

Het maatschappelijk werk in een interdisciplinair team

DOOR M. L. E. SUILEN-KUYPER, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER EN DR. W. P. VAN DEN HOUT, HUISARTS*

Omdat tot nu toe weinig artikelen zijn geschreven over de plaats van het maatschappelijk werk in het team van het gezondheidscentrum (Amsterdam (*Verslag*); Apeldoorn: *Van Es*; Nijmegen: *Vlamings*; Rotterdam: *Lamberts*) lijkt het meer zinvol de algemene lijnen van onze samenwerking aan te geven dan te komen tot een gedetailleerde inventarisatie. In tegenstelling tot *Lamberts* speelt bij ons structurering van de samenwerking in het team en het aspect van de diagnostiek een primaire rol. Immers, vanuit een goede diagnosestelling zal het mogelijk zijn om te komen tot een adequate behandeling. Het begrip „goed” bevat in deze context vooral kwaliteitsaanduidingen zoals: gemotiveerd, gestructureerd, met een reëel verwachtingspatroon.

Men moet ervan uitgaan dat, wanneer artsen, wijkverpleegsters en maatschappelijke werksters in één interdisciplinair team gaan samenwerken, dit zowel consequenties heeft voor de diverse partners als voor de behandelingswijze van de individuele patiënt casu quo cliënt. Het leek ons belangrijk een aantal facetten hiervan te beschrijven, te meer daar de gehele ontwikkeling van interdisciplinaire teams nog in het experimentele stadium verkeert. Daarmede wordt het probleem bewust vanuit een enigszins andere gezichtshoek benaderd dan in de reeds eerder genoemde vier experimenten het geval was. Hetgeen volgt betreft eigenlijk een ontwikkelingsschets van een jaar functioneren en een signalering van de onzes inziens meest markante punten daarin.

Oorspronkelijk uitgangspunt. Voortkomende uit de sociale onrust, zoals deze de laatste jaren in de mijnstreek is vast te stellen, ontstond bij een aantal huisartsen de behoefte een samenwerkingsproject te starten met wijkverpleegsters en maatschappelijke werksters. Na een aantal jaren van voorbereiding werd de start gerealiseerd op 1 maart 1970. Het team bestond op dat moment uit vier huisartsen, vier wijkverpleegsters en een maatschappelijk werkster. Aan het team was tevens een sociaal psychiater als teamcoach verbonden.

In onze oorspronkelijke opzet wordt de taak van de maatschappelijk werkster in dit samenwerkingsproject als volgt geformuleerd:

1 Zij zal advies uitbrengen aan de deelnemende huisartsen en wijkverpleegsters.

* Beiden werkzaam in het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord

2 Zij zal op verzoek van het team maatschappelijk werk verrichten in gezinnen.

3 Zij zal, al of niet na onderzoek in het gezin, behulpzaam zijn bij het verwijzen van cliënten op het gebied van maatschappelijk werk.

4 Zij zal in gevallen waar meer dan een instantie zich met de belangen van een gezin bemoeien; trachten hierbij coördinerend op te treden.

5 Zij zal tevens van haar werkzaamheden een registratie aanleggen, waarbij bovendien in onderling overleg met het team een methode zal worden ontworpen, waardoor in de medische registratie haar bemoeienis met het gezin zal worden gesignaleerd.

De maatschappelijk werkster zal als gelijkwaardige partner in het team functioneren; bovendien zal zij alleen die patiënten behandelen die behoren tot de aangesloten huisartspraktijken.

Bij de start van ons project hadden wij geen vermoeden welke consequenties dit kon hebben voor de diverse partijen, met name ten aanzien van de hoeveelheid verwijzingen en onderlinge consultaties. Ook was nog niet geheel en al duidelijk in welke structurele vorm deze samenwerking zou worden gegoten. Daar waar de samenwerking met de wijkverpleegster voor de artsen vrij duidelijk bleek te zijn was dit allerm minst het geval voor de samenwerking tussen maatschappelijk werkster enerzijds en huisarts en wijkverpleegster anderzijds. Alhoewel genoemde drie instanties werkzaam zijn in de eerstelijns gezondheidszorg, komen zij voort uit verschillende disciplines, waarbij wij ons eigenlijk nu pas realiseerden, hoezeer het maatschappelijk werk een weg was ingeslagen los van die van de geneeskunde, los zelfs van vakken als psychologie en psychiatrie.

Eerste ontwikkelingsfase. Het project is gestart in maart 1970. Voordien was reeds eind 1969 op basis van een ontwerpovereenkomst tussen de artsenmaatschap en het centrum voor maatschappelijk werk te Hoensbroek een detachering gerealiseerd bij het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, zodat de maatschappelijk werkster in staat was zoveel mogelijk patiënten van de vier betrokken artsen te gaan behandelen en tevens zoveel mogelijk anderen te doen terugvloeien naar het centrum voor maatschappelijk werk.

De aanwezigheid van een maatschappelijk werkster in ons project betekende voor verpleegsters en

artsen een extra dimensie in hun werk. Omgekeerd ervoer de maatschappelijk werkster dagelijks op een zeer tastbare wijze de nauwe verwevenheid van de sociale en de medische problematiek. De behoefte waarin zij voorzag was zo groot, dat reeds na zes tot acht weken duidelijk werd dat voor ons project een tweede maatschappelijk werkster nodig zou zijn. Tevens was zij na deze acht weken verplicht een tijdelijke „bestedingsbeperking” af te kondigen om de balans in haar werk te kunnen herstellen. In dit stadium was enerzijds voor de artsen vooral opvallend de enorme behoefte waarin de maatschappelijk werkster voorzag en anderzijds voor de maatschappelijk werkster de herkenning hoezeer een nauwe samenhang bleek te bestaan tussen sociale problematiek en ziekte en gezondheid. In deze acht weken is het begrip psycho-somato-sociale geneeskunde voor haar een realiteit geworden. Dit zijn eigenlijk de twee voornaamste conclusies over genoemde periode.

Tweede ontwikkelingsfase. Gesteld zou kunnen worden, dat na deze acht weken een tweede ontwikkelingsfase is ingegaan. Door het overstelpende aanbod van cliënten en door de onderbezetting die reeds toen bestond, was het onmogelijk de oorspronkelijke taakomschrijving volledig ten uitvoer te brengen. Om de in nood verkerende maatschappelijk werkster te hulp te komen, werd besloten een keuze te doen. Aangezien de uiteindelijke doelstelling van het samenwerkingsproject kan worden omschreven als een integratie van het maatschappelijk werk in de totale behandeling van de patiënten, werd besloten voorlopig het voornaamste accent op het „case-work” te leggen.

In deze fase bleek dat verschillende belemmeringen konden ontstaan die de communicatie tussen de partners onderling zouden kunnen bemoeilijken en die voor het functioneren van de individuele leden van het team consequenties met zich zouden kunnen brengen. Heel duidelijk kwam dit naar voren bij de maatschappelijk werkster. Door haar detachering vanuit het centrum voor maatschappelijk werk te Hoensbroek, diende zij aanvankelijk twee bazen, namelijk het centrum voor maatschappelijk werk (C.v.M.W.) — waaraan zij met hiërarchische banden was verbonden — en ons nieuwe team, met eigen doelstellingen, eigen taken en een andere enigszins gewijzigde visie op de functie van de maatschappelijk werkster.

Duidelijk kwam naar voren dat een detachering alleen dan kan slagen wanneer de betrokken functionaris een grote mate van zelfstandigheid in zijn handelingen verkrijgt. Hierin moet de consequentie zijn verwerkt, dat het werken in een interdisciplinair team mogelijkerwijze aan het maatschappelijk werk als zodanig, een ander coloriet kan geven. Dit betekende in concreto voor de maatschappelijk werkster een identificatie met het nieuwe team en een noodzakelijke losmaking van haar functioneren in het oude team.

In deze periode is ook een aantal meer om-

schreven werkafspraken ontstaan om voor de maatschappelijk werkster binnen het team een beter afgegrensde structurering te verkrijgen van haar positie. Deze hielden voor haar het volgende in.

1 Ten aanzien van het gezondheidscentrum.

- a Een wekelijkse teambespreking met als eerste opzet een elkander nader leren kennen, niet alleen als werkpartner, maar ook als persoon.
- b Een verkenning van elkanders werkterrein en werkmethode.
- c Een in principe verplicht dagelijks contact tussen de teamleden in de vorm van een gemeenschappelijke koffiepauze 's ochtends.
- d Een voorlopige beperking van verwijzingen door de huisarts in die zin, dat een zekere selectie zou worden toegepast waarbij voornamelijk die cliënten zouden worden verwezen bij wie case-work het meer urgente aspect was.
- e Een verdere uitkristallisering van de samenwerkingsprocedure binnen het team.

2 Ten aanzien van het centrum voor maatschappelijk werk.

- a Maandelijks werkbijeenkomst met de directrice.
- b Het bijwonen van de veertiendaagse teambesprekingen.
- c Het bijwonen van de gecombineerde bestuursvergaderingen van de stichting en het centrum voor maatschappelijk werk.
- d De mogelijkheid voor de directrice van het C.v.M.W. om na overleg de teambesprekingen van het team in het gezondheidscentrum bij te wonen. Zij zou dan kunnen observeren hoe haar maatschappelijk werkster in de nieuwe situatie functioneert als vertegenwoordigster van het algemeen maatschappelijk werk.

Als praktische opmerking moet hierbij worden aangetekend dat de maatschappelijk werkster zeer spoedig in moeilijkheden kwam, omdat zij niet de beschikking had over een typiste. In principe was het mogelijk haar typewerk terug te verwijzen naar het centrum voor maatschappelijk werk. Het bleek echter, dat zij bij de verwijzingen door de huisartsen over zoveel medische en persoonlijke gegevens ging beschikken, dat het medisch-ethisch niet meer verantwoord werd geacht dat een en ander zou worden verwerkt buiten het team. De eis werd gesteld dat deze gegevens strikt binnen het eigen gebouw moesten blijven.

Ook het niet kunnen beschikken over enige eigen financiële middelen ter dekking van de bureaunkosten, werkte de zelfstandigheid van de maatschappelijk werkster niet in de hand.

Gedurende de zomer leidde deze heroriëntatie tot een betrekkelijke rust. Een verder uitkristalliseren vond inderdaad plaats. Dientengevolge ontstond een aantal frictiepunten tussen de maatschappelijk werkster en haar achterban. Bovendien werd in deze maanden duidelijk dat de artsen slechts ten dele met het instituut maatschappelijk

werk overweg konden. Begrippen als: „work-ability”, gemotiveerde verwijzing, gecoördineerde begeleiding, afsluiting van een casus in positieve of negatieve zin, waren in feite nieuw voor hen. Dit alles leidde tot een nieuwe evaluatie in oktober 1970.

Derde ontwikkelingsfase. Op genoemde datum zijn wij aan de hand van een zogenaamd „praatpapier”, opgesteld door twee teamleden, begonnen aan de derde fase in het samenwerkingsproject ten aanzien van het maatschappelijk werk. Op dat moment is betrekkelijk nauwkeurig geformuleerd wat op korte termijn zou moeten gebeuren om het maatschappelijk werk als werkelijk gelijkwaardige discipline in het team te incorporeren. Daarnaast hebben wij een redelijk adequate toekomstvisie kunnen verwoorden.

De directe aanleiding tot het „praatpapier” was een frictie tussen de directrice van het C.v.M.W. en de maatschappelijk werkster. De vrees van de directrice was, dat laatstgenoemde onder druk van de artsen in het team zou worden omgevormd tot een medisch maatschappelijk werkster. Als zodanig zou zij een slechte representante worden van het algemeen maatschappelijk werk. Deze kritiek is aanleiding geweest tot een bezinning over de situatie op dat moment. Hierin kwamen twee aspecten naar voren: bovengenoemde kritiek en ons eigen functioneren.

Ten aanzien van het eerste zij opgemerkt dat een bespreking met de directrice heeft plaatsgevonden, waarin door de artsen en de wijkverpleegsters met nadruk werd gesteld, dat de maatschappelijk werkster als algemeen maatschappelijk werkster zeer goed functioneerde. Tevens was het de overige teamleden mogelijk geweest door haar aanwezigheid meer over maatschappelijk werk te leren in deze periode van samenwerking dan van alle andere instanties tezamen in de periode vóór de samenwerking.

Als bijzonder nuttig werd door het team ervaren, dat zij zich zonder meer opstelde als vertegenwoordigster van het algemeen maatschappelijk werk, waardoor een duidelijk beeld werd geschapen van de mogelijkheden en de onmogelijkheden hiervan. Van een omvorming tot een medisch maatschappelijk werkster of tot een soort psychiatrisch sociaal werkster was geen sprake. Er bestond en er bestaat in het team ook geen enkele behoefte aan een ontwikkeling in die richting, daar de leden als drie niet-gespecialiseerde instanties in de eerste lijns gezondheidszorg werkzaam zijn.

Tevens kwam in deze bespreking het feit naar voren dat het nog steeds in twee teams functioneren voor de maatschappelijk werkster een niet haalbare situatie was, niet alleen wat de werkuren betreft, maar daarnaast bleek het ook onmogelijk om in ons experimentele team een eigen weg te zoeken als algemeen maatschappelijk werkster. Zij dreigde hierdoor in een conflictsituatie te geraken met haar oude team. Opnieuw bleek dat de deta-

chering van de maatschappelijk werkster als een volledige werd gezien, met een loslating van de verantwoordelijkheid verbonden aan het lidmaatschap van het oude team. In de conceptovereenkomst tussen het gezondheidscentrum en het C.v.M.W. zullen ten aanzien van dit punt nog wijzigingen moeten worden aangebracht.

In dezelfde tijd ontstond een evaluatie over ons huidig functioneren als team en over de rol van de maatschappelijk werkster daarin. Als geheel genomen waren wij over de samenwerking van huisartsen, wijkverpleegsters en maatschappelijk werkster tevreden. Objectief gezien (voor zover wij zelf objectief onze tekortkomingen kunnen aangeven) was er echter een aantal punten van dysfunctioneren.

Deze betroffen: 1 de directe samenwerking tussen de teamleden tijdens het proces van hulpverlening; 2 de structuur van de teambesprekingen; 3 de registratie en 4 het „gezicht” van de wijkverpleging in het team.

Ad 1 Ten aanzien van de directe samenwerking met huisartsen en wijkverpleegsters tijdens het proces van hulpverlening, vond de maatschappelijk werkster dat deze zeker voor verdere uitwerking vatbaar was. Te weinig werd nog gemotiveerd verwezen, met name door de artsen; te weinig vond ook, na de verwijzing, door hen een begeleiding plaats. Wij hebben de verwijzingsprocedure min of meer schematisch onderverdeeld in een aantal fasen.

a Introductie en motivatie van de patiënt. De verwijzende instantie zal in de eerste plaats bij de patiënt het begrip maatschappelijk werk moeten introduceren en de patiënt moeten motiveren voor hulp van deze instantie. Pas indien de patiënt dit accepteert, is een verwijzing naar de maatschappelijk werkster zinvol.

b Verwijzing met motivering van de redenen van de verwijzing naar de maatschappelijk werkster. De verwijzende instantie zal bij de maatschappelijk werkster de patiënt moeten introduceren en haar duidelijk moeten maken, waarom hij meent voor deze patiënt haar hulp nodig te hebben. Het mag dus niet neerkomen op het simpele afschuiven van werk en verantwoordelijkheid.

c Het gezamenlijk opstellen van een beleidsplan voor de behandeling van de patiënt casu quo cliënt. Het is belangrijk dat zowel de arts als de maatschappelijk werkster hierover gemeenschappelijk beraadslagen om zodoende tot een beleidsplan te komen waarachter beiden kunnen staan.

d Begeleidingsprocedure. Het is belangrijk dat zowel de arts casu quo de wijkverpleegster alsook de maatschappelijk werkster gezamenlijk vervolgen welke uitwerking het uitgestippelde beleidsplan op de patiënt heeft. Ook dienen de verantwoordelijkheden duidelijk onderling te worden verdeeld, zodat binnen het team geen hiaten of doublures ontstaan in de behandeling en het ook mogelijk is gezamenlijk zo nodig de beleidslijn om te buigen.

e Afsluitingsprocedure. Het werken met de maatschappelijk werkster heeft de overige teamleden geleerd de patiënt te motiveren, gemotiveerd te verwijzen en gezamenlijk een beleidslijn op te stellen. Het meest boeiende facet is echter geweest dat het maatschappelijk werk op een bepaald moment de behandeling van een cliënt afsluit, wanneer blijkt dat progressie in de behandeling niet meer mogelijk is. Het is speciaal voor de artsen zeer nuttig om te ervaren, dat het ook zijn waarde kan hebben om tijdens een bepaald geval te constateren dat een situatie onoplosbaar is, hetzij door uitwendige omstandigheden, hetzij door gebrek aan motivatie van de patiënt. Men bewijst als behandelende instantie zichzelf en de cliënt een dienst, wanneer men in een dergelijk geval gezamenlijk de behandeling afsluit.

Uiteraard blijft de mogelijkheid tot een nieuwe behandeling altijd open wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding mochten geven. Een van de kenmerkende verschillen tussen de medici en paramedici enerzijds en het maatschappelijk werk anderzijds is, dat deze laatste ertoe is gekomen op een bepaald moment een behandeling af te sluiten. Medici en paramedici zetten vaak zeer langdurig en niet meer gemotiveerd (in vele gevallen niet eens ten voordele van de patiënt) hun behandeling voort. Dit geeft irritatie bij de behandelaars en het wekt een irrealistisch verwachtingspatroon bij de patiënt. Onzes inziens zou deze wijze van handelen in een aantal gevallen ook veel vaker toepassing moeten vinden bij artsen, met name wanneer het blijkt dat de patiënt te weinig is gemotiveerd om aan zijn eigen genezing mee te werken.

De boven ontwikkelde verwijzingsprocedure heeft het mogelijk gemaakt dat na deze evaluatie het verwijzen en consulteren binnen het team effectiever en begrijpelijker verliep. Wij verstonden elkaanders taal beter.

Ad 2 Met haar grotere ervaring in teamwork had de maatschappelijk werkster een uitgesproken behoefte om onze teambesprekingen meer gestructureerd te doen verlopen. Zij vond dat in de structurele samenwerking een stijgende lijn zat, dat het team als zodanig een affectief goed team was, doch er bestonden voor haar echter enkele vragen.

- a Is een duidelijke doelstelling van de teambespreking niet noodzakelijk?
- b Is notuleren niet noodzakelijk?
- c Loopt het team technisch gezien goed?
- d Is het invoeren van een besluitenregister niet aanbevelenswaard?
- e Wat is de onderlinge taakverdeling tussen de gespreksleider en de teamcoach?

Het valt buiten het kader van deze beschouwing om uitvoerig in te gaan op de oplossing van deze vragen. Opgemerkt moet worden dat zij alle zijn behandeld en dat daardoor vanaf oktober 1970 mede dank zij de inbreng van de maatschappelijk werkster de teambesprekingen een veel explicieter en meer gestructureerde vorm hebben gekregen.

Ad 3 Met registratie wordt bedoeld een wijze van signalering waardoor het voor de individuele teamleden mogelijk zal zijn een indruk te verkrijgen over de stand van samenwerking in het algemeen en over de feitelijke samenwerking in de individuele gevallen. Met andere woorden, er is een vorm te vinden waarin wij kunnen aangeven hoe de eventuele groei in de onderlinge consultatie en verwijzing verloopt. Is er bovendien een vorm te vinden waarin ieder der teamleden op eenvoudige wijze van iedere bij het centrum betrokken patiënt of cliënt kan zien welke leden van het team met hem op dat moment werkzaam zijn?

Ad 4 In het team bleek dat tijdens de besprekingen een uitgesproken dominantie bestond van de artsen en de maatschappelijk werkster; de wijkverpleegsters konden veel moeilijker aan het woord komen. Zij waren uitstekend in staat het gehele teamgebeuren in zich op te nemen, mede door het feit dat zij een brede theoretische scholing hebben. In hun functioneren zijn zij echter in feite „doemensen”, die weliswaar veel waarnemen, maar die in veel mindere mate dan de artsen en de maatschappelijk werkster gewend zijn hun „gevallen” van een theoretische achtergrond te voorzien of hun gedachten daarover onder woorden te brengen.

Bovendien was het de maatschappelijk werkster opgevallen dat de directe verwijzing van de wijkverpleegsters naar de maatschappelijk werkster een betrekkelijke uitzondering was. Deze verliep meestal via de arts, waardoor zij ook in mindere mate hun verwijzing behoefden te motiveren.

Door het inbrengen van zuivere casuïstiek in de teambesprekingen bleek het mogelijk de wijkverpleegsters over een zekere drempelvrees heen te brengen, zodat zij veel beter gingen meefunctioneren.

In deze derde ontwikkelingsperiode werd de plaats van de maatschappelijk werkster binnen het team en ten opzichte van haar oude team veel beter afgegrensd. Verder werd de structurering verbeterd, waardoor zowel de onderlinge verwijzing als het rendement en de doelstellingen van de teambesprekingen beter tot hun recht kwamen. Tenslotte werd aandacht besteed aan het functioneren van de wijkverpleegsters in het team, waardoor deze meer werden geholpen hun inbreng te verwezenlijken.

Met nadruk zij hier gezegd dat de aanleiding tot deze evaluatie het functioneren van een maatschappelijk werkster in ons team is geweest, die daardoor aan het gehele groeiproces van het team een zeer belangrijke bijdrage leverde.

Evaluatie na één jaar functioneren. Deze evaluatie geschiedt tweeledig. In de eerste plaats wordt een hoeveelheid cijfermateriaal over de contacten geproduceerd, welke de maatschappelijk werkster in het afgelopen jaar in het team heeft gehad. Deze

Tabel 1. Aantal cliënten 1970 Gezondheidscentrum

Ingekomen cliënten	97
Afgesloten in 1970	56
Blijven in behandeling	41

Tabel 2. Totale aantal contacten (cliënt + derden) Gezondheidscentrum

	Met	Over	Totaal
Op het bureau	167	58	225
Door huisbezoek	145	67	212
Op andere wijze	215	641	856
Totaal	527	766	1293

Interne contacten (binnen team Gezondheidscentrum)

Met leden artsmaatschap	463
Met wijkverpleging	63
Teamvergaderingen	30

Contacten met centrum voor maatschappelijk werk

Werkbesprekingen	18
Teamvergaderingen	15

Diverse werkzaamheden

Werkgroepbijeenkomsten (training)	5
Rayonbijeenkomsten	2
Excursies en studiedagen	5
Contacten in verband met diverse activiteiten	58

Tabel 3. Wijze van totstandkoming hulpcontacten

Eigen initiatief van cliënt of via zijn naaste omgeving	15
Interne verwijzing Gezondheidscentrum	
Leden artsmaatschap	55
wijkverpleging	11

Totale aantal interne verwijzingen 66 → 66

Semi-interne verwijzing C.v.M.W. Heilbroek 4 → 4

Verwijzing door derden		
via overheid	3	
via pastores	—	
via lichamelijke gezondheidszorg	3	
via geestelijke gezondheidszorg	—	
via maatschappelijke werkinstellingen	3	
via justitie	1	
via overige instanties	2	

Totale aantal verwezen door derden 12 → 12

Initiatiefneming onbekend —

Totale aantal aanmeldingen 97

cijfers worden vergeleken met een aantal cijfers geproduceerd door het C.v.M.W.; aan de hand daarvan worden enige conclusies geformuleerd over een aantal punten die als belangwekkend uit ons samenwerkingsproject naar voren komen.

Werkanalyse maatschappelijk werkster aan de hand van de volgende tabellen. Uit de tabellen 1 tot en met 8 kan men een overzicht verkrijgen van de hoeveelheid en het soort werk, dat door de maatschappelijk werkster werd verricht in het eerste jaar van haar functioneren in het team. Uiteraard zeggen deze cijfers op zichzelf niet voldoende. Wij hebben daarom naast de tabellen 1 tot en met 8 de tabellen I tot en met III geproduceerd, die betrekking hebben op het functioneren van de gemiddelde maatschappelijk werkster in het centrum voor maatschappelijk werk te Hoensbroek.

Bij de interpretatie van de cijfers van de tabellen I tot en met III moet in aanmerking worden genomen, dat de bezetting van het C.v.M.W. in 1969

Tabel 4. Behandelingsduur per cliënt met wie in het verslagjaar contact werd afgesloten

Patiënt van	1 maand	1 tot 5 maanden	6 tot 12 maanden
A	10	7	1
B	10	4	1
C	7	3	3
D	4	4	2
Totaal	31	18	7

Tabel 5. Typering cliënten naar leeftijd en gezin

Leeftijd in jaren	Alleenstaande man	Alleenstaande vrouw	Kind	Man uit gezin	Vrouw uit gezin	Weduwnaar	Weduwe	Gescheiden man	Gescheiden vrouw	Gezin	Onbekend	Totaal
tot 19			3							1		4
20 tot 29	2	2		1	3				4	5		17
30 tot 39	1	1		2	3				1	4		12
40 tot 49	1			1	6	1			2	22		33
50 tot 59		2		1					1	2		6
60 tot 69				2	3		6	1		3		15
70 en ouder	1			1	1		3			2		8
Onbekend											2	2
Totaal	5	5	3	8	16	1	9	1	8	39	2	97

Tabel 6. Typering hulpverlening

Overwegend methodische behandeling	43
Overwegend informatie en advies aan cliënt	18
Overwegend overige hulpverlening (over cliënt)	36

Totaal 97

bestond uit zeven maatschappelijke werkers en zeven stagiaires, gedeeltelijk part-time. Onze cijfers zijn afkomstig uit het jaar 1970 en die van het centrum voor maatschappelijk werk uit het jaarverslag van het jaar 1969. Ondanks het verschil in jaar komen, wanneer men de *tabellen 1, 2 en 3 en I, II en III* met elkander vergelijkt, de volgende verschillen toch duidelijk naar voren.

Tabel 1 en I: Het aantal nieuwe cliënten bedraagt 97 voor de maatschappelijk werkster en 222 voor de ongeveer veertien medewerkers bij het C.v.M.W.

Tabel 2 en II: Het totale aantal contacten voor de maatschappelijk werkster bedraagt 1 293, voor de medewerkers van het C.v.M.W. 5 285.

Tabel 3 en III: Wanneer men de wijze van totstandkoming van de hulpcontacten in onze setting vergelijkt met die van het C.v.M.W., dan blijkt dat in ons geval tweederde van de verwijzingen plaatsvonden via huisarts en wijkverpleegster (66 van de 97), terwijl dit aantal bij het centrum een zevende van de gevallen bedroeg (36 van de 222), absoluut en relatief dus een zeer groot verschil. Hierbij moet worden opgemerkt dat ons aantal lager is dan het in werkelijkheid zou zijn wanneer wij ons in de verwijzing in verband met de overbelasting van de maatschappelijk werkster, geen beperkingen hadden moeten opleggen.

Tabel 7. Beroepsverdeling

Gepensioneerd	12
Vervroegd gepensioneerd	1
Invaliden	12
Huisvrouw/studerend	17
Zelfstandig	9
Vrij beroep	—
Employé's	10
Arbeiders	26
Mijnwerkers	9
Werklozen	1
Onbekend	—
Totaal	97

Tabel 8. Aanmeldingsprobleem

Gezinsproblemen	15
Huwelijksproblemen	11
Opvoedingsproblemen	8
Aanpassingsproblemen	6
Verzorgingsproblemen	16
Psychische stoornissen	4
Arbeidsproblemen	3
Financiële problemen	13
Huisvestingsproblemen	15
Alcoholisme	—
Delicten	—
Problemen rond invaliditeit en chronische ziekten	3
Diversen	3
Onbekend	—
Totaal	97

Concluderend kan worden gesteld, dat het werken in het team in het gezondheidscentrum voor de maatschappelijk werkster heeft betekend, dat zij een zeer grote toeneming in het aantal nieuwe cliënten en in het aantal contacten te verwerken heeft gekregen. Dit betekende een twee- tot driedubbele verdubbeling van haar werk, ondanks de verwijzingsbeperking welke de teamleden zich hadden opgelegd. Als extra handicap moet bovendien worden vermeld, dat de maatschappelijk werkster bij gebrek aan een typiste veel van haar kostbare tijd aan routinewerk moest besteden.

Een opvallend aspect was, dat verreweg het grootste deel van de verwijzingen in onze setting door huisarts en wijkverpleegster werd verzorgd. Men zou geneigd zijn aan te nemen, dat door het functioneren met huisartsen en wijkverpleegsters in een team een lang bestaande lacune wordt opgevuld. Hoe dan ook, zonder meer is in onze situatie aangetoond dat een maatschappelijk werkster in een multidisciplinair team een zeer belangrijke

Tabel I. Aantal hulpeenheden, C.v.M.W.

Over uit vorig verslagjaar	153
Nieuwe hulpeenheden	222
Totale aantal cliënten	375
Afgesloten in 1969	268
Blijven in behandeling	107

Tabel II. Totale aantal contacten C.v.M.W.

Plaats	Met	Over	Totaal
Op het bureau	454	85	539
Door huisbezoek	1 805	335	2 140
Op andere wijze	513	2 093	2 606
Totaal	2 772	2 513	5 285

Tabel III. Wijze van totstandkoming hulpcontacten

Eigen initiatief van cliënt of via zijn naaste omgeving	197
Niet op eigen initiatief van cliënt, maar:	
via overheid(s)instellingen	22
via directe omgeving (onder andere geestelijkheid, S.O.S.)	24
via lichamelijke gezondheidszorg (huisartsen, Groene Kruis)	36
via geestelijke gezondheidszorg	1
via arbeid(s)instanties	5
via maatschappelijke werkinstellingen	14
via justitie	4
via overige instanties	3
Totaal verwezen	109 → 109
Initiatiefneming onbekend	6
Totale aantal nieuwe aanmeldingen	222

plaats inneemt: zij werkt sterk bevorderend op het gehele groepsgebeuren, zij vult een duidelijke lacune op in het contact tussen huisartsen en wijkverpleegsters enerzijds en maatschappelijk werkster anderzijds en zij is, gezien het toenemende aantal contacten in staat beter te functioneren dan in haar oude situatie.

Conclusies. Vanuit het standpunt van de maatschappelijk werkster bezien zijn dit de volgende.

1. De introductie van het maatschappelijk werk bij de patiënt door de huisarts blijkt in vele gevallen de drempelvrees voor het maatschappelijk werk te doen verdwijnen casu quo te verminderen. Met andere woorden de maatschappelijk werkster blijkt binnen het kader van ons team voor de patiënt beter bereikbaar te zijn.

2. De verwijzingen door de huisartsen geschieden binnen het team niet alleen frequenter, doch ook gemotiveerder en in een eerder stadium dan in de vroegere situatie waarin huisarts en maatschappelijk werkster los van elkaar functioneerden.

3. Een uiterst belangrijke conclusie is, dat de maatschappelijk werkster door deelneming aan ons team zich veel meer dan vroeger realiseert hoe nauw somatische en psychische ziekten daadwerkelijk zijn gekoppeld aan of worden veroorzaakt door sociale omstandigheden. Zij is binnen het team gaan leren denken in een werkelijk psycho-somato-sociale eenheid, terwijl zij vroeger veel meer dacht vanuit een sociaal denkkader, waarbij dan zijdelings psycho-sociale problematiek was betrokken.

4. Het is voor de maatschappelijk werkster verrassend te constateren dat gezinsproblematiek zo frequent voorkomt. Om de speciale techniek van gesprekken met verscheidene personen tegelijkertijd, meester te worden volgt zij een training van „joint-interviews”.

5. Samenwerking met andere disciplines vereist ook van de maatschappelijk werkster een voortdurende bezinning op haar eigen werkwijze. Zij ervaart, dat met name psycho-somatische problematiek veel meer moet worden ingebouwd in haar dagelijkse diagnostiek en dat zij voor de behandeling daardoor ook is aangewezen op de andere teamleden. Ook zij blijkt, evenals de andere teamleden, voor een werkelijk goede behandeling een integraal team nodig te hebben, waarin haar maatschappelijk werk wordt gecorporeerd; er bestaat dus een duidelijke parallel met de positie van de huisarts.

6. Het blijkt dat de patiënten bij deze werkwijze veel meer worden gemotiveerd voor het aanvaarden van hulp door de maatschappelijk werkster.

Vanuit het standpunt van de artsen komen de volgende conclusies naar voren.

1. De artsen hebben evenals de wijkverpleegsters, geleerd zich te bezinnen op de vraag of het zinvol is een patiënt naar een maatschappelijk werkster te verwijzen en indien men verwijst, wat men realiter van het maatschappelijk werk mag verwach-

ten. Zij hebben geleerd dit gestructureerd te doen met de motivatie van de patiënt. Het spreekt vanzelf dat deze attitude de artsen ook van voordeel is geweest bij de gehele verwijzingsproblematiek naar de medische specialismen. Zij hebben een zeer wezenlijk denkproces bij de verwijzing overgenomen van de maatschappelijk werkster.

2. De artsen en de wijkverpleegsters hebben zich door het functioneren in één team met de maatschappelijk werkster nog eens extra gerealiseerd hoe bepaalde ziekten eenvoudig niet te genezen zijn wanneer men niet erin slaagt een aantal maatschappelijke problemen op te lossen. Er zijn gevallen waarin vele dozen pillen, specialistische consulten en eventuele gesprekken uiteindelijk een veel geringer rendement afwerpen dan het oplossen van een (vaak) betrekkelijk eenvoudige maatschappelijke problematiek. Niet alleen is bij de patiënt de drempelvrees voor het maatschappelijk werk veel minder geworden, deze drempelvrees die in vele gevallen ook bij artsen en wijkverpleegsters bestaat, is in ons team totaal verdwenen. De artsen en de wijkverpleegsters zijn in staat in hun denkwijze het maatschappelijk werk te hanteren; zij zien het niet meer als een vage, voor hen slecht bereikbare instantie.

Tot slot enkele algemene conclusies. Het blijkt, dat in een dergelijk team als het onze de maatschappelijk werkster voorziet in een enorme behoefte. Verder, dat de medische zijde ervan een zeer waardevolle aanvulling is voor het maatschappelijk werk en dat omgekeerd het maatschappelijk werk dezelfde functie heeft. Het blijkt tevens mogelijk te zijn verschillende disciplines van totaal verschillende huize in eenzelfde team te laten functioneren.

Het maatschappelijk werk komt in een dergelijke setting veel dichter bij artsen en wijkverpleegsters en ook bij de patiënt. Dit was nogal verrassend. Het is bovendien zonneklaar, dat een dergelijk functioneren van het algemeen maatschappelijk werk binnen een multidisciplinair team veel zal bijdragen tot een „image”-verbetering van het geïnstitutionaliseerde maatschappelijk werk. Het zal bovendien ook duidelijk zijn geworden dat de aanwezigheid van een maatschappelijk werkster in ons team veel heeft bijgedragen tot de structurering hiervan en dat aan de andere kant de andere teamleden veel ertoe hebben bijgedragen dat het maatschappelijk werk veel meer „met de beide benen op de grond” is gekomen. Het zal begrijpelijk zijn, dat wij voor het maatschappelijk werk ook in de toekomst eigenlijk eenzelfde opbouw zouden willen zien zoals die bestaat binnen de geneeskunde, dat wil zeggen dat op haar vooruitgeschoven post de algemeen maatschappelijk werkster in de eerstelijns gezondheidszorg moet functioneren in een team met wijkverpleegsters en huisartsen.

Zoals de huisarts in feite voor de patiënt de punt is van een brede waaier waarbinnen en waarachter

zich de geneeskundige wereld ontvouwt, zo dient de algemeen maatschappelijk werkster eveneens de punt te zijn van de waaier waarbinnen en waarachter zich alle meer gespecialiseerde maatschappelijke instanties kunnen ontplooiën. De algemeen maatschappelijk werkster blijft dan binnen het team verantwoordelijk voor de continue en coördinerende begeleiding van haar cliënt, voorzover het de maatschappelijke problematiek betreft. Op deze wijze zal het maatschappelijk werk meer toegankelijk worden voor huisarts, wijkverpleegster en niet in de laatste plaats voor de patiënt. Door de algemeen maatschappelijk werkster als porte d'entree op te stellen voor het gehele maatschappelijk werk, zullen leken op dit terrein (zoals artsen en wijkverpleegsters in feite zijn) niet meer behoeven te dwalen in een doolhof van maatschappelijke instanties in de hoop na lang zoeken een goede instantie te vinden, in de praktijk echter wetend dat zij zich meestal juist tot de verkeerde instantie richten. Onzes inziens ligt dus voor het algemeen maatschappelijk werk een grote en duidelijke taak in de eerstelijns gezondheidszorg.

Problemen. Uiteraard is aan de opnemings van de maatschappelijk werkster in het team ook een aantal problemen verbonden. In de eerste plaats werd reeds genoemd dat door de maatschappelijk werkster grote waarde werd gehecht aan de structurering, met name van onze teambesprekingen en van de onderlinge verwijzingen. Dit alles is niet van een leien dakje gegaan. De huisarts is in zijn solistische manier van werken, door het verwachtingspatroon van zijn patiënten, geneigd en vaak verplicht bij de vraag om hulpverlening direct te handelen. Hij is over het algemeen niet iemand, die voor de vele beslissingen, welke hij op een dag moet nemen, een gestructureerde beleidslijn opstelt. Dit kan ook vaak niet. Dit alles neemt echter niet weg, dat de huisarts vaak betrekkelijk ongestructureerde beslissingen neemt. Geheel anders daarentegen werkt de maatschappelijk werkster. In haar banier staat met grote letters geschreven: „gestructureerde beleidslijn”. Men kan zich indenken dat deze twee verschillende werkfilosofieën binnen het team tot conflicten hebben geleid.

In de tweede plaats heeft de maatschappelijk werkster gekozen voor een volledige detachering in ons team. Dit had voor haar twee grote nadelen. Een verbreking met haar achterban leidde ertoe, dat zij betrekkelijk geïsoleerd haar eigen weg moest zoeken in het nieuwe team, te meer omdat er nog geen voorbeeld van een functioneren in een dergelijk team bestaat. Dit is dan ook de aanleiding geweest tot de tevoren besproken begrijpelijke kritiek van de zijde van het C.v.M.W.. Bovendien was zij de enige representante van het maatschappelijk werk in ons team. De artsen en de wijkverpleegsters hebben naast de interdisciplinaire ook de veilige intercollegiale contacten. De maatschappelijk werkster had dergelijke contacten niet. Deze twee facetten schiepen de mogelijkheid, dat de maat-

schappelijk werkster binnen het team in een zeker isolement zou geraken. Dit is op een gegeven moment ook werkelijk geschied, hetgeen voor haar een onaangename ervaring is geweest.

In de derde plaats blijkt het, met name bij artsen, nog wel eens moeilijk te zijn het maatschappelijk werk als gelijkwaardige discipline in hun denkwereld in te bouwen. Noodlottigerwijze vielen in ons experiment al deze factoren samen. Het isolement van de maatschappelijk werkster werd hierdoor uiteraard versterkt. Gelukkig is het mogelijk gebleken deze problemen duidelijk bespreekbaar te maken waardoor het isolement slechts kort heeft bestaan. Dit neemt echter niet weg dat, gezien de hoeveelheid werk binnen een dergelijk team, het experimentele karakter van het werk, de verbreking met de achterban en de werkelijke onbekendheid van het maatschappelijk werk bij artsen en wijkverpleegsters, het duidelijk ongewenst moet worden geacht dat de maatschappelijk werkster als soliste aan een dergelijk experiment gaat meefunctioneren. Een twee- of driekoppige vertegenwoordiging van het algemeen maatschappelijk werk vanaf den beginne zal haar taak in een dergelijk team belangrijk vereenvoudigen.

Toekomst. Zeer nadrukkelijk komt naar voren dat voor het welslagen van ons experiment op korte termijn een tweede maatschappelijk werkster noodzakelijk zal zijn, willen wij tenminste niet ernstig in onze groei worden belemmerd. Ten tweede zal het probleem van de typiste en de bureaustkosten uiteraard op korte termijn moeten worden opgelost. Daarnaast zien wij, in het meer ideële vlak een andere taak opdoemen.

Met ons team zijn wij op dit moment redelijk in staat een beleidslijn uit te stippen voor de behandeling van de patiënt casu quo cliënt. Veelal betreft het hier echter gevallen waarin de individuele mens reeds is vastgelopen. Wij zullen echter moeten trachten in teamverband meer tot vroegdiagnostiek te komen. Ieder der teamleden (arts, maatschappelijk werkster of wijkverpleegster) zal vroegtijdig de noodzaak van hulp moeten leren herkennen, waardoor het team het individu meer preventief te hulp kan komen. Het vinden van criteria voor deze wijze van werken zal echter niet eenvoudig zijn.

Es, J. C. van. Probleempatiënten. Van Gorcum en Co., Assen, 1967. Rapport commissie huisartsen. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 1968.

Advies inzake wijkgezondheidscentra van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 1969.

Verslag van een experiment in Amsterdam. Ministerie CRM. 1968.

Samenwerking huisarts en maatschappelijk werk(er). Rapport werkgroep N.H.G. en Nat. Raad voor maatschappelijk welzijn.

Vlamings, H. L. H. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werksters. Dekker en Van der Vegt, 1967.

Lamberts, H. (1970) huisarts en wetenschap 13, 41 en 363.