

# Het maatschappelijk werk in de groepspraktijk Ommoord

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM EN J. M. H. OP 'T ROOT, MAATSCHAPPELIJK WERKER

*„But in a very clear sense the patient is a „given” - and we have no choice but to deal with him as he actually exists.” Truax en Carkhuff.*

*„With few exceptions, statistical studies have consistently failed to show that any form of psychotherapy is followed by significantly more improvement than would be caused by the mere passage of an equivalent period of time.” J. D. Frank.*

In een recent artikel heeft *Lamberts* uitvoerig beschreven in welke vorm de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord is gegoten en hoe belangrijk de rol is die het maatschappelijk werk daarin speelt. In dit artikel komen in cijfers uitgedrukt een aantal aspecten aan de orde van de plaats van het maatschappelijk werk in genoemd samenwerkingsverband. Deze gegevens maken het mogelijk een meer exacte indruk te verkrijgen over de hoeveelheid en de aard zowel van de aangeboden problematiek als van de therapeutische inspanning.

Omdat het van het begin af de bedoeling was — ook al heet de samenwerking tussen maatschappelijk werker en huisartsen experimenteel — dat de aanwezigheid van een maatschappelijk werker (sinds kort zijn er twee) van blijvende aard zou zijn, dienen de uitkomsten van ons onderzoek vooral om kritisch te kunnen terugzien op de afgelopen periode (1 oktober 1968 tot 1 april 1970) terwijl daarnaast in operationele zin praktische consequenties uit een en ander kunnen worden getrokken. Het lijkt zinvol onze gegevens te vergelijken met die, verkregen uit andere onderzoeken zoals van *Van Es*, *Vlamings*, het „Amsterdamse” project (zie *Verslag*) en het Engelse experiment van *Forman en Fairbairn*. Soms blijkt echter een vergelijken van de uitkomsten moeilijk te zijn of weinig zin te hebben, omdat aard en doelstelling van de verschillende projecten belangrijk uiteenlopen.

Het onderzoek van *Van Es* in Apeldoorn was primair erop gericht om meer inzicht te verkrijgen in de betekenis en de invloed van sociale factoren met betrekking tot het ziek worden, het ziek zijn en het beter worden. Hier was duidelijk sprake van een tijdelijke samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker, waarbij de hulp van de laatste vooral werd gezien als aanvulling op de behandeling van onbegrepen en langdurige klachten van de patiënt.

In het Nijmeegse onderzoek door *Vlamings* werd ook de behandeling door de maatschappelijk werker ingepast. Zijn doelstellingen waren ten eerste

*Samenvatting:* Aan de hand van een groot aantal gegevens wordt de samenwerking van een maatschappelijk werker en een groepspraktijk besproken. Verdeeld over drie groepen komen 174 gevallen aan de orde. De eerste groep bevat 55 gevallen door de huisartsen naar de maatschappelijk werker verwezen om te worden behandeld. Als kernfunctie van het maatschappelijk werk wordt gezien de hulpverlening bij relationele problematiek. In de tweede groep bevinden zich 91 gevallen welke door een der huisartsen zijn behandeld. De derde groep bevat 28 gevallen waarin op eigen initiatief een beroep op de maatschappelijk werker is gedaan („free acces”). De verschillende uitkomsten worden zoveel mogelijk vergeleken met die van een viertal vergelijkbare onderzoeken.

Het blijkt dat het maatschappelijk werk vooral door de sociaal wat lager geplaatste en de wat oudere mensen als middel tot hulpverlening wordt aanvaard. De „free acces”-groep neemt, zowel door de samenstelling als door de problematiek en de werkwijze, een dusdanige plaats in, dat wordt geopperd of deze groep niet beter in de eerste plaats door een sociale raadsman kan worden opgevangen. In de groep gevallen welke naar de maatschappelijk werker werden verwezen, kwam hij in professionele zin volledig tot zijn recht.

In de door de huisarts en de maatschappelijk werker behandelde groepen treedt het bestaan van relationele problematiek, zowel tussen man en vrouw als tussen ouders en kinderen en met de familie sterk op de voorgrond. Ook actuele stress-situaties zijn van groot belang. Materiële problematiek speelt een betrekkelijk onbelangrijke rol.

De veranderingen in de probleemsituatie, welke in beginsel mede aan de behandeling zouden kunnen worden toegeschreven, worden besproken en gerelateerd aan een aantal meer persoonlijke gegevens. De schrijvers stellen zich kritisch op ten aanzien van het „rendement” en de specificiteit van verschillende benaderingswijzen in de hulpverlening. Vastgesteld wordt dat de werkerterreinen van de huisarts en de maatschappelijk werker elkaar sterk overlappen, ondanks de sterk verschillende werkwijzen.

Tenslotte wordt erop gewezen dat ook in Ommoord tot nog toe de werkwijze in de geestelijke gezondheidszorg vooral stoelt op een zogenaamd aanpassingsmodel. De vraag wordt geopperd of er niet meer moet worden gezocht naar benaderingen uitgaande van een conflict-model.

om een indruk te verkrijgen zowel omtrent de frequentie waarin de huisarts patiënten ontmoet bij wie hij maatschappelijke problemen onderkent of vermoedt, als omtrent de aard van deze problemen; ten tweede om na te gaan of nauwe samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker voor patiënten met maatschappelijke problemen

resultaten oplevert die wellicht aan deze samenwerking mogen worden toegeschreven.

In het Amsterdamse experiment (zie *Verslag*) was de aandacht duidelijk op de behandeling gericht, zoals dat ook bij ons het geval is. In Amsterdam was het project primair een leerschool voor zeven stagiaires van de voortgezette opleiding voor maatschappelijk werkers, terwijl in Ommoord de maatschappelijk werker optreedt in het kader van de gezamenlijke presentatie van instellingen voor algemeen maatschappelijk werk in Rotterdam.

In het door *Forman en Fairbarn* beschreven samenwerkingsproject in Barnstaple was sprake van het verlangen „to estimate the value, if any, of a medical social worker in a group practice, by a three-year attachment”, „to make some analysis of the problems referred to her”, „to estimate the need for medicosocial work in practice”, „to estimate the value of a general practice as a site for a medical social worker in making contact with those in need of her service”.

In Ommoord was van het begin af de aandacht gericht op de behandeling en niet op de diagnostiek. Wij zien als kernfunctie van het maatschappelijk werk de hulpverlening bij relatieproblematiek. Dit heeft natuurlijk belangrijke gevolgen voor het vaststellen van het indicatiegebied van het maatschappelijk werk binnen de sfeer van de huisarts-geneeskunde en voor de professionele opstelling daarvan. Dit uitgangspunt houdt het gevaar in van een zekere mate van „self-fulfilling prophecy”. De verschillende uitkomsten zijn het resultaat van een selectie-procedure, waarbij tal van uitgesproken en niet-uitgesproken (of nog niet uitspreekbare) factoren een rol spelen. Onze vraagstelling is echter duidelijk: hoe is de samenstelling van de groep cliënten die door de huisartsen van onze groep naar de maatschappelijk werker worden verwezen en hoe steekt deze groep af zowel tegen een groep patiënten voor wie alleen de huisarts zich extra inspant als tegen een groep cliënten die buiten de huisarts om de hulp van de maatschappelijk werker („free acces”) inroepen?

De desbetreffende groepen werden als volgt samengesteld:

Groep 1: 55 gezinnen of „cases” werden door de respectievelijke huisartsen naar de maatschappelijk werker verwezen en daadwerkelijk in behandeling genomen;

Groep II: 91 gezinnen of gevallen werden in dezelfde periode door één van de huisartsen zodanig behandeld dat het èn voor de patiënt èn voor de arts expliciet duidelijk was dat de aangeboden problematiek op systematische wijze aan de orde kwam en in beginsel binnen de therapeutische relatie voor een min of meer lange periode aan de orde bleef;

Groep III: In 28 gevallen deed een gezin of een inwoner uit Ommoord direct of na verwijzing door iemand anders dan de huisarts een beroep op de maatschappelijk werker („free acces”).

De duur van de verschillende onderzoeken en

het aantal ingebrachte gevallen liepen sterk uiteen. Ons onderzoek betreft een periode van 18 maanden waarin in het totaal 174 gevallen voorkwamen; hiervan werden 83 door de maatschappelijk werker behandeld. Bij *Van Es* werden in 24 maanden 110 gevallen ingebracht, waarbij in 54 gevallen hulp van de maatschappelijk werker nodig werd geacht (in een beperkt aantal gevallen werd tot behandeling overgegaan). Het onderzoek van *Vlamings* duurde 28 maanden; het betrof in het totaal 326 patiënten; in 68 gevallen werd ter behandeling naar de maatschappelijk werker verwezen; zij behandelde 49 daarvan zelf. Het aantal in Amsterdam naar het maatschappelijk werk verwezen gevallen (zie *Verslag*) was het resultaat van een strenge selectie. In 36 maanden vonden 72 behandelingen door de maatschappelijk werker plaats. Het project in Barnstaple (*Forman en Fairbarn*) besloeg 36 maanden waarbij in totaal 409 gevallen aan de orde kwamen die door de maatschappelijk werker werden gezien.

Om de leesbaarheid van onze tabellen te vergroten en het vergelijken van de groepen te vergemakkelijken zijn alle aantallen als percentages van het totaal van de desbetreffende groep of subgroep weergegeven. Omdat vooral de groepen I en III betrekkelijk klein zijn, moet men zich bij de beoordeling realiseren dat schijnbaar sterk verschillende percentages kunnen berusten op in feite betrekkelijk kleine numerieke verschillen. Toetsing der verschillen is achterwege gebleven omdat daarvan, gezien de aard en de omvang van de gegevens en van de doelstelling, geen extra informatie kon worden verwacht.

*Leeftijd, beroepsniveau, gezinsstructuur, religie, afkomst en woonhoogte.* Bij toepassing van deze eenvoudige sociografische variabelen komen duidelijke verschillen tussen de drie groepen naar voren (*tabel 1*). Alvorens hierop in te gaan is enige verduidelijking omtrent de betekenis van „leeftijd” en „beroepsniveau” nodig. De leeftijd geeft aan in welke leeftijdsklasse het gezin, in casu het gezinshoofd valt, of — indien daarvan sprake is — hoe oud de desbetreffende patiënt of cliënt is. Hetzelfde geldt voor het beroepsniveau, waarvoor de volgende classificering werd gebruikt:

- A Vrije en academische beroepen, leraar M.O., hoge ambtenaren, directies van grote ondernemingen.
- B Hoge employées, hoofdamttenaren, hogere technici, directies van kleinere ondernemingen.
- C Middelgrote middenstand, ambtenaren met middenpositie, middelbare technici, onderwijzers.
- D Kleine middenstand, lagere employées, lagere ambtenaren.
- E Hoofdzakelijk handarbeiders.

De gegevens in *tabel 1* geven aanleiding tot een aantal opmerkingen:

1 De bevolking van Ommoord is jong. Ervan uitgaande dat de praktijkpopulatie niet in sterke mate afwijkt van de totale populatie, bestaat er geen aanleiding om aan te nemen dat de leeftijd een belangrijke rol speelt bij het al dan niet intensief hulp verlenen door de huisarts (groep II). Anders ligt dit bij de groepen I en III. Vooral in de „free acces” groep bestaat een overmaat aan ouderen. Bij de desbetreffende onderzochte groepen van *Van Es*, *Vlamings*, Amsterdam (zie *Ver slag*) en van *Forman en Fairbarn* lijkt de gemiddelde leeftijd niet belangrijk af te wijken van die in groep I.

2 Wat het beroepsniveau betreft valt in de naar de maatschappelijk werker verwezen groep (I) en in

de „free acces” groep (III) de nadruk op de lagere „administratieve” beroepen (respectievelijk 35 en 60 procent). Dit is ook bij *Van Es* het geval. In Nijmegen (*Vlamings*) valt echter 37 procent onder de categorie geschoolde arbeiders, terwijl in Amsterdam (zie *Ver slag*) 27 procent wordt gerekend tot de groep van ongeschoolde arbeiders. In Barnstaple (*Forman en Fairbarn*) valt de nadruk op de middengroep (51 procent). In alle onderzoeken zijn de hoogste niveaus nauwelijks vertegenwoordigd (hertegen steekt groep II nogal schril af). Kennelijk wordt het maatschappelijk werk als middel tot hulpverlening vooral door de lagere — en in Ommoord ook oudere — groepen aanvaard. Ook

Tabel 1. Gegevens samenwerkingsproject maatschappelijk werker en huisartsen te Ommoord in de periode van 1 oktober 1968 tot 1 april 1970. Voor verdere verklaring zie tekst.

Diverse gegevens	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28	Gezinshoofden gehele bevolking Ommoord per 1-1-'69*
<b>Leeftijd</b>				
Jonger dan 30 jaar	22	32	0	34
30 tot 40 jaar	38	35	25	23
40 tot 50 jaar	9	24	21	23
50 tot 60 jaar	16	8	18	14
Ouder dan 60 jaar	15	1	36	6
<b>Beroepsniveau</b>				
A	0	16	0	} 8
B	4	12	4	
C	31	45	18	30
D	35	27	60	51
E	29	0	18	7
<b>Gezinsstructuur</b>				
Kinderloos echtpaar	9	18	11	
Gezin met jonge kinderen	44	48	29	
Gezin met oudste kind vanaf 15 jaar	18	21	18	
Man ouder dan 60 jaar of laatste kind uit huis	7	3	7	
Ongehuwd, alleen wonend	0	7	0	
Onvolledige gezinnen, samenwoningen	22	3	36	
<b>Kinderaantal in huis</b>				
Geen	18	28	46	40
Een of twee	58	43	36	27
Drie of vier	22	27	18	29
Meer dan vier	2	1	0	4
<b>Religie</b>				
Geen	36	41	36	26
Rooms-Katholiek	35	33	21	26
Nederlands-Hervormd	22	16	25	29
Gereformeerd	4	9	18	15
Overigen	4	1	0	4
Afkomstig van buiten Rotterdam	18	24	4	12
<b>Woonhoogte</b>				
Eengezinswoning	25	29	14	} 17
Eerste tot en met vierde verdieping	33	26	36	
Vijfde tot en met achtste verdieping	27	19	32	
Negende en hoger	15	25	18	

\* Gegevens over de gehele bevolking van Ommoord zijn afkomstig van de sociaal-wetenschappelijke afdeling van de gemeentelijke sociale dienst.

de ervaring van de huisarts bij het motiveren van patiënten voor hulpverlening door de maatschappelijk werker, wijst op de grote betekenis van de perceptie welke men van dit werk heeft. Op basis van een slecht inzicht in de professionele inhoud van het maatschappelijk werk en van moeilijk te overwinnen gevoelens van „sociale afgang”, is voor sociaal wat hoger geplaatsten de drempel naar deze vorm van hulpverlening vaak moeilijk of in het geheel niet te overschrijden. Het zal interessant zijn in de komende jaren te zien of een betere bekendheid met dit werk in ons samenwerkingsproject zal leiden tot een verschuiving in de samenstelling van de drie groepen.

3 De volledige gezinnen hebben in alle onderzoeken de overhand. In Ommoord en in Amsterdam (zie *Verslag*) treden de jonge gezinnen wat meer op de voorgrond. Bij *Van Es* is de groep gezinnen met opgroeiende kinderen betrekkelijk groot.

De „broken home” situaties komen in de groepen I en III vaker voor dan in groep II; met name in de „free acces” groep werden bij ons nogal wat oudere mensen aangetroffen wier partner was overleden. In de desbetreffende vier groepen waarmee de uitkomsten steeds werden vergeleken, worden ongeveer dezelfde uitkomsten gevonden, terwijl in het Cavershamproject (*Goldberg en medewerkers*) in een veel hoger percentage (62 procent van de gevallen) sprake is van actuele „broken home” situaties.

4 De verdeling over de religies is vooral interessant omdat het maatschappelijk werk in Ommoord zich weliswaar als algemeen presenteert, maar toch sterke banden met het „gekleurde” maatschappelijk werk heeft en omdat verzuiling in dit werk nog altijd een belangrijke rol speelt. Het aantal onkerkelijken in de drie groepen is groot. In elk geval is in deze gegevens geen enkele aanwijzing te vinden voor een positieve relatie tussen de overtuiging van de cliënt/patiënt en de vorm van hulpverlening. Zinnige vergelijking met de uitkomsten van de andere onderzoekers is moeilijk vanwege de grote geografische verschillen (Nijmegen 77 procent rooms-katholiek, Apeldoorn 40 procent nederlands-hervormd).

5 Tenslotte valt op dat zich in de verdelingen van de woonhoogten weinig duidelijke verschillen voordoen ten opzichte van de verdeling over de gehele wijk. De betekenis van deze waarneming is gering, omdat in het geheel geen rekening werd gehouden met de samenstelling van de groepen die respectievelijk bijvoorbeeld de eengezinswoningen (kinderrijke gezinnen in principe), de vaak dure en meer luxueuze achtlagige flats of de simpeler woningwetflats met veertien woonlagen bewonen.

*Periode tussen verhuizen en aanmelden.* Ommoord is een nieuwbouwwijk die in snel tempo tot stand komt. Hetzelfde geldt voor de huisartspraktijken. Het leek ons daarom zinvol uit te rekenen welke tijd is verlopen tussen de verhuizing naar

Ommoord en het in bespreking brengen van de problematiek.

Tabel 2. Duur periode voor aanmelding problematiek bij de drie groepen.

Duur periode aankomst en aanmelding	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28
Aankomst in Ommoord			
In 1968 . . . . .	53	78	57
Eerste helft 1969 ..	35	21	21
Tweede helft 1969 .	12	1	21
In 1970 . . . . .	0	0	0
Aanmelding			
In 1968 . . . . .	12	24	18
Eerste helft 1969 ..	31	25	32
Tweede helft 1969 .	44	34	25
In 1970 . . . . .	12	6	25

Uit de gegevens in tabel 2 blijkt dat er gemiddeld ongeveer een half jaar valt tussen de verhuizing naar Ommoord en het in bespreking brengen van de problematiek. Tevens komt naar voren dat zich wat dat betreft geen duidelijke verschillen tussen de drie groepen voordoen. De maatschappelijk werker is alleen wat later op gang gekomen dan de huisarts. Dit komt voort uit praktische uitvoeringsperikelen in de beginfase.

*Probleemgebieden en veranderingen in de toestand (tabel 3).* Van alle gevallen werd beoordeeld tot welke gebieden — vaak meer dan één — de actuele problematiek moest worden gerekend. Daarbij is tevens aangegeven of een bepaald probleemgebied in belangrijke mate („uitgesproken”) aan de orde kwam of dat het meer „bijkomend” van aard was. Tenslotte wordt aangegeven welke veranderingen zich tijdens de behandelingsperiode — dank zij of ondanks onze bemoeïing — voordeden. Eerst zal nader worden ingegaan op de aard van de problematiek en daarna op de veranderingen.

De vergelijking van de problematiek die in ons onderzoek aan de orde komt met die in de andere experimenten is belangrijk. De verschillen in benadering en in uitgangspunten bemoeïijken deze vergelijking, maar zij maken het ook mogelijk om te demonstreren hoe „heterogeen” de samenwerkingssituatie huisarts-maatschappelijk werker kennelijk kan zijn.

In ons project speelt de relatieproblematiek tussen man en vrouw, al dan niet getrouwd, in de groepen I en II een belangrijke rol. In de „free acces” groep (III) is dit veel minder uitgesproken. Dit verschil moet worden gezien in het licht van ons uitgangspunt dat juist op het gebied van de relatieproblematiek de maatschappelijk werker een taak heeft. Daarbij komt dat in de perceptie van het maatschappelijk werk in de groep die zich direct tot de maatschappelijk werker richtte (III), kennelijk slechts zelden de verwachting van hulpverlening op dit terrein bestond. Dit in tegenstel-

ling tot de groep die zich tot de huisarts wendde (II).

De relatieproblematiek ouders-kinderen hangt vaak samen met de problematiek in de relatie man-vrouw. In ongeveer een kwart van de geval-

Tabel 3. *Probleemgebieden en veranderingen in de toestand tijdens de behandelingsperiode.*

Aard problemen	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28
<b>Relatie man-vrouw</b>			
Bijkomend . . . . .	24	15	7
Uitgesproken . . . . .	46	45	14
Verandering daarin	(n=38)	(n=55)	(n=6)
Ten goede . . . . .	29	38	0
Geen . . . . .	68	38	100
Ten kwade . . . . .	3	24	0
<b>Relatie ouders-kinderen</b>			
Bijkomend . . . . .	33	7	4
Uitgesproken . . . . .	22	29	21
Verandering daarin	(n=30)	(n=32)	(n=7)
Ten goede . . . . .	20	53	30
Geen . . . . .	77	38	70
Ten kwade . . . . .	3	9	0
<b>Relatie met familie</b>			
Bijkomend . . . . .	24	9	7
Uitgesproken . . . . .	16	22	39
Verandering daarin	(n=22)	(n=28)	(n=10)
Ten goede . . . . .	27	18	30
Geen . . . . .	68	68	70
Ten kwade . . . . .	4	14	0
<b>Stress-situaties</b>			
Bijkomend . . . . .	7	4	0
Uitgesproken . . . . .	29	58	18
Verandering daarin	(n=20)	(n=57)	(n=5)
Ten goede . . . . .	60	72	60
Geen . . . . .	35	14	40
Ten kwade . . . . .	5	14	0
<b>Als manifest ervaren individuele problematiek met ontplooiing, werk, taakverdeling, ontevredenheid, rol</b>			
Mannen . . . . .	36	27	7
Vrouwen . . . . .	35	36	11
<b>Als manifest ervaren individuele problematiek met „social environment”, buren, wijk, aanpassing, verlies contacten</b>			
Mannen . . . . .	15	3	7
Vrouwen . . . . .	38	13	39
<b>Aanpassing en relaties van het gezin in Ommoord</b>			
Goed . . . . .	48	33	39
Gemiddeld . . . . .	26	38	32
Matig-slecht . . . . .	26	29	29

len kwamen moeilijkheden tussen ouders en kinderen in uitgesproken mate naar voren. In groep I is dit soort problemen opvallend vaak (33 procent) „bijkomend” van aard.

Wat wij „de relatie met de familie” noemen, heeft te maken met wat *Van Es* signaleert als het veel voorkomen van een belastende jeugdsituatie. In Ommoord wordt echter uitgegaan van de actuele relatie, ook in emotionele zin, met de familie. De gegevens wijzen erop dat met het verhuizen naar Ommoord een belangrijk gedeelte van de levenshistorie meeverhuist.

Een grote en interessante groep is de groep met de problematiek die voortkomt uit een stress-situatie. Vooral de huisarts houdt zich hiermede bezig (II). Meestal vormt de actuele stress dan ook het hoofdonderwerp van gesprek. Over de gehele linie is de prognose betrekkelijk goed.

Tenslotte vindt men in *tabel 3* gegevens over de individuele problematiek voor zover het de ontplooiing (in ruime zin) en de aanpassing aan Ommoord betreft. Opvallend is in de groepen I en II het grote aantal vrouwen dat heeft te kampen met problemen als emancipatie, ontevredenheid met de rol als huisvrouw en moeder, ontplooiing, taakverdeling, enzovoort (de percentages werkende vrouwen zijn in groep I 16, in groep II 28 en in groep III 14). Dat het aantal van dergelijke problemen ook voor de man omvangrijk is, is niet bevreemdend, omdat de werksituatie hieronder ook is begrepen.

Aanpassingsproblematiek, gericht op Ommoord als leefmilieu, komt vooral voor bij de vrouwen in de groepen I en III. Het is onduidelijk waarom de huisarts zulks in zijn groep relatief weinig tegenkwam of onderkende. Dit bevreemdt des te meer wanneer men ziet dat het oordeel over de relatievorming van het gehele gezin in Ommoord voor de drie groepen sterk overeenkomt. Wanneer men zich realiseert dat bijna een derde deel zich matig tot slecht in Ommoord thuisvoelt, dan doet de vraag zich voor of boven het zoeken naar aanpassing niet de voorkeur moet worden gegeven aan sociale actie, gericht op de leefsituatie in Ommoord en op de positie van de vrouw.

Vervolgens is in *tabel 4* aangegeven welke „stress-factoren” — en dan niet in de zin van actuele, acute stress, maar meer als complicerende factoren — naar onze mening bij de totstand-

Tabel 4. *Stress-factoren die bij aard en behandeling van de problematiek een rol spelen.*

Aard van de stress-factoren	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28
Levensfase . . . . .	16	24	14
Onvolledigheid gezin . . . . .	16	9	18
Ziekte-invaliditeit . . . . .	22	10	14
Psychische gezondheid . . . . .	44	42	18
Materiële problematiek . . . . .	25	2	25

koming, de aard en de vorm van de problematiek en ook bij de behandeling daarvan een rol spelen. De levensfase (puberteit, adolescentie, „overgang”, climacterium virile, senium) als stress-factor neemt in alle groepen een betrekkelijk bescheiden plaats in, vooral wanneer men uitgaat van de grote betekenis welke *Van Es* aan de levensfase schenkt. Ook de onvolledigheid van het gezin (overlijden van kind of echtgenoot, scheiding, langdurig opgenomen zijn en wat dies meer zij), vormt een weinig op de voorgrond tredende factor.

De betekenis van ziekte of invaliditeit als stress-factor doet zich vooral voelen in de groep cliënten die door de huisarts naar de maatschappelijk werker werden verwezen (I). Het percentage komt goed overeen met wat *Beckett en medewerkers* hebben gevonden (24 procent). Opvallend gering is in groep II het percentage patiënten bij wie sprake is van een belangrijke ziekte of invaliditeit. In elk geval maken deze uitkomsten ons bijzonder huiverig voor een uitgangspunt als zou de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker vooral van nut zijn waar sprake is van somatische problematiek.

Een zeer belangrijke stress-factor vormt in de groepen I en II de psychische gezondheid. Het heeft naar onze mening in het algemeen weinig zin om de probleemsituatie van een gezin te „verduidelijken” in de klassieke, nosologische, psychiatrische terminologie (zie ook *Trimbos*). Van groter belang is het om inzicht te verkrijgen in de structuur en het functioneren van de actuele problematiek, waarbij ook aan de orde kan komen in hoeverre de verschillende persoonlijkheidsstructuren een rol spelen. In dit onderzoek wordt met de stress-factor van de psychische gezondheid bedoeld, dat bij het aanwezig zijn van een bepaalde persoonlijkheidsstructuur van één of meer gezinsleden de totstandkoming, de aard of de reactie op een bepaald probleem in belangrijke mate negatief door die bepaalde persoonlijkheidsstructuur wordt beïnvloed. Deze wat gekunstelde formulering is gekozen om beladen, vaak versleten en moeilijk operationeel te definiëren adjectieven als neurotisch, psychopathisch, hysterisch en dergelijke te ontlopen en daarmee ook de mogelijk daaraan gekoppelde verwachting over de behandelbaarheid en de prognose uit de weg te gaan.

Tenslotte is de betekenis van materiële problematiek als stress-factor aangegeven. Bij de bemoeiing door de huisarts (groep II) speelt dit kennelijk praktisch geen rol. In een kwart van de gevallen waarmee de maatschappelijk werker werd geconfronteerd, bestond wel materiële stress (groep I en groep III).

De vergelijking van de gegevens in de *tabellen 3 en 4* met de uitkomsten van *Van Es* is moeilijk, omdat laatstgenoemde enerzijds uitgaat van de fase waarin het gezin verkeert en anderzijds van de psycho-sociale factoren, die invloed leken te hebben — vaak geformuleerd in de vorm van

rolconflicten —, terwijl een en ander niet in getallen maar in generalisaties „doorzichtig” werd gemaakt. Het is echter wel duidelijk dat de relatieproblematiek ook in Apeldoorn een belangrijke rol speelde. Dit komt het duidelijkst naar voren bij de problematiek van de vrouwen in de verschillende levensfasen.

*Vlamings* onderscheidt medische en maatschappelijke problematiek waarbij de laatste categorie uiteenvalt in materiële en niet-materiële problematiek. In de door hem onderzochte groep werden 40 gevallen tot de materiële en slechts 27 gevallen tot de niet-materiële maatschappelijke problematiek gerekend. Deze laatste groep kan wellicht worden vergeleken met onze groep met relatieproblematiek.

Een vergelijking met het Amsterdamse onderzoek (zie *Verslag*) is voor ons interessanter, omdat daar de nadruk viel op de behandeling van problematiek in de psycho-sociale sfeer. De focus van het maatschappelijk werk-contact lag in Amsterdam in 46 procent van de gevallen op de opvoeding, in 24 procent op het huwelijk en in 25 procent op algemene relatieproblemen. Algemene relatieproblematiek wordt omschreven als: problemen, die zich niet direct uiten op specifieke terreinen van sociaal functioneren, maar meer in psychische spanningstoestanden of algemene contactmoeilijkheden. Deze groep doet dus denken aan onze stress-factor „psychische gezondheid”.

*Forman en Fairbairn* onderscheiden drie probleemgebieden: ziekte (56 procent), persoonlijkheid (50 procent) en „circumstances” (99 procent). De laatste groep wordt onderverdeeld in: „practical social problems” (83 procent), „personal relationship problems” (36 procent) en „difficulties associated with reproductive life” (13 procent). Het valt op dat ook hier naast de relatieproblematiek de psychische gezondheid („personality”) een belangrijke rol speelt. Daarnaast valt ook op het grote aantal materiële problemen onder „practical social problems”.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat in Ommoord het uitgangspunt — het maatschappelijk werk als hulpverlening bij relatieproblematiek — sterk in de samenstelling van groep I wordt weerspiegeld, ook bij vergelijking met andere projecten. Daarnaast blijkt dat de soorten problemen waarmee de huisarts zich intensief bezighoudt, een sterke overeenkomst vertonen met die van de naar de maatschappelijk werker verwezen groep. De „free acces” groep wijkt echter hiervan duidelijk af, waardoor het vermoeden wordt bevestigd dat het verwachtingspatroon betreffende hulp van de maatschappelijk werker, bij de bewoners van Ommoord afwijkt van onze uitgangspunten.

*Verandering in de situatie.* Het effect van hulpverlening neemt bij *Truax en Carkhuff* een centrale plaats in: „The evidence now available suggests

that, on the average, psychotherapy may be harmful as often as helpful, with an average effect comparable to receiving no help". *Eysenck* komt tot een soortgelijke conclusie; hij stelt dat bij de meeste neurotische problemen de neiging bestaat tot spontane remissie. Hij komt daarbij tot de constructie van een soort „neurose-verdwijnings-curve”: na ongeveer twee jaar is zonder therapie 70 procent van de problemen verdwenen. *Cooper, Fry en Kalton* komen tot de conclusie dat in de huisartspraktijk na drie jaar globaal 30 procent van de psychische problematiek overblijft. Ook *Truax en Carkhuff* gaan uit van een remissie-„base rate” van ongeveer 70 procent, indien geen behandeling plaatsvindt. Indien tijdens therapie het verbeteringspercentage hetzelfde blijft, kan dat een gevolg zijn van het feit dat de gunstige en schadelijke resultaten elkander in evenwicht houden. De gunstige invloed van psychotherapie schrijven zij voor een belangrijk gedeelte toe aan drie eigenschappen van de therapeut: „accurate empathy”, „non-possessive warmth” en „genuineness or selfcongruence”.

Het is dus met een sterk besef voor de betrekkelijkheid van onze uitkomsten dat wij een aantal cijfers over de „verandering in de situatie” geven. Dit besef wordt nog versterkt door de moeilijkheden die zich voordoen wanneer men wil vaststellen of er enige „movement” is en in welke richtingen (*Pennartz, Vlamings*). Wij hebben in feite gebruik gemaakt van „judgmentmovements”, vastgesteld door degene die behandelde; de gegevens werden neergelegd in een 5-puntsschaal: namelijk 1: duidelijke verslechtering; 2: matige verslechtering; 3: geen duidelijke verandering; 4: matige verbetering; 5: duidelijke verbetering. Gedwongen door de kleine aantallen hebben wij achteraf de schaal gecombineerd tot 4+5: verandering ten goede; 3: geen; 1+2: verandering ten kwade. Er is hier sprake van subjectieve beoordeling door degene die behandelde en die dus ook in zekere zin als een belanghebbende kan worden gezien. Daarbij moet worden gezegd dat de zeer nauwe, dagelijkse samenwerking en de frequente teambesprekingen wel tot een zekere objectivering kunnen hebben bijgedragen.

Uitgegaan werd van de toestand bij de beëindiging van het contact of — bij de nog lopende gevallen — van de toestand ten tijde van de afsluitingsdatum van het onderzoek. In Apeldoorn is getracht een jaar na de einddatum een oordeel over de toestand te geven. In Nijmegen werd dat

Tabel 5. Aantal gunstige veranderingen in de diverse groepen.

Gunstige veranderingen	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28
Drie of meer . . . . .	5	8	3
Twee . . . . .	22	30	21
Een . . . . .	35	28	36
Geen . . . . .	38	33	39

na een half en na een heel jaar gedaan. In Barnstaple is een eindoordeel gegeven zonder dat een tijdstip wordt genoemd.

Alvorens nader op de veranderingen in de toestand in te gaan, wordt eerst in *tabel 5* aangegeven in hoeveel probleemgebieden in het totaal een gunstige verandering is opgetreden.

De gegevens in *tabel 3* en *tabel 5* geven aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1 Onze „base rate” ligt niet ver af van de globaal vastgestelde 70 procent remissies die reeds eerder ter sprake kwamen. Wanneer wij langer met ons oordeel hadden gewacht, was het percentage „geen gunstige verandering” wellicht nog iets lager geweest.

2 Van de verschillende probleemgebieden laat de stress-situatie de beste prognose zien. Het is ook juist deze groep waarvan men zich goed kan voorstellen dat ook zonder hulpverlening een keer ten goede zou zijn opgetreden. Hoe men het effect van de hulpverlening ook waardeert, men moet zich goed realiseren dat primair een beroep op hulpverlening werd gedaan en dat deze hulpverlening in vele gevallen tot satisfactie heeft geleid, zowel van de behandelde als van degene die behandelde, vooral omdat een goede therapeutische relatie tot stand kwam.

3 De aantallen zijn te klein (numeriek) en te uiteenlopend om een zinvol oordeel te kunnen formuleren over een mogelijk verschil in uitwerking van de hulpverlening door de maatschappelijk werker. Daarbij komt nog dat de maatschappelijk werker bij voorbaat in een moeilijker situatie is gemanoeuvreed door ons uitgangspunt. Immers juist bij de uitgesproken en meer gecompliceerde relatieproblematiek werd hij in het geweer geroepen omdat wij juist daar een meer specifieke technische vaardigheid van hem verwachten.

4 Het gaat in ons onderzoek vooral om situaties waarbij meer dan één persoon is betrokken. Ook het oordeel over de wijzigingen in de situatie is daarop gericht. Het is niet onwaarschijnlijk dat dit uitgangspunt de cijfers over het „rendement” ongunstig beïnvloedt.

Hoe valt nu de vergelijking met andere onderzoeken uit? *Van Es* komt tot de volgende verdeling:

Bestaande klachten verminderd bij	45,6 procent.
Klachten gelijk gebleven bij	44,5 procent.
Klachten verergerd bij	6,4 procent.
Onbekend bij	3,5 procent.

*Vlamings* vindt een aanmerkelijk verschil in de verbetering optredend bij materiële problematiek, vergeleken met niet-materiële problematiek, beide in de behandelde groep. In *tabel 6* worden de verbeteringen, in percentages uitgedrukt, samengevat.

De aantallen in het onderzoek van *Vlamings*,

die betrekking hebben op huwelijks- en opvoedingsproblematiek, zijn zo klein dat een nadere vergelijking met onze cijfers zinloos is.

In Amsterdam (zie *Ver slag*) laat men zich niet duidelijk uit over de veranderingen die zich tijdens de hulpverlening bij de cliënten voordeden.

*Forman en Fairbarn* schrijven: „The M.S.W.'s contribution was recorded as helpful in some degree in 384 cases (93,9 per cent)”. Wat nader gedifferentieerd vonden zij de hulp van de maatschappelijk werker in 15,2 procent van de gevallen de „major factor” en in 37,9 procent was er sprake van „much help”. De resterende categorie „some help” is naar onze mening te vaag en te weinig zeggend om vergelijking met onze uitkomsten toe te staan.

Vervolgens hebben wij een poging gedaan om enig inzicht te verkrijgen in de optredende veranderingen aan de hand van een aantal meer persoonlijke kenmerken van onze cliënten en patiënten.

*Motivatie, flexibiliteit, emotionele capaciteit en mate van introversie.* Door degenen die behandelden is een aantal oordelen over man en vrouw of, indien dat onmogelijk was, over een van beiden gegeven (*tabel 7*).

Deze subjectieve beoordelingen zijn oorspronkelijk weergegeven in een vijfpuntsschaal, die later werd samengetrokken tot een driepuntsschaal, waarbij een groep zich ten goede en een groep zich ten kwade van „gemiddeld” onderscheidt. Het is bij voorbaat duidelijk dat deze oordelen zullen zijn gekleurd door het subjectieve inzicht van de huisarts en van de maatschappelijk werker; zij zeggen misschien wel net zoveel over de hulpgever als over degene die hulp zoekt. Toch is het hanteren van dergelijke gegevens niet zinloos. Er is nu eenmaal sprake van een therapeutische relatie waarbinnen zich tal van processen afspelen en waarbij de eigenschappen van alle participanten van belang zijn (*Truax en Carkhuff*). Datgene wat in *tabel 7* naar voren komt kan op die manier mede worden gezien als indicator voor wat zich binnen die relatie heeft afgespeeld.

Met motivatie wordt geprobeerd aan te geven of de cliënt/patiënt zich voldoende bewust is van

*Tabel 6. Vergelijking verbeteringen, optredend bij materiële en niet-materiële problematiek.*

Aard problematiek	Verbeterd:			
	na een half jaar		na een jaar	
	Behandeld	Onbehandeld	Behandeld	Onbehandeld
Niet-materiële problematiek ..	52	43	52	63
Materiële problematiek .....	72	50	82	63

*Tabel 7. Een aantal psychische kenmerken van de vertegenwoordigers der diverse groepen.*

Kenmerken	Groep I	Groep II	Groep III
Motivatie man	n = 40	n = 59	n = 12
Goed .....	34	42	42
Gemiddeld .....	17	12	25
Matig-slecht .....	49	46	33
Motivatie vrouw	n = 50	n = 68	n = 24
Goed .....	44	48	67
Gemiddeld .....	32	37	25
Matig-slecht .....	24	15	8
Flexibiliteit man	n = 40	n = 59	n = 12
Goed .....	5	18	16
Gemiddeld .....	40	18	68
Matig-slecht .....	55	64	16
Flexibiliteit vrouw	n = 50	n = 68	n = 24
Goed .....	6	19	12
Gemiddeld .....	26	34	67
Matig-slecht .....	68	47	21
Emotionele capaciteit man	n = 40	n = 59	n = 12
Goed .....	23	5	33
Gemiddeld .....	30	32	42
Matig-slecht .....	47	63	25
Emotionele capaciteit vrouw	n = 50	n = 68	n = 24
Goed .....	22	7	33
Gemiddeld .....	40	16	54
Matig-slecht .....	38	77	13
Introversie man	n = 40	n = 59	n = 12
Vooraf introvert ..	47	53	8
Gemiddeld .....	40	39	84
Vooraf extrovert ..	13	8	8
Introversie vrouw	n = 50	n = 68	n = 25
Vooraf introvert ..	36	29	21
Gemiddeld .....	44	35	63
Vooraf extrovert ..	20	36	16

de problematiek en of voldoende bereidheid tot het aanvaarden van hulp en tot veranderen aanwezig is. Zowel de maatschappelijk werker als de huisarts slaan de motivatie van de man vergeleken met die van de vrouw betrekkelijk laag aan. Tevens is het aantal „indifferente” oordelen (gemiddeld) bij de man opmerkelijk laag. Het ziet er naar uit dat in de therapeutische situatie de hulpverleners (beiden een man) en de behandelde mannen zich nogal scherp tegenover elkander opstellen: óf goed óf slecht. Dit kan tevens samenhangen met de ervaring, dat het vooral de vrouw is die het eerst de problematiek presenteert. Het is dan soms moeilijk, vooral wanneer een duidelijke relatieproblematiek bestaat, om in tweede instantie de man bij de gang van zaken te betrekken.

Met flexibiliteit wordt bedoeld het vermogen om in de omgang met anderen en bij de confrontatie met hun problemen een zekere soepelheid en



een zeker incassingsvermogen te tonen en al naar gelang de aard van de situatie adequaat te reageren. Het ligt voor de hand dat dit vermogen bij de verschillende groepen niet bijzonder hoog wordt aangeslagen, omdat het anders wellicht niet of minder snel tot de vraag om hulpverlening zou zijn gekomen. In *tabel 7* komt vooral een verdeling tussen „gemiddeld” en „matig-slecht” naar voren die voor de beide groepen I en II, voor man en vrouw niet aanmerkelijk uiteenlopen. Het is goed hier alvast op te merken dat het hanteren van begrippen als motivatie, flexibiliteit, adequaat, voldoende en wat dies meer zij, duidelijk tenderen in de richting van het streven naar aanpassing in de probleemsituatie. Op het al dan niet wenselijk zijn hiervan wordt later teruggekomen.

Met emotionele capaciteit wordt bedoeld het vermogen om gevoelens te beleven, op gevoelens te reageren en gevoelsmatig te communiceren. Hier valt het „pessimisme” van de huisarts op, vergeleken met het oordeel van de maatschappelijk werker. Afgezien van de vraag of hier de persoonlijkheid van degene die behandelde in het geding is, zal het interessant zijn om na te gaan of enig verband bestaat tussen veranderingen in de probleemsituatie en het subjectieve oordeel over de hulpzoekende (eventueel „self-fulfilling prophecy”).

Dit geldt evenzeer voor de mate van introversie, respectievelijk extroversie, waarbij men zich kan voorstellen dat hierdoor het contact in niet onbelangrijke mate kan worden gekleurd. In *tabel 7* valt verder op dat de vrouw steeds enigszins extroverter wordt beoordeeld dan de man.

Vervolgens werd nagegaan of met behulp van de gegevens in *tabel 7* een relatie kon worden gevonden tussen de beoordelingen, de psychische gezondheid, de leeftijd, het beroepsniveau en de aard van de verandering in de drie belangrijke probleemgebieden. Daartoe zijn de groepen I en II samengenomen voor: relatie man-vrouw (n = 93), relatie ouders-kinderen (n = 62) en stress-situatie (n = 77). Deze drie groepen werden gesplitst in een groep met een keer ten goede (respectievelijk 32, 24 en 53 gevallen) en de „rest” (respectievelijk 61, 38 en 24 gevallen). De genoemde variabelen werden eveneens in dichotome vorm in een kruistabel vergeleken met de veranderingen op de drie probleemgebieden en wel in de volgende vorm:

Goede motivatie van de man-rest  
 Goede motivatie van de vrouw-rest  
 Matig tot slechte flexibiliteit man-rest  
 Matig tot slechte flexibiliteit vrouw-rest  
 Matig tot slechte emotionele capaciteit man-rest  
 Matig tot slechte emotionele capaciteit vrouw-rest  
 Introversie man-rest  
 Introversie vrouw-rest  
 Slechte psychische gezondheid-rest  
 Geboren na 1930-rest  
 Beroepsniveau 4 en 5-rest.

Bij toetsing van de verschillen (Chi-kwadraat

*Tabel 8. Behandelingsmethoden bij vertegenwoordigers van de diverse groepen.*

Gang van zaken	Groep I n = 55	Groep II n = 91	Groep III n = 28
<b>Werkwijze</b>			
Informatie . . . . .	47	7	75
Bemiddeling . . . . .	40	9	53
Directief . . . . .	4	36	0
Ondersteunend . . . . .	42	94	39
Communicatief . . . . .	44	9	4
Farmacotherapie . . . . .	—	65	—
<b>Aantal gesprekken</b>			
Een of twee . . . . .	25	0	61
Drie tot en met vijf Zes tot en met twaalf . . . . .	25	33	25
Meer dan twaalf . . . . .	35	51	11
Meer dan twaalf . . . . .	15	16	4
<b>Behandelingsduur</b>			
Een kwartaal . . . . .	25	38	64
Twee kwartalen . . . . .	38	24	18
Drie kwartalen . . . . .	20	15	11
Vier en meer kwartalen . . . . .	17	23	7
<b>Terugvallen op huisarts</b>			
Niet . . . . .	58	—	—
Incidenteel . . . . .	27	—	—
Blijvend . . . . .	15	—	—
<b>Afsluitreden</b>			
Probleem opgelost . . . . .	11	14	32
Kan het weer aan . . . . .	20	61	14
Overgedragen . . . . .	9	3	18
Onvoldoende mogelijkheden of voorzieningen . . . . .	7	12	18
Afgebroken, onvol- doende gemotiveerd . . . . .	22	4	7
Loopt nog . . . . .	38	57	14
<b>Consultatie</b>			
Sociaal-psychiater . . . . .	8	36	0
Kinderpsychiater . . . . .	4	20	0

toetsing) bleek in geen enkel geval zelfs het 5-procentige significantie-niveau te worden benaderd. Om deze reden en omdat de aantallen nu eenmaal klein zijn worden de exacte uitkomsten achterwege gelaten. Dit betekent niet dat nu moet worden uitgesloten dat genoemde variabelen — eventueel in onderlinge samenhang — enige relatie met het optreden van veranderingen in de probleemsituatie zouden hebben. Dat kan zeker niet op basis van de hier gebezigde techniek. Onze oorspronkelijke bedoeling om van multivariantie-analytische methoden gebruik te maken, moest worden verlaten door de beperktheid en de technische tekortkomingen van het materiaal („missing data”). Wanneer wij over een aanzienlijk groter materiaal zullen beschikken wordt wellicht hierop teruggekomen. De thans genoemde resultaten betekenen in concreto wel dat in onze situatie — met

de gebruikte opstelling — een in omvang aanzienlijke en op de voorgrond tredende relatie tussen de genoemde variabelen en de veranderingen per probleemgebied afwezig blijkt te zijn.

*Werkwijze, duur van de behandeling, afsluitreden.* Uit de gegevens van tabel 8 komt een aantal opmerkelijke verschillen tussen de drie groepen naar voren.

1 De — uiterlijke — werkwijze van de maatschappelijk werker (groep I) en de huisarts (groep II) verschillen sterk, zij vormen bijna elkanders tegenpolen. In dit onderzoek ging de betreffende huisarts bijna steeds „ondersteunend” te werk. Vaak kwam het daarbij ook tot een meer directief optreden (adviseren, gerichte verboden, persuasief). Ook de farmacotherapie kan een directief element in zich dragen. Daarnaast kan het een „alibi” voor de patiënt leveren (naast psychofarmaca als amitriptyline (Tryptizol), benzodiazepine (Valium) en fenobarbital werd vaak gebruik gemaakt van Valsec en placebo's als tabulae coerulea).

De maatschappelijk werker trad bijna nooit directief op. In de „free acces” groep (III) was vooral sprake van informatie en bemiddeling. Dit is in groep I ook wel het geval, doch daar valt de nadruk op het hoge percentage gevallen waar sprake was van zogenaamde communicatieve therapie. Hiermede wordt een therapie bedoeld die erop is gericht de relatie en de communicatie binnen een cliëntsysteem te verbeteren. Wanneer wordt uitgegaan van het begrip cliëntsysteem, is binnen dit systeem vaak sprake van een vicieuze cirkel van angst, onzekerheid en van een zich niet bloot durven geven. Dit leidt tot een versluierde communicatie met als gevolg inadequate reacties. De gevoelens van angst en onzekerheid worden versterkt. De communicatieve therapie richt zich op doorbreking van deze cirkelgang. Binnen de therapeutische relatie wordt geprobeerd de leden van het cliëntsysteem te brengen tot een genuanceerder en duidelijker uitspreken van wat zij verwachten, vinden, bedoelen, voelen. Daarbij wordt de aandacht gevestigd op tegenstrijdigheden, vaagheden en op de betekenis van non-verbale uitdrukkingsmiddelen. Tot nu toe is in Ommoord vooral de nadruk gelegd op de zogenaamde „joint interviews”. Van de gezinsbenadering wordt langzamerhand ook wat meer gebruik gemaakt (*Satir, Van Veen en Van der Meulen*).

2 Uit de behandelingsduur en het aantal gesprekken blijkt dat groep III betrekkelijk bekaaid ervan afkomt en snel — al dan niet na bemiddeling — uit de belangstellingssfeer van de maatschappelijk werker verdwijnt. Gezien de aard van de problematiek in die groep verbaast ons dat niet al te zeer (*James*). Opvallend is dat, tegen onze verwachting in, de aandacht welke de huisarts — gemeten aan de behandelingsperiode en het aantal gesprekken — aan zijn groep patiënten geeft, praktisch even intensief is als de zorg door de maatschappelijk werker. Hiermede wordt nog eens de nadruk erop

gelegd hoeveel tijd de benadering van psychosociale problematiek blijkt te kosten en ook welk een belangrijke bijdrage de maatschappelijk werker in dit opzicht levert.

3 Ruim een kwart van groep I valt „incidenteel” en 15 procent „definitief” terug op de huisarts tijdens de behandeling door de maatschappelijk werker. Dit zijn naar onze mening bepaald grote aantallen waardoor duidelijk wordt dat de samenwerking huisarts-maatschappelijk werker voor de patiënt/cliënt belangrijke praktische consequenties heeft. Het komt bij herhaling voor dat, vooral tijdens min of meer kritieke fasen — in het bijzonder wanneer communicatief wordt te werk gegaan — de cliënten op de huisarts terugvallen, waarna zij dan meestal na hernieuwde motivering, geruststelling en wat extra „warmth and empathy” het contact met de maatschappelijk werker voortzetten. Deze gang van zaken komt een zekere continuïteit in de hulpverlening ten goede.

4 Tijdens de behandeling wordt door de huisarts frequent een beroep gedaan op het advies van de sociaal-psychiater en de kinderpsychiater (*Lamberts*). Dit wordt door de maatschappelijk werker opvallend weinig gedaan. Naar onze mening kan zulks voor een deel worden verklaard door het feit dat in dezelfde korte periode en de samenwerking met de maatschappelijk werker in de „setting” van de huisartspraktijk en de „mental health consultation” van start gingen. Bij dit alles viel duidelijk de nadruk op de patiënten van de huisartsen. Kennelijk is op deze manier de drempel voor de maatschappelijk werker, die zelf ook te kampen heeft met een zekere mate van onzekerheid over de professionele inhoud en de plaats van het algemeen maatschappelijk werk, te hoog geworden. Aan deze constatering zullen in de komende periode praktische consequenties moeten worden verbonden.

5 Uit de verdeling van de afsluitredenen blijkt dat een vrij groot aantal van de cliënten in groep I de behandeling door de maatschappelijk werker zelf afbreekt. Een „oplossing” doet zich betrekkelijk weinig voor behalve in groep III, waarvan de samenstelling dat mogelijk maakt. Vaker — vooral bij de door de huisarts behandelde groep (II) — kan men het probleem „weer aan”. Dit is wel te begrijpen wanneer men let op het grote aantal stress-situaties in groep II. De huisarts komt duidelijk ook vaker tot dubbeltellingen, vooral wanneer men let op het hoge percentage „loopt nog”. Wij zien dit als een bevestiging voor de opvatting dat de huisarts zich continu betrokken voelt bij het gezin, terwijl de maatschappelijk werker zijn taak in beginsel in de tijd beperkt ziet.

\* \* \*

Hoe steken onze gegevens af tegen de uitkomsten van de vier bekende onderzoeken? In Apeldoorn (*Van Es*) ging het in de eerste plaats om diagnostiek. Over het geringe aantal behandelingen

door de maatschappelijk werker gedaan, ontbreken voor ons interessante gegevens. Een en ander wordt bevestigd door het feit dat *Van Es* meldt dat 68 procent van de gevallen in ten hoogste vier gesprekken zijn afgedaan. *Vlamings* geeft wel inzicht in de behandeling door de maatschappelijk werker, maar deze is vooral gericht op de aard van de problematiek. Het is duidelijk dat de niet-materiële problematiek de meeste contacten vergt. Van de 68 in behandeling genomen patiënten met maatschappelijke problematiek was na één jaar bij 75 procent de behandeling afgesloten. Van alle gevallen werd door de maatschappelijk werker 72 procent alleen behandeld.

De vergelijking met Amsterdam (zie *Verslag*) is voor ons het meest interessant. Daar werd in 24 procent van de gevallen het accent gelegd op de gezinsbenadering, terwijl wij — enkele jaren later — met de zogenaamde communicatieve therapie op 44 procent uitkomen (groep I). Informatie wordt door ons iets vaker verstrekt (47 tegen 31 procent in Amsterdam). Door ons werd praktisch even vaak bemiddeld (40 tegen 35 procent).

Wanneer wij de overige categorieën van onze werkwijze vergelijken met de hulpactiviteiten in Amsterdam, dan ontlopen de percentages elkander niet veel. Het gemiddelde aantal gesprekken ligt in Amsterdam relatief hoog (gemiddeld twaalf, in 39 procent van de gevallen meer dan tien gesprekken). Gezien de aard van het project en de duur (36 maanden) verbaast deze intensieve aanpak ons niet. In Ommoord komen wij in groep I tot gemiddeld vijf gesprekken, waarbij men zich moet realiseren dat 38 procent van de gevallen nog niet was afgesloten in de achttien maanden waarover ons onderzoek zich uitstreckte. In Amsterdam werd de behandeling in 29 procent van de gevallen afgerond, terwijl nog slechts 4 procent onder behandeling bleef. Verwijzing vond in 25 procent van de gevallen plaats, beëindiging door de cliënt in 17 procent.

Het samenwerkingsexperiment in Barnstaple (*Forman en Fairbairn*) is wat de werkwijze betreft slechts beperkt vergelijkbaar. Zeer vaak (62 procent) was er sprake van het leggen van „a link with social services”. Wat de eigen werkzaamheid van de maatschappelijk werker betreft, in 88 procent is er sprake van „ondersteunende therapie”, in 47 procent van interpretatie en in 56 procent van „assessment of social factors for diagnosis”. De contactfrequentie ligt bij genoemde auteurs duidelijk lager dan bij ons. Bijna de helft van de gevallen werd korter dan een half jaar behandeld, bijna een kwart langer dan een jaar.

*Beschouwingen.* *Trimbos* heeft kort geleden in een vlammend betoog „ingehakt” op de verouderde concepties in de (sociale) psychiatrie en daarmee ook in de huidige geestelijke gezondheidszorg. Met name verzet hij zich tegen het zonder meer hanteren van het aanpassingsmodel in de hulpverlening. „Het harmoniseren en resocialiseren van de

deviante mens aan zijn milieu wordt gezien als hoofdtaak van de sociaal-psychiatrische activiteiten”. En verder: „In het aanpassingsmodel wordt psychisch ziekzijn gedefinieerd in gedragsverschijnselen, die afwijken van de normen, die in een samenleving gelden. Wij spreken dan ook van afwijkend, gestoord, onaangepast, ja zelfs van pathologisch gedrag. In een conflictmodel wordt het psychisch ziekzijn gedefinieerd in reactiepatronen van het milieu op nonconformisme in gemeenschapsbelemmeringen voor de realisatie van het zelf, voor het verwerkelijken van de eigen waarden en gedefinieerd ook in discrepanties en conflicten tussen gemeenschapsnormen en eigen waarden. De ons reeds lang vertrouwde termen, vervreemding en anomie zijn in wezen conflicttermen. Het gevolg van dit conflictmodel is de aanname, dat in een gezonde samenleving bepaalde vormen van nonconformisme, deviantie en gestoordheid in wezen een normale voor de hand liggende en consequente reactie van de klemgezette patiënt betekenen. De samenleving moet worden „genezen” en (Caplan) de mens weerbaar gemaakt en strijdbaar tegen stoornisoproepende samenlevingssystemen”.

Wij kunnen ons goed inleven in de onvrede van *Trimbos* met het aanpassingsmodel; wij zien duidelijk de noodzaak om tot sociale actie te komen en meer uit te gaan van een gemeenschaps- of een conflictmodel. Het grote probleem is echter dat op dit moment zo weinig voorhanden is waarop een operationeel alternatief hulpverleningsmodel in de eerstelijns gezondheidszorg kan worden gebaseerd. Daarnaast hebben wij — ondanks het gepresenteerde cijfermateriaal — maar een vage indruk welke probleemgebieden in welke mate toegankelijk zijn voor hulpverlening op basis van een conflictmodel.

Wanneer wij naast deze twijfels ook nog de zeer kritische instelling van *Truax en Carkhuff* over het rendement van psychotherapie aanvoeren, worden de problemen bijna onoverzichtelijk groot. Een aantal feiten is echter duidelijk geworden. De vraag om hulpverlening bij psycho-sociale problematiek is zeer groot en de maatschappelijk werker kan daarbij een zeer substantiële bijdrage leveren. Er is geen enkele reden om aan zijn aanwezigheid in de eerstelijns gezondheidszorg een voorbehoud te koppelen, wanneer men datzelfde voorbehoud ten aanzien van de huisarts niet zou hebben. Wel is het specifieke en efficiënte van bepaalde omschreven benaderingswijzen nog steeds dubieus.

Daar tegenover staat dat de doelstelling — hulpverlening bij relationele problematiek — volledig tot zijn recht is gekomen. Wel valt op dat het werkerterrein van huisarts en maatschappelijk werker elkander in belangrijke mate overlappen, waarbij ondanks de zeer verschillende aanpak (ogenschijnlijk?) geen aanwijzing werd gevonden dat aan één bepaalde handelwijze de voorkeur moet worden gegeven. Misschien ligt de „waarheid” ergens in het midden: „If the functional relationship

between empathy, warmth, and genuineness and positive and negative personality change is a reversible one, as current research strongly suggests, it would be possible to teach husband and wife to offer each other and their children facilitative conditions, and to identify the presence of destructive conditions". (*Truax and Carkhuff*). In elk geval zullen wij aan deze elementen, eventueel in systematische vorm, meer aandacht gaan besteden.

De samenstelling van de „free acces” groep is door omvang en inhoud een teken aan de wand. De aangeboden problematiek leidt tot de vraag of in Ommoord niet langzamerhand behoefte is aan een sociaal raadsman en een dienstencentrum. Het patroon der verwachtingen ten aanzien van het maatschappelijk werk is bij de potentiële cliënt van dien aard, dat zeer veel aandacht aan de „public relations” van het maatschappelijk werk moet worden gegeven. Daarbij zullen ook de overige „sleutelfiguren” en hulpverleners in Ommoord moeten worden betrokken. In de huidige situatie komt de maatschappelijk werker in Ommoord alleen dan tot een voldoende professionele werkwijze en satisfactie, wanneer de ruime invalspoort van de huisartspraktijk openstaat.

De werkwijze, de opvattingen over het al dan niet „behandelbaar” zijn van problematiek en het definiëren van ieders specifieke, professionele inbreng moeten voortdurend met veel kritische zin worden benaderd. Het gehele terrein van de geestelijke gezondheidszorg is in heftige beroering. Ontkoombaar moet in de komende jaren worden gezocht naar nieuwe, praktisch hanteerbare inzichten, die enerzijds tegemoetkomen aan de grote vraag om hulp en aan de noodzaak die vraag efficiënt te beantwoorden, terwijl anderzijds niet mag worden voorbijgegaan aan de consequenties van een nieuwe visie op het maatschappelijke bestel.

*Summary. Social work in the Ommoord group practice.* The collaboration of a social worker with a group practice is discussed with reference to an abundance of data. The case material discussed amounts to 174 cases, divided into three groups. The first group comprises 55 cases referred by the general practitioners to the social worker. The nuclear function of social work is defined as the rendering of assistance in relational problems. The second group comprises 91 cases treated by one of the general practitioners. The third group consists of 28 cases in which the subject approached the social worker at his own initiative (free access). The various

findings are compared so far as possible with those of four other investigations of similar type.

Social work proves to be accepted as a means of receiving assistance especially by the lower social strata and by somewhat older people. The composition of the free access group as well as its problems and the procedure followed place this group apart in such a manner as to raise the question whether this group had not better be dealt with primarily by the social counsellor. In the group of cases referred to the social worker the latter showed to full professional advantage.

In the groups treated by the general practitioner and the social worker, the presence of relational problems — between marital partners as well as between parents and children and in the family setting in general — was a predominant feature. Immediate stress situations were also of great importance, but material problems were relatively unimportant.

The changes in the problem situation which in principle can in part be attributed to treatment, are discussed and related to a number of more personal data. The authors take a critical view of the „actual yield” and the specificity of various approaches in rendering assistance. It is observed that the fields of action of the general practitioner and the social worker show substantial overlapping in spite of decidedly different procedures.

It is finally pointed out that, in Ommoord also, the procedures in mental hygiene are based largely on the so-called adaptation model. The question is raised whether it would not be more appropriate to look for approaches based on a conflict model.

- Backett, E. M., R. P. Maysin en Y. Dudgeon (1957) *Lancet* I, 37-40.
- Cooper, B., J. Fry en G. Kalton (1969) *Brit. J. prev. soc. Med.* 23, 210-217.
- Es, J. C. van. *Probleempatiënten*, Van Gorcum en Comp. Assen, 1967.
- Eysenck, H. J. (1966) *Psychol.* 172, 145-181.
- Forman, J. A. S. en E. N. Fairbairn. *Social Casework in general practice*. Oxf. Univ. Press, London, 1968.
- Goldberg, E. M., L. J. Neill, B. B. Speak en H. C. Faulkner (1968) *Lancet* II, 552-555.
- James, M. (1968) *T. Maatsch. Werk* 22, 1-7.
- Lamberts, H. (1970) *huisarts en wetenschap* 13, 363.
- Pennartz, P. J. J. (1963) *Soc. Wetensch.* 6, 42-65.
- Satir, V. *Conjoint family therapy*. Science and behaviour books Inc., California, 1967.
- Trimbos, C. J. B. J. (1970) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 25, 248-262.
- Truax C. B. en R. R. Carkhuff, *Toward effective counseling and psychotherapy*. Aldine Publ. Comp., Chicago, 1969.
- Verslag van een experiment in Amsterdam. *Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werk*. Ministerie CRM, Rijswijk, 1968.
- Veen, C. J. E. van en J. C. van der Meulen. *Gezinsbehandeling, een oriëntatie*. Samsom n.v., Alphen aan den Rijn, 1970.
- Vlamings, H. L. A. *Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster*. Dekker en Van der Vegt, Nijmegen/Utrecht, 1967.