijk contact. In een aantal gevallen zal dit onbekendheid met de aard van het werk van de maatschappelijk werker zijn. Stellig echter zal ook een deel van de huisartsen uit angst voor inbreuk op het beroepsgeheim of voor het betreden van gebied door niet-medici, dat hij als zijn specifieke arbeidsterrein beschouwt, afwijzend staan of op zijn minst sceptisch. Dit is vanzelfsprekend van invloed op de houding van de maatschappelijk werker. Hier wreken zich de lacunes in de opleiding, die beide disciplines een andere taal doen spreken, en bovendien het vermeende niveauverschil tussen arts en paramedicus. Van het verloop en de resultaten van een vruchtbare samenwerking van maatschappelijk werker en huisarts willen de auteurs in het navolgende verslag uitbrengen.

Patiënte A, geboren in 1924, was zolang haar huidige huisarts haar kende, namelijk sedert 1957, goed gezond geweest. Haar enige klacht was een

*Samenvatting.* De samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker wordt besproken aan de hand van een casus uit de praktijk. Beschreven wordt een patiënte met verscheidene problemen, die door deze samenwerking tot een aanvaardbare oplossing worden gebracht. Een korte beschouwing over de taak van huisarts en maatschappelijk werker wordt gegeven.

chronisch recidiverend kokkogeem eczeem van de handen. Hiervoor was zij onder behandeling van de huidarts.

In 1962 ging zij klagen over haar rug. De orthopedische chirurg vond bij onderzoek een linkszijdige protrusie van L4/L5; hij stelde de diagnose hernia nucleii pulposi.

Het lag in de bedoeling tot operatie over te gaan; patiënte bleek echter gravida te zijn. Na de partus begonnen de rugklachten in heviger mate, tijdens de graviditeit had zij weinig last gehad. Ook begon zij toen te klagen over haar moeder, die al jaren bij haar inwoonde. Deze zou haar overal achterna lopen. Patiënte werd opnieuw naar de orthopedische chirurg verwezen; thans werd een datum voor de operatie afgesproken. Vlak voor opname bleek zij wederom gravida te zijn.

Na voorspoedige beëindiging van deze partus, namen de klachten die ondanks de graviditeit vrij gering waren geweest, weer in hevigheid toe; bovendien ging zij scheef lopen. In juni 1966 werd een laminectomie verricht, twee disci werden uitgeruimd. Daarna waren de rugklachten verdwenen.

Na een half jaar werd patiënte erg nerveus en gespannen, de problemen met moeder werden steeds groter. Deze werd ondergebracht bij familie elders in het land en aan patiënte werd bedrust voorgeschreven. Er ontwikkelde zich een hysterisch-psychogeen ziektebeeld waarbij abasie en astasie op de voorgrond stonden. Deze verschijnselen en enkele uitlatingen in de richting van plannen tot suïcide deden besluiten tot opname in de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis.

Na anderhalve maand werd zij ontslagen. Uit de ontslagbrief citeer ik: „Zoals je ziet is haar astasie-abasie weer verdwenen en is zij weer actief en dominerend als voorheen. De achtergrond hangt be-

slist samen met de moeilijkheden met haar inwonende moeder. Deze vrouw moet in een bejaarden-tehuis en niet meer bij haar terugkomen. Ze heeft hierover wel schuldgevoelens, maar deze berusten op een krenking van haar narcisme, omdat het haar niet gelukt is om het met haar moeder vol te houden. Ze had graag aan haar broers en zusters laten zien, dat zij wel kon wat deze niet konden”.

Gedurende enkele maanden waren er weinig problemen. Moeder verbleef in het westen bij familie en er werd een aanvraag gedaan voor opnemning in een plaatselijk verzorgingstehuis.

Na enige aandrang op de directrice van dit tehuis bleek, dat deze niets voor opnemning voelde. De familie en moeder zelf gingen aandringen op een terugkeer van laatstgenoemde naar patiënte en deze knapte weer af. Zij weigerde opnemning of verwijzing naar een psychiater. Op dit moment werd de maatschappelijk werkster ingeschakeld.

*Visie van de arts en de maatschappelijk werkster op de problemen.* De huisarts beschrijft mevrouw A als een neurotische vrouw die op hysterische wijze kan reageren op de gebeurtenissen in haar omgeving. Het gedrag van mevrouw A wordt in hoge mate gekenmerkt door onechtheid. Zij vertelt bijvoorbeeld aan de maatschappelijk werkster dat zij erg duizelig is, zij demonstreert dit in haar lopen, maar als zij een kopje thee inschenkt en dat van de keuken naar de kamer brengt, morst zij niet.

De huisarts heeft wel de indruk dat de heer A zijn vrouw accepteert en dat hij haar wil helpen, maar hij zou het vermogen missen om haar werkelijk te steunen. Bij de gesprekken blijkt dat mevrouw A het haar man niet kwalijk neemt dat hij zich niet zo in haar problemen verdiept. De aandacht welke zij nodig heeft, verwacht zij eerder van de huisarts en de maatschappelijk werkster.

In het verleden is er altijd veel van mevrouw A geëist, zij heeft voor alles wat zij voor „thuis” heeft gedaan, weinig terugontvangen. Zij heeft geleerd gehoor te geven aan elk beroep dat op haar wordt gedaan.

Toen haar moeder bij haar in huis was, werd de last op de duur zo zwaar te dragen, dat mevrouw A als het ware eronder bezweek. Zij kon dit niet accepteren en er ontstonden schuldgevoelens, die zich uitten in een agressie ten opzichte van haarzelf en soms in een agressie ten opzichte van haar moeder, die zij dan als de oorzaak van alle problemen zag.

Omdat mevrouw A geen oplossing voor haar problemen ziet, overweegt zij suïcide te plegen.

Bij het eerste gesprek dat de maatschappelijk werkster met patiënte/cliënte had, dreigde zij met dergelijke plannen. Zij zag geen uitkomst meer en zij meende dat zij psychisch en lichamelijk zo ziek was dat in de toekomst geen verbetering mogelijk zou zijn. Zij zag ook niet in dat iemand haar zou kunnen helpen.

Mevrouw A aanvaardde de komst van de maatschappelijk werkster omdat zij vertrouwen had in

de huisarts die haar een dergelijk contact had voorgesteld. Wel gaf zij de maatschappelijk werkster direct te kennen dat deze weinig voor haar zou kunnen doen. Toch was patiënte bereid te praten. Zij vertelde de voorgeschiedenis en de wijze waarop haar problemen waren ontstaan. In de biografische anamnese laten wij patiënte/cliënte aan het woord.

*Biografische anamnese.* „Van mijn jeugd kan ik me eigenlijk niets plezierigs herinneren. Altijd is het moeilijk geweest; mijn moeder had nooit aandacht voor ons, alleen maar voor zichzelf. Ze gaf zich niet eens de moeite voor ons te zorgen. Als wij uit school kwamen stond er nooit eten voor ons klaar, dat moesten mijn zusters en ik zelf koken. Er was dikwijls geen geld in huis, moeder kon niet met geld omgaan, ze maakte veel schulden; hier heb ik mij altijd over geschaamd.

Met mijn vader en zusters kon ik wel goed opschieten; mijn vader was een goede man, hij is al jaren geleden overleden. Toen hij stierf heb ik hem beloofd dat ik later voor mijn moeder zou zorgen. Dat is nu mijn ongeluk; ik kan nooit „nee” zeggen. Als ik zie dat mensen in nood zitten wil ik helpen, ook al kan ik het niet.

Ik was nog jong toen ik naar deze kant van het land ben gegaan. Ik kwam hier in betrekking, veel verdiende ik niet maar van het weinige geld dat ik verdiende moest ik thuis nog altijd bijspringen.

Hier heb ik mijn man ontmoet. Mijn man heeft zich eigenlijk nooit met de problemen die ik met mijn moeder had, bemoeid. Hij wist er ook minder van omdat hij de hele dag van huis was. Pas toen hij een keer ziek was merkte hij hoe moeilijk het was mijn moeder in huis te hebben.

Op mijn schoonmoeder ben ik altijd erg gesteld geweest, dat is wel wederkerig, want als mijn schoonmoeder iets bijzonders heeft, zal zij altijd het eerste bij mij komen en niet bij een van haar drie eigen dochters.

Toen mijn man en ik trouwden zijn wij hier blijven wonen. Twaalf jaar geleden kon mijn moeder niet meer alleen blijven. Wij hadden toen inmiddels twee kinderen gekregen. Ik voelde het dus als mijn plicht moeder in huis te nemen, hoewel ik er vreselijk tegenop zag.

Toen mijn moeder er was, was ik nooit meer alleen, moeder achtervolgde me als het ware door het hele huis. Altijd vroeg ze aandacht, ze wilde alles weten, ik moest zeggen waar ik naar toe ging, hoe lang ik weg bleef en het liefst wilde ze met mij meegaan. Pas de laatste tijd had ik een avond „vrij”, waarop ik zelf mocht weten waar ik naar toe ging, maar als ik dan laat terug kwam was mijn man al naar bed, maar mijn moeder zat op mij te wachten.

De aanwezigheid van mijn moeder benauwde mij hoe langer hoe meer. Toen de twee jongste kinderen waren geboren en ik het dus hoe langer hoe drukker kreeg, kon ik er helemaal niet meer tegenop. Ik werd ziek en moest in het ziekenhuis wor-

den opgenomen. De dokter achtte het niet langer verantwoord dat mijn moeder bij ons bleef.

Mijn moeder ging toen naar een zuster van mij toe, daar is zij niet lang gebleven, die kon er helemaal niet tegen. Zij is toen nog op enkele andere adressen geweest, maar nergens hield zij het lang uit. Niemand wilde haar lang in huis hebben; zelf wilde zij ook nergens blijven, steeds zei ze maar weer dat ze naar mij terug wilde.

Ik weet, dat als zij naar mij toekomt, ik haar toch weer in huis zal nemen, hoewel er dan helemaal niets meer van mijzelf terecht zal komen”.

*Plan van behandeling.* Door huisarts en maatschappelijk werkster werd in gezamenlijk overleg een plan van behandeling opgesteld.

Ten eerste. Om de spanning in het gezin te verminderen en de aandacht van mevrouw A op iets anders te richten, werd haar geadviseerd enige weken met vakantie te gaan. Zij werd gestimuleerd in het doen van een eigen keuze inzake een vakantieadres.

Ten tweede. Om de schuldgevoelens van mevrouw A ten opzichte van haar moeder te verminderen, moest naar een definitieve oplossing voor de huisvesting van de moeder worden gezocht. Hierin kon mevrouw A geen bijdrage leveren. Het zoeken naar een ander adres zou haar confronteren met haar eigen onvermogen en dit zou avechts kunnen werken.

Ten derde. Om aan haar grote behoefte aan aandacht tegemoet te komen en de mogelijkheid te hebben de steeds terugkerende angsten en schuldgevoelens op te vangen en te elimineren, zou zowel door arts als door maatschappelijk werkster voorlopig contact met patiënte/cliënte worden onderhouden.

*Verloop van de behandeling.* De medische behandeling beperkte zich tot een regelmatig huisbezoek, een geduldig aanhoren van de problemen en het voorschrijven van benzodiazepine (Valium) in hoge doseringen.

Voor mevrouw A is de arts de vertrouwensfiguur. Zij heeft vertrouwen in zijn advies en zij volgt dat ook op. Toen de arts haar voorstelde een paar weken met vakantie te gaan, heeft zij dit gedaan omdat zij, naar zij de maatschappelijk werkster vertelde, „weet dat de arts haar begrijpt en weet wat het beste voor haar is”.

Toen zij enige weken na haar vakantie weer erg gedeprimeerd was en niet op kon tegen de drukte van het gezin, kreeg zij gedurende enige weken hulp van de Stichting Gezinsverzorging.

De mogelijkheden en de grootte van een bijdrage in de kosten van deze gezinsverzorging werden door de maatschappelijk werkster bij deze stichting besproken. Zij heeft bovendien met de diverse bejaardencentra contact opgenomen. In een dorp in de omgeving was nog een plaatsingsmogelijkheid in een klein verzorgingstehuis. De pensionkosten waren bijzonder hoog en aangezien de

moeder van patiënte alleen een inkomen ingevolge de A.O.W. geniet, moest de Gemeentelijke Sociale Dienst worden ingeschakeld. Door zowel de huisarts als de maatschappelijk werkster is het belang van deze plaatsing bepleit, met als gevolg dat een positieve beslissing op de aanvraag voor vergoeding van de pensionkosten is genomen.

Voortdurend wordt door middel van gesprekstherapie gepoogd patiënte te doen inzien dat haar schuldgevoelens ongegrond zijn. Haar positieve mogelijkheden worden ter sprake gebracht. Zij wordt erop gewezen dat zij toch een goede huisvrouw is en dat zij sfeer in het gezin weet te brengen. Voortdurend wordt getracht haar duidelijk te maken hoe zij, gebruikmakend van die mogelijkheden, veel voor haar man en kinderen kan betekenen.

Patiënte is na het opnemen van haar moeder aanzienlijk verbeterd. Zij is rustiger geworden, de suïcide gedachten zijn geheel verdwenen. Zij kan de huishouding, zij het met moeite, weer aan.

Eind 1968 was zij weer enige dagen „over haar toeren”. Er bleken enkele geringe problemen in het bejaardentehuis te zijn tussen de moeder en de directie. Patiënte trok zich dit erg aan. Een onzer stelde zich in verbinding met het tehuis; de problemen werden besproken en opgelost.

Eind 1968 bleek de menstruatie gedurende twee maanden weg te blijven. De pregnationconreactie was negatief. Er vond een curettage plaats. Dit gaf mede door het grote bloedverlies weer enige terugslag. Zij kreeg gedurende korte tijd weer gezins-hulp. Al heel spoedig wilde zij echter haar zaken weer zelf regelen.

Wij menen dat hier met een niet-intensieve, maar wel continue begeleiding door huisarts en maatschappelijk werkster een redelijke aanpassing aan de eisen van alledag kan worden bereikt.

*Nabeschouwing.* Telkens blijkt bij morbiditeitsonderzoekingen, dat psychosomatische en neurotische stoornissen een belangrijk deel van het werk van de huisarts uitmaken. Omdat hierbij de sociale problematiek veelal een grote rol speelt, is een nauwe samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker welhaast onontbeerlijk. De huisarts is immers niet in staat alle facetten van deze sociale problematiek te overzien. De besprekingen met patiënt en diens relaties zijn tijdrovend, zodat hij hieraan teveel tijd zou moeten geven, waardoor hij op ander gebied te kort zou schieten.

De maatschappelijk werker heeft over het algemeen meer tijd dan de huisarts om gesprekken met de patiënt te voeren. Hierdoor en mede door de gebezigde gesprekstechniek, zal veelal een uitvoeriger beeld van de voorgeschiedenis en een beter inzicht in het milieu en de sociale omstandigheden van de patiënt kunnen worden verkregen dan door de huisarts. Bovendien vindt een patiënt het meer in de aard van een maatschappelijk werk-contact liggen om de in zijn ogen minder belangrijke „huiselijke probleempjes” aan een maatschappelijk

werker dan aan een arts voor te leggen. En juist deze ogenschijnlijk minder belangrijke problemen kunnen de genezing dikwijls ongunstig beïnvloeden.

In de door ons beschreven casus zijn de verschillende aspecten van de samenwerking naar voren gekomen. In dit geval werd door de huisarts het eerste contact gelegd met het maatschappelijk werk, omdat de sociale achtergronden zijns inziens een overheersende rol speelden in het ziektepatroon van de vrouw. Uit het verloop van de behandeling blijkt duidelijk hoe belangrijk het functioneren van de maatschappelijk werker is geweest. Juist haar medewerking was de reden dat patiënte niet opnieuw behoefte te worden opgenomen op de psychiatrische afdeling. Bovendien werd, zowel in lichamelijk als psychisch opzicht, een evenwichtstoestand bereikt, die de rust in het gezin – met nog twee kleine kinderen – ten goede kwam.

Ook de omgekeerde procedure – het inroepen van de hulp van de arts door de maatschappelijk werker – is mogelijk. In beide gevallen dient de patiënt op de hoogte te zijn van de intentie tot overleg en zijn of haar toestemming te geven. Bij weigering kan de maatschappelijk werker in het uiterste geval patiënt adviseren de arts te raadplegen.

In overleg wordt een *behandelingsplan* opgesteld aan de hand van door beiden aangedragen kennis van de gegevens. De arts mag hierbij niet schromen de maatschappelijk werker op de hoogte te stellen van elke, zelfs strikt medische kennis, die voor dit behandelingsplan nodig kan zijn. Bij de behandeling zal de rol van de arts door zijn deskundigheid en belangstelling worden bepaald. Heeft hij voldoende scholing in en belangstelling voor de psychosomatische benaderingswijze, dan kan hij zijn aandeel hierin leveren in gezamenlijk overleg, anders beperke hij zich tot het bij tijd en wijle luisteren naar hetgeen de patiënt heeft te zeggen en de noodzakelijke medicamenteuze behandeling.

*De sociale behandeling.* Kamphuis onderscheidt in de sociale behandeling de volgende aspecten: het werken met de cliënt; het werken met zijn omgevingsveld, en de beïnvloeding van de sociale hulpbronnen. Al deze aspecten komen in de beschreven casus aan de orde. De maatschappelijk werker „werkt” met de cliënt door middel van het gesprek. Dit gesprek moet doelgericht zijn en een functie hebben in het geheel van de behandeling. Door de gesprekken krijgt de maatschappelijk werker een beeld van de persoon, omgeving en problemen van de cliënt. De cliënt krijgt de gelegenheid emotioneel af te reageren. Wanneer een cliënt – als in bijgaande casus – hieraan sterke behoefte heeft, zal de maatschappelijk werker luisteren, hem het gevoel geven dat hij door de maatschappelijk werker wordt geaccepteerd en – waar dit nodig is – hem geruststellen of vertrouwen uitdrukken in zijn capaciteiten. In enkele gevallen zal het mogelijk zijn de cliënt inzicht te geven in zijn probleem en hem te helpen zijn weg tot een oplossing te vinden. In de beschreven casus was dit niet mogelijk: patiënte was te emotioneel bij haar probleem betrokken.

Het werken met het omgevingsveld. In de beschreven casus is door een situatieverandering in de omgeving – plaatsing van moeder in het bejaardentehuis – het probleem van patiënte grotendeels opgelost.

Beïnvloeden van de sociale hulpbronnen. Als sociale hulpbron kan in het beschreven geval de financiële hulp van de bijstandswet, waarvoor een rapportje werd ingediend, fungeren. Bij het probleem van de cliënt komen dikwijls dergelijke factoren aan de orde en kan de maatschappelijk werker door kennis van de sociale kaart vaak een bemiddelende rol spelen.

Es, J. C. van. Probleempatiënten. Van Gorcum, Assen, 1966.  
Kamphuis, M. Wat is social casework? Samsom, Alphen aan den Rijn, 1961.

Ministerie van cultuur, recreatie en maatschappelijk werk. Samenwerking huisarts en maatschappelijk werker; verslag van een experiment te Amsterdam, 1967.