

te gemakkelijk, dat men ook bij oudere patiënten met een wat hoger operatierisico iets gemakkelijker tot deze indicatie zal overgaan. Zelfs anti-coagulantia zijn in het algemeen nauwelijks nodig. De keus tussen een van deze drie totale heupartroplastiek methodes is een zeer persoonlijke.

Schrijver dezes heeft de Charnley-Müller methode gekozen, omdat de beweeglijkheid van deze heupen postoperatief kennelijk wat beter en wat gemakkelijker gaat dan bij een van de andere methodes. Een nadeel zou misschien kunnen zijn, dat van de polyethyleenkom een zekere mate van slijtage mogelijk zou zijn.

In 1969, toen Charnley ongeveer 2 500 van dergelijke operaties had uitgevoerd en naonderzoekingen had verricht, kwam hij tot de voorlopige conclusie, dat slijtage van een dergelijke kom inderdaad mogelijk zou zijn, doch dat hij op zijn vele röntgencontrolefoto's ongeveer was gekomen tot slechts één millimeter in ongeveer vijf jaar. De dikte van de polyethyleenkom bedraagt ongeveer een centimeter!

Bovendien zou bij de huidige stand van operatietechniek reeds een goede mogelijkheid bestaan de kom te zijner tijd door een nieuwe te vervangen.

De stellige indruk bestaat, dat met het invoeren van deze totale heupartroplastiek een zeer grote stap is vooruitgezet in de behandeling van de coxarthrosis. Zelfs bij de met heftige ontstekingen gepaard gaande vormen van de reumatoïde artritis kan deze methode met goed succes worden uitgevoerd. De operatie is echter bepaald niet een-

voudig, de technische problemen zijn aanmerkelijk groter dan van een der voorafgaand beschreven operaties.

Met deze ontwikkeling in de heupchirurgie begint zich langzamerhand eigenlijk een iets ander beleid ten aanzien van de operaties af te tekenen: de heupartrodeses worden slechts gereserveerd voor zeer bepaalde gevallen (een zo hier en daar nog wel eens voorkomende heuptuberculose kan eventueel een indicatie zijn). De osteotomie ter standsverandering gaat men in het algemeen op een iets jeugdiger leeftijd uitvoeren in de mening dat dan een zekere teruggang van de coxarthrosis op zichzelf door de verandering van de belasting mogelijk is. De diverse methodes van heupartroplastiek worden geleidelijk aan vervangen door de totale heupartroplastiek. De kop-hals-prothesen zoals boven beschreven, worden op het ogenblik nog vrij frequent uitgevoerd in geval van bijvoorbeeld een mediale collumfractuur waarbij repositie of pennen grote moeilijkheden opleveren of waarbij de leeftijd en de conditie van de patiënt noodzakelijk tot een vroege mobilisatie. Toch gaat naar mijn mening ook bij dergelijke patiënten waarschijnlijk de totale heupartroplastiek te zijner tijd de voorkeur verdienen, gezien de bovenstaande ervaringen.

De mogelijkheden tot operatie hebben zich dus ten gevolge van de zeer kort durende immobilisatieperiode en de in het algemeen gunstige reactie van de patiënt op deze operatie, belangrijk uitgebreid, ook wanneer iets grotere risico's dan gemiddeld zouden moeten worden genomen.

Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster; een casus-bespreking

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM EN J. G. HOOS, STAFDOCENTE VAN DE VOORTGEZETTE OPLEIDING VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK TE AMSTERDAM

Samenwerken met anderen is geen sinecure; vooral wanneer het gaat om samenwerken met leden van andere disciplines zal men vele moeilijkheden kunnen verwachten. Uit een onderzoek door een aantal studenten van de Katholieke Sociale Academie onder huisartsen in Den Haag is gebleken, dat het inzicht bij artsen over de inhoud van het werk van de maatschappelijk werker zeer gering is. Om deze lacune aan te vullen werd door hen geadviseerd casuïstiek te gaan publiceren.

Ook anderzijds is erop gewezen dat samenwerking wordt belemmerd door een aantal factoren van structurele aard zoals onbekendheid met elkaanders opvattingen, zienswijzen en feitelijke werkwijze; onbekendheid met de samenwerkings-techniek; verschil in opleiding en status tussen huisarts en maatschappelijk werker; moeilijkheden als gevolg van verschil in organisatiestructuur van

de gezondheidszorg enerzijds en de sociale dienstverlening anderzijds.

Toeneming van de onderlinge bekendheid zou ertoe kunnen bijdragen, dat de samenwerking op gang komt en voor zover aanwezig, wordt verbeterd.

Gezien bovenstaande overwegingen hebben wij gemeend dat het nuttig is nogmaals een casus te beschrijven uit het project samenwerking huisarts-maatschappelijk werker te Amsterdam. Uit de beschrijving van dit geval blijkt duidelijk de rol welke huisarts en maatschappelijk werkster hebben gehad. Tevens komen naar onze mening de mogelijkheden van de maatschappelijk werkster ten aanzien van de diagnostiek en behandeling duidelijk naar voren.

De heer A is een kantoorbediende van 32 jaar.

Hij heeft een vrouw van 32 jaar, een dochter van acht en een zoon van vier jaar. Hij woont in een goed onderhouden eengezinswoning, welke hij huurt van een woningbouwvereniging. De moeilijkheden van de heer A zijn al jaren geleden begonnen.

Op 22-jarige leeftijd klaagde patiënt over duizeligheid en wegtrekken bij opstaan. De geconsulteerde neuroloog vond geen afwijkingen en schreef: „Patiënt is een slappe, magere, infantiele jongen, die anderhalf jaar verkering heeft en wel wat sexuele moeilijkheden heeft. Hij is thuis nooit voorgelicht en is nu bezig dit tekort in te halen, wat vrij laat is”. Vier jaar later schreef dezelfde neuroloog: „Het is altijd een slappe jongen geweest met allerlei neurotische klachten, die kennelijk wisselen van orgaan en nu meer betrekking hebben op de maagdartractus”.

Voor diarree werd hij tevens onderzocht door de internist, die aanvankelijk dacht aan de mogelijkheid van colitis ulcerosa; hij vond later echter geen afwijkingen in die richting. Ook de internist was van mening dat de diarree psychogeen was. Toen de heer A 27 jaar was, kreeg hij klachten over de rechterarm, namelijk nachtelijke pijnen. De geconsulteerde neuroloog vond de peesreflexen aan de rechterarm lager dan links. Ook de kracht van de rechterarm was verminderd. Op de röntgenfoto's was de tussenruimte C6/C7 versmald, er bestond een geringe arthrosis deformans. Diagnose: brachialgie van cervicale origine.

De zenuwarts die door patiënt werd geconsulteerd toen hij na drie jaar nog klachten over de rechter arm had, schreef deze toe aan zijn krampachtige levenshouding. Hij bleek zeer tegen zijn zin op een kantoor te werken; veel liever wilde hij jachttopziener worden. De zenuwarts gaf hem het advies dan maar van werkkring te veranderen; hij bracht enige verbetering tot stand met een psychotherapeutische behandeling. In dezelfde tijd werd een specialistisch rapport uitgebracht door een orthopedisch chirurg ten behoeve van de bedrijfsvereniging van patiënt. Deze vond bij zijn onderzoek en ook op de röntgenfoto's geen afwijkingen. Zijn conclusie, neergelegd in dit rapport was, dat er niet voldoende aanknopingspunten waren die de klachten van patiënt zouden kunnen verklaren. Patiënt was arbeidsgeschikt.

Op 36-jarige leeftijd werd patiënt voor zijn buikklachten onderzocht op één van de universiteitspoliklinieken; de diagnose appendicitis recidivans werd gesteld. Hij werd geopereerd; er zou een ontstoken appendix zijn verwijderd. Desondanks bleef de heer A klagen over zijn buik. In 1962, patiënt was toen nog steeds 36 jaar, werd hij opnieuw onderzocht door een internist, die geen organische oorzaak voor zijn klachten kon aantonen.

De vraag, waarvoor de huisarts zich in een dergelijk geval ziet geplaatst, is: „Waarom klaagt de patiënt?” Hij zoekt kennelijk om hulp of steun en deze heeft patiënt tot nu toe bij de medische in-

stanties die door hem zijn gefrequentieerd, niet gevonden.

Van het gezin A was de huisarts bekend dat zij zich sinds kort in de buurt hadden gevestigd. Patiënt zelf had in deze stadswijk zijn jeugd doorgebracht. De ouders van de heer A waren in de buurt woonachtig en als patiënt bij dezelfde huisarts ingeschreven. De moeder stond bekend als een dominerende, klagende vrouw, die vier kinderen had gekregen, van wie de heer A de derde was. De vader was een stille, schuwe, teruggetrokken man, die weinig indruk maakte. De vrouw van patiënt was een aardige, wat kleurloze vrouw, die haar huishouden goed dreef. Uit enkele gesprekken met patiënt was gebleken, dat het echtpaar wel enige seksuele problematiek had, maar het gelukte de huisarts niet deze met de echtgenote te bespreken, zodat de moeilijkheden bleven bestaan. Tevens wenste de heer A zijn pogingen om naar buiten te gaan en daar werk te vinden als jachttopziener met kracht voort te zetten. Liefst had hij daarbij de hulp ingeroepen van de huisarts, die echter in het geheel niet op de hoogte was van de soort hulp die zou kunnen worden geboden.

Patiënt werd op grond van het feit dat hij reeds jaren lang buikklachten had die op geen enkele therapie afdoende hadden gereageerd en waarvoor geen organische oorzaak kon worden gevonden, geïntroduceerd in het project: samenwerking huisarts — maatschappelijk werker te Amsterdam. Hij had toen reeds zijn toestemming aan de huisarts gegeven zijn problematiek in het project te bespreken. Hij was bereid eventuele hulp vanuit het maatschappelijk werk te accepteren. Daarna werd de maatschappelijk werker door de huisarts bij de patiënt geïntroduceerd.

Het onderzoek en de behandeling vergden in het totaal dertig gesprekken, elk van circa een uur: vijftien met de man, veertien gesprekken met de vrouw en een gesprek met man en vrouw samen.

De eerste twee gesprekken waren gericht op het verkrijgen van materiaal waaruit een beeld kon worden gevormd van de problemen en van de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Uit dit onderzoek bleek het volgende. Cliënt lijkt, qua uiterlijk, jonger dan hij in werkelijkheid is en ook in zijn spreken is hij soms opvallend kinderlijk. In zijn kleding demonstreert hij ontegenzeggelijk een zeker infantilisme. Hij draagt vaak kleding afkomstig van een jeugdorganisatie. Over de jeugd van cliënt is het volgende te vermelden. Hij is de derde in een kinderrij van vier. Hij heeft twee oudere zusters en een jongere zuster. De verhouding met deze laatste is altijd bijzonder slecht geweest. Beide ouders zijn nog in leven. De vader van cliënt is gepensioneerd ambtenaar. De relatie tussen vader en moeder is altijd slecht geweest, er vonden vaak ruzies plaats in het bijzijn van de kinderen. Toen cliënt tijdens het onderzoek hierover sprak, koos hij duidelijk partij voor zijn vader. Zijn moe-

der was en is nog sterk dominerend en zijn vader zou de strijd tegen haar allang hebben opgegeven en alles, zonder veel reactie, over hem laten heen gaan. Cliënt is in zijn jeugd veel ziek geweest en zou daardoor vaak zijn ontzien. Ook bij het ouder worden werd hij steeds als het kleine, wat zwakke zootje behandeld.

Hij bezocht na de lagere school een jaar de handelsschool. Toen hij hierin geen zin meer had, lieten zijn ouders hem vrij en kon hij zelf beslissen wat hij wilde gaan doen. Cliënt werd kantoorbediende hij volgde enkele cursussen waarvan hij de diploma's behaalde. De zusters hebben allen een middelbare opleiding gevolgd en daardoor een betere positie in de maatschappij verworven. De heer A heeft weinig en oppervlakkig contact met zijn zusters. Met de ouders bestaat nog wel contact, maar zij worden met tegenzin bezocht. Cliënt voelt zich het buitenbeentje van de familie.

De problemen die tijdens het onderzoek naar voren kwamen betroffen de arbeidssituatie en het wonen in een stad en de huwelijksverhouding.

Het werk als kantoorbediende bevalt cliënt niet. Het is eentonig en er is weinig kans op promotie. Daarbij vindt cliënt het wonen in de stad vreselijk. Hij is vroeger lid geweest van de Nederlandse Jeugdbond voor Natuurstudie (N.J.N.), hij heeft veel gekampeerd en hij wil nu beslist buiten wonen, liefst in de bossen.

De pogingen welke cliënt heeft aangewend om zijn problemen ten aanzien van het werk en het buiten wonen op te lossen, zijn weinig reëel. Zonder verdere informatie is hij een cursus voor jacht-opziener gaan volgen. Hij is bijzonder trots op het feit dat hij, wanneer hij een baan krijgt, een geweer mag dragen en proces verbaal mag opmaken. Zijn pogingen om een baan te vinden bestonden onder andere uit het schrijven van brieven aan een groot aantal burgemeesters en een brief aan de koningin.

De heer A en zijn vrouw hebben onderling vaak ruzie, meestal veroorzaakt door een geringe aanleiding. Cliënt spreekt dan dagen lang niet tegen zijn vrouw, hij zegt bijzonder koppig te kunnen zijn. Hij geeft toe, dat zijn vrouw dan wel pogingen aanwendt om een gesprek te beginnen. Ook seksueel zijn er moeilijkheden, die zouden zijn begonnen na een miskraam voor de geboorte van het jongste kind. Cliënt is meer gesteld op zijn zoon dan op zijn dochter. Deze laatste wijst hij duidelijk af en ook dit geeft aanleiding tot conflicten tussen man en vrouw.

Tijdens het onderzoek blijken de problemen rondom de arbeidssituatie bij de cliënt zwaarder te wegen dan de huwelijksmoeilijkheden. Deze laatste denkt hij wel zonder hulp te kunnen oplossen, de oplossing wordt naar een verre toekomst verschoven.

Conclusie uit het onderzoek. Cliënt is een man, die niet als volwassen mens aan het ouderlijk

milieu is ontgroeid, zijn gedragspatroon is infantiel. In zijn jeugd heeft hij weinig leiding gehad om door te zetten wat hij was begonnen; zijn denken is weinig systematisch en de wijze waarop hij problemen tracht op te lossen staat ver af van de realiteit. Ook lijkt hij in zijn jeugd een bepaald beeld van de vrouw te hebben gekregen, waarschijnlijk door de dominerende rol welke zijn moeder in het gezin heeft gehad. Dit beeld, „een vrouw zit altijd een onschuldige man dwars”, brengt hij over op zijn vrouw en dochter.

Cliënt is bereid hulp van de maatschappelijk werkster te accepteren, in eerste instantie ten aanzien van de arbeidsproblematiek. Hij gaat daarbij ervan uit, dat de maatschappelijk werkster relaties heeft, die hem behulpzaam kunnen zijn bij het vinden van een baan. Voor een volledig onderzoek is contact met de vrouw van de heer A noodzakelijk.

Mevrouw A heeft zelf geen klachten; zij consulteert de huisarts zeer weinig, zodat niet van een duidelijke relatie huisarts-patiënt kan worden gesproken. De introductie door de huisarts zou dan ook min of meer geforceerd tot stand moeten worden gebracht, hetgeen mogelijk een nadelige invloed op een verder contact huisarts-patiënt zou kunnen hebben. Daarom werd door de maatschappelijk werkster aan mevrouw A een schriftelijke uitnodiging tot een gesprek gezonden. Zij bleek bereid deze uitnodiging te accepteren.

Uit het onderzoek van mevrouw A komt het volgende naar voren. Zij is een wat fors gebouwde vrouw, heel eenvoudig gekleed; zij maakt een onverzorgde indruk. Zij is gesloten, maar niet onvriendelijk.

Over haar jeugd valt het volgende te vermelden. Zij is de derde in een kinderrij van vier. Haar vader is onderwijzer aan een mulo school. De huwelijksverhouding van de ouders was niet slecht, er waren althans geen openlijke conflicten. Haar vader ging geheel op in zijn werk, gaf 's avonds vaak lessen en besteedde weinig aandacht aan het gezin. De verhouding met haar moeder was matig. Mevrouw A heeft het gevoel dat zij weinig steun van haar heeft ondervonden. De andere kinderen uit het gezin hebben allen een middelbare opleiding gehad, alleen mevrouw A niet. Zij leerde voor verkoopster. Zij voelt zich nu nog duidelijk de mindere van haar broer en zusters. Alleen met de jongste zuster onderhoudt zij ook nu nog regelmatig contact. Evenals haar man heeft zij de indruk dat zij het buitenbeentje van de familie is. Tijdens hun verloving hebben zij nog al wat moeilijkheden gehad over eventueel seksueel contact voor het huwelijk. Voorlichting op dit gebied had in de jeugd niet plaats gevonden.

De huidige situatie is als volgt. Mevrouw A kan de zorg van het huishouden wel aan, maar zij heeft weinig plezier in het huishoudelijke werk. Zij naait veel, vooral voor de kinderen en zij toont hierbij een goede smaak. Haar tempo van denken en handelen is vrij laag. Wat de beroeps-

problematiek van de heer A betreft, zij heeft een veel reëlere kijk op de mogelijkheden en risico's hieraan verbonden, dan haar man. Zij is vaak vertrouwd wanneer hij weer nieuwe plannen heeft, te meer daar hij reeds eenmaal vrijwillig ontslag heeft genomen, waardoor het gezin vier weken zonder inkomsten moest leven. Zij is wel bereid haar man zoveel mogelijk tegemoet te komen in zijn wensen, ook wat betreft een eventuele verhuizing naar buiten. Mevrouw A is zeker niet dominerend, integendeel, zij lijkt zeer meegaand. Zij houdt van haar man en ziet zowel zijn positieve als zijn minder prettige eigenschappen. Zij toont enig inzicht in de milieufactoren, die zijn huidige gedrag hebben beïnvloed. Aanvankelijk kon zij slechts met moeite en zichtbare spanning over de problemen spreken. Het blijkt, dat zij van huis uit heeft geleerd dat anderen bij problemen niet kunnen helpen en het dus beter is erover te zwijgen. Ook het uiten van de gevoelens werd in het ouderlijke milieu niet geapprecieerd, waardoor zij ook nu nog moeilijk hiertoe kan komen. Mevrouw A beschikt over zeer weinig zelfwaardering.

In de behandeling van de heer A is getracht de aanwezige mogelijkheid tot groei naar volwassenheid tot ontplooiing te brengen. In de gesprekken is de arbeidsproblematiek stap voor stap met hem doordacht. De mogelijkheden en onmogelijkheden zijn reëel bekeken. Zo is gebleken dat zijn plan om jachttopziener te willen worden, in de praktijk niet is te realiseren. Ook de consequenties, verbonden aan een eventuele verhuizing naar buiten, zijn besproken. Op de voor- en nadelen hiervan is dieper ingegaan. Elk plan waarmee de heer A kwam, is uitvoerig nagegaan, zoals verandering in de werksituatie, kosten van verhuizing, lager loon, woonruimte, school voor de kinderen en wat dies meer zij. Langzamerhand werden de naar voren gebrachte plannen van de heer A weer reëel en bleken zij beter te zijn overwogen. Ook ontstond de mogelijkheid om, indien de bezwaren te groot bleken, een beslissing te nemen die tegen zijn verlangens inging en de teleurstelling hiervan te aanvaarden. Tevens werd getracht in de behandeling het beeld van de vrouw in het algemeen — vanuit zijn jeugdervaringen met een sterk dominerende moeder — en het daarop ontwikkelde stereotype gedragspatroon te doorbreken. In de gesprekken was het mogelijk de heer A niet slechts rationeel te laten zien, maar ook emotioneel te doen beleven, dat de ongunstige jeugdervaringen door-

werkten in zijn denken, voelen en handelen van nu. Dit was mogelijk omdat deze ten dele in de bewuste sfeer lagen. Basis hiervoor waren de problemen welke de heer A zelf naar voren bracht en waarin het zoeken en aanvaarden van hulp bij de moeilijkheden in de relatie tot zijn vrouw en zijn dochtertje een steeds grotere plaats gingen innemen. Met volledige aanvaarding en begrip voor de heer A werd hij geholpen zijn vrouw te zien als iemand met een eigen persoonlijkheid, die geen overeenkomst vertoonde met het beeld van zijn moeder en zijn dochtertje te beleven als kind van hem en zijn vrouw en niet als een kopie van zijn moeder of zuster.

De reacties van patiënt hierop waren overwegend positief, soms was er een wat kinderlijk opvolgen van gegeven adviezen. Toch kon hij achteraf reproduceren waarom hij zo had gehandeld en hoe het resultaat was. Uiteindelijk heeft de heer A een baan aangenomen op het platteland in een kleine gemeente. Het plan jachttopziener te willen worden, heeft hij definitief laten varen. Wij hebben vernomen dat het sinds de verhuizing goed gaat.

Uit de beschrijving van het geval van de familie A blijkt naar onze mening, dat de hulpverlening ten gevolge van de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker aanzienlijk is verbeterd en dat deze heeft geresulteerd in een „genezing” van de patiënt, casu quo „cliënt”. Bovendien is het de huisarts en hem niet alleen — zie het aantal specialisten die de heer A ook hebben onderzocht en behandeld — duidelijk geworden waarom de patiënt heeft geklaagd.

Geraadpleegde literatuur

- Berg, A. A. M. Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker? Een farce. Scriptie Katholieke Sociale Academie, 's Gravenhage, 1970
- Brühl, K. G. en J. C. van Kerkhof (1969) huisarts en wetenschap 12, 173
- Dokter, H. J. en J. G. Hoos (1969) huisarts en wetenschap 12, 169
- van Es, J. C. Probleem patiënten. van Gorcum en Comp, Assen, 1967
- Ministerie van cultuur, recreatie en maatschappelijk werk. Samenwerking huisarts en maatschappelijk werker. Verslag van een experiment te Amsterdam, 1968
- Rapport van een gezamenlijke werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap te Utrecht en de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn te 's Gravenhage. Samenwerking huisarts maatschappelijk werk (-er), 1969
- Vlamings, H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Dekker en Van der Vegt, Nijmegen, 1967