

Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis (V)

De maatschappelijk werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie

DOOR H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

INLEIDING

In onze vorige bijdrage – (1976) huisarts en wetenschap 19 – hebben wij geschreven over de opinie van de cliënten van het Withuis en een controlegroep ten aanzien van de taak en bereikbaarheid van de maatschappelijk werker (MW) en zijn samenwerking met de huisarts. Opzet van dit artikel is vanuit de officiële registratie van het maatschappelijk werk na te gaan, in hoeverre het werken van een MW in een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband, zoals een gezondheidscentrum, in de geregistreerde cijfers naar voren komt. De samenwerking van huisarts en MW, van de somatische en sociale hulpverlener (*Noyons* en *Van Aalderen*), wordt heden ten dage – althans in de publikaties daarover – als vanzelfsprekend geaccepteerd. „Er is geen enkele reden om aan de aanwezigheid van de maatschappelijk werker in de eerstelijns gezondheidszorg een voorbehoud te koppelen...” (*Lamberts* en *Op 't Root*).

VRAAGSTELLING

In hoeverre zijn er in de officiële registratie van 1974 van de Stichting Maatschappelijk Werk te Venlo opmerkelijke verschillen te vinden tussen enerzijds het gezondheidscentrum Withuis en een controlegroep anderzijds? Eventuele verschillen zouden kunnen worden verklaard vanuit de positie van de MW op de „hulpverleningsmarkt” en de waarschijnlijk daarmee samenhangende andere wijze van werken.

Deze vraagstelling kan men in vier punten concretiseren:

1 In welke mate werd er in 1974 gebruik gemaakt van het algemeen maatschappelijk werk? (Van nu af is bedoeld met maatschappelijk werk: algemeen maatschappelijk werk). De verwachting

was: in het Withuis wordt meer gebruik gemaakt van het maatschappelijk werk dan in de controlegroep.

2 Door wie werden de cliënten verwezen? De verwachting was dat in het gezondheidscentrum duidelijk meer cliënten door de huisarts zouden worden verwezen dan in de controlegroep. Over het „eigen initiatief” van de cliënt („free access”) werd geen verwachting geformuleerd. Het was een open vraag.

3 Met wat voor soort problematiek kwamen de cliënten bij de MW? En voor welke problemen werden zij behandeld? De verwachting was: in het gezondheidscentrum wordt meer immateriële c.q. relationele problematiek aangemeld en in behandeling genomen (*Vlamings*). Onder relationele problemen verstaan wij opvoedingsmoeilijkheden, persoonlijke problemen, moeilijkheden in gezin en huwelijk, „zenuwen” ten gevolge van het werk, studie- en schoolproblemen, en dergelijken. De materiële problemen hebben vooral te maken met verzorging, arbeid, behuizing en financiën.

4 Verliep het hulpverleningsproces in het gezondheidscentrum anders en zo ja in welke opzichten? Bij het beoordelen of kwalificeren van een hulpverleningsproces kan men op twee manieren te werk gaan: men kan ten eerste trachten te onderzoeken hoe professioneel de hulpverlening geschiedt, met andere woorden wat er gebeurt als het hulpverleningsproces – de interactie tussen de cliënt en de hulpverlener – eenmaal op gang is gekomen, hoe met feiten en gevoelens wordt omgesprongen. Dat zou dan iets zeggen over de kwaliteit van die hulpverlening.

Het is erg moeilijk op een zinvolle en methodologisch verantwoorde wijze kwaliteit te meten in die zin, dat men kan zeggen: deze manier van hulpverlening is

Samenvatting. Aan de hand van de registratie 1974 van het provinciaal centrum voor maatschappelijk werk in Limburg, worden het gezondheidscentrum Withuis (en het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord) vergeleken met een controlegroep. Verschillen werden gevonden ten aanzien van het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk, de wijze waarop de cliënt bij de maatschappelijk werker terecht kwam, de aanmeldingsproblemen en de behandelde problemen. Een aantal aspecten van het hulpverleningsproces werd bestudeerd en voor de gevonden verschillen werd een verklaring gegeven.

kwalitatief beter dan de andere. Als wij ons niet expliciet begeven in vragen als: wat is goed, beter of het beste, maar als maatstaf de professionele opstelling hanteren, komen wij wellicht iets verder. Wij stellen voor er vanuit te gaan dat de MW in een gezondheidscentrum als deskundige in de hulpverlening bij relatieproblematiek wordt beschouwd (*Lamberts* en *Op 't Root*). Aan de hand van de „typering van de hulpverlening” kunnen wij dan nagaan in hoeverre aan dat uitgangspunt wordt beantwoord.

Naast deze poging om het kwalitatieve aspect enigszins te benaderen, kan men ten tweede een aantal kwantitatieve gegevens bestuderen. Daartoe rekenen wij het aantal contacten per hulpverleningsproces en de „redenen van afsluiting” van de relatie tussen cliënt en MW. De verwachting was: in het gezondheidscentrum zullen meer cliënten zijn, die uit eigen beweging de hulpverleningsrelatie staken, omdat zij heel vaak niet uit eigen initiatief, maar via de huisarts bij de MW terecht zijn gekomen. Ten aanzien van de overige aspecten werden geen verwachtingen geformuleerd.

METHODE VAN ONDERZOEK

Uitgegaan werd van de registratiecijfers, gepresenteerd door het Provinciaal

Centrum voor Maatschappelijk Werk te Roermond. Dit service- en ontwikkelingsorgaan verzorgt de centrale verwerking van de registratiegegevens van het algemeen maatschappelijk werk in Limburg voor de aangesloten instellingen*. Ten aanzien van de eerder geformuleerde vragen werd het Withuis vergeleken met de controlegroep.

Wij hebben aangenomen dat het werkgebied Venlo (exclusief Blerick) van het Centrum voor Maatschappelijk Werk, dat de enige instelling voor algemeen maatschappelijk werk in Venlo is, overeenkomt met dat van de huisartsen van de controlegroep. Het betreft hier dezelfde acht (solo) huisartsen als genoemd in de vorige bijdrage (*Crebolder*). Het bleek mogelijk uit de registratiecijfers van het Provinciaal Centrum ook de cijfers van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord te putten**. Hoewel dit niet de oorspronkelijke opzet was, hebben wij gemeend er goed aan te doen de getallen van dat gezondheidscentrum er (tussen haakjes) bij te zetten. De wijze van interdisciplinaire samenwerking in het Withuis en Hoensbroek vertoont veel gelijkens. Deze extra informatiebron biedt de kans om met grotere waarschijnlijkheid de uitkomsten te duiden als het gevolg van intensieve, geïnstitutionaliseerde samenwerking.

Uit *Evaluatie 1973 Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord* blijkt dat men ernstig twijfelt aan de zin van de door ons gevolgde werkwijze. „Kort en goed, cijfermatige evaluatie van het werk van het maatschappelijk werk in ons team over de afgelopen drie jaar lijkt ons betrekkelijk zinloos”. „Cijfers zeggen immers wel wat over het aantal contacten, ze zeggen totaal niets over tijdsduur, intensiteit en kwaliteit van de contacten”. Wij zijn het met deze uitspraken niet eens. Zolang ons geen betere meetin-

* Dank aan Drs H. Reesink voor zijn commentaar.

** De sociale stratificatie van het Withuis en de controlegroep zijn uitvoerig beschreven (*Crebolder*). Wij beschikken niet over soortgelijke cijfers van het gezondheidscentrum Hoensbroek. Er zijn echter onzes inziens geen redenen om te veronderstellen dat die populatie zo sterk afwijkend is dat daardoor de conclusies van dit artikel zouden kunnen worden ondermijnd.

Tabel 1. Contacten in 1974 – geregistreerd door de maatschappelijk werker – met het algemeen maatschappelijk werk, uitgedrukt in prevalentie* per 10.000 personen en in procenten.

	Withuis		(Hoensbroek)		Controle	
	N = 158		N = 332		N = 212	
	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage
Van diensten van maatschappelijk werk gebruik gemaakt? (berekend voor 20 jaar en ouder)	250	2,5	404	4,0	121	1,2
Verwezen? – door huisarts	158	63	295	73	9	8
– door iemand anders**	47	19	32	8	68	56**
– op eigen initiatief (= „free access”)	45	18	77	19	44	36
Totaal	250	100	404	100	121	100

* Het gaat hier om „periode prevalentie rate”. Dat betekent in ons geval: het aantal personen dat te eniger tijd met het algemeen maatschappelijk werk in contact is geweest gedurende 1974, gedeeld door het gemiddelde aantal personen „at risk” (= 10.000) gedurende die periode (*Sturmans*).

** De groep „iemand anders” in de controlegroep is als volgt samengesteld (in absolute getallen): Sociale zaken 17, geestelikheden 5, scholen 4, dienstencentra bejaarden 6, S.O.S. 1, familie/kennissen 30, wijkverpleging 5, Geestelijke gezondheidszorg 16, bedrijven 1, andere centra 7, gezinszorg 4, raad van kinderbescherming 2, overige verwijzingen 19.

strumenten ten dienste staan zullen wij toch moeten proberen de voorhanden cijfers op kritische wijze te toetsen aan onze ervaringen. Op die manier krijgen cijfers een achtergrond en kunnen ons inzicht verdiepen.

DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

DE MATE VAN GEBRUIK VAN HET MAATSCHAPPELIJK WERK EN DOOR WIE VERWEZEN

De beantwoording van de vragen een en twee is te vinden in tabel 1. Het percentage mensen dat gebruik heeft gemaakt van het maatschappelijk werk is berekend voor hen, die twintig jaar en ouder zijn. Dat maakt vergelijkbaarheid met de enquête-resultaten (zie vorig artikel) mogelijk. Dat die grens van twintig jaar en ouder gewettigd is, wordt ondersteund door het feit dat – volgens de registratie van het Provinciaal Centrum – meer dan 90 procent van de behandelde cliënten twintig jaar of ouder is.

Wij hebben berekend dat 63 procent van de bevolking van Limburg twintig jaar en ouder is (Centraal Bureau voor de Statistiek). De praktijkgrootte van het Withuis werd gesteld op 10.000, die van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord op 13.000 (persoonlijke mededeling) en de controlegroep op 28.000 personen. Uit deze getallen volgen de percentages: 2,3, 4,0 en 1,2.

Tussen de drie onderzochte groepen blijken er aanzienlijke verschillen voor te komen wat betreft de mate van het ge-

bruik dat er gemaakt werd van het maatschappelijk werk. Hoewel de wijze van berekening een enigszins benaderend karakter heeft, is het redelijk te constateren dat er in de beide gezondheidscentra meer gebruik wordt gemaakt van het maatschappelijk werk dan in de controlegroep. Die grotere mate van gebruik wordt veroorzaakt door de verwijzingen van de huisarts. Opvallend is dat het „eigen initiatief” van de cliënten in de beide gezondheidscentra zeker niet minder is dan in de controlegroep. De veronderstelling dat „het maatschappelijk werk functionerend in de onmiddellijke nabijheid van vier of vijf huisartsen een deel van z'n free access schijnt kwijt te raken” (*Evaluatie 1973 Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord*) blijkt dus niet te worden bevestigd.

De verwijzingen door „iemand anders” lopen nogal uiteen. In de controlegroep is deze categorie zowel procentueel als qua prevalentie het hoogste.

MET WELK PROBLEEM BIJ HET MAATSCHAPPELIJK WERK

De derde vraag behelst de „aanmeldings- en behandelingsproblematiek”. Bij de registratie van het maatschappelijk werk wordt er terecht onderscheid gemaakt tussen de aangemelde en behandelde problemen. Als een cliënt zich voegt bij de MW, wordt de primair naar voren gebrachte vraag om hulp als aanmeldingsprobleem geregistreerd. Het getal der aanmeldingspro-

blemen komt dan ook overeen met dat der cliënten.

Gedurende het hulpverleningsproces kunnen nog andere vragen om hulp naar voren komen, of kan blijken dat de primaire vraag om hulp eigenlijk een secundaire was. Het getal der behandelde problemen is dan (qua registratie) een veelvoud van dat der aanmelding.

Wij verwachtten dat de aard van de aangeboden en behandelde problematiek in het gezondheidscentrum anders zou zijn dan in de controlegroep ten gevolge van het accent, dat wordt gelegd op de hulpverlening door de MW bij relationele stoornissen. Zoals tabel 2 laat zien, wordt de aangeboden problematiek in drie categorieën onderverdeeld. Ten eerste: pure relatieproblematiek; ten tweede: een combinatie van een relationeel en een materieel probleem (bijvoorbeeld huwelijksmoeilijkheden en financiële zorgen) en ten derde pure materiële problemen. Door een verschillende wijze van registreren van de aanmelding zijn in Hoensbroek de eerste en tweede categorie samengevoegd.

Uit de percentages zou men de indruk kunnen krijgen dat de hogere consumptie in de gezondheidscentra wordt veroorzaakt door de aanmelding van materiële problemen. De prevalentie laat echter duidelijk zien dat zowel in de categorie met een relationele hulpvraag als in de materiële categorie de twee gezondheidscentra tot een frequenter gebruik van het maatschappelijk werk komen, zij het dat de toeneming van „het materiële” de overhand heeft.

Bij vermelding van de behandelde problemen in tabel 3 vinden wij het volgende: De „combinatie” categorie is nu niet meer nodig. Gedurende de behandeling is duidelijk geworden welke problemen er leven en tot welke categorie zij moeten worden gerekend. In het Withuis werden tweemaal zoveel – relationele en materiële – problemen behandeld als in de controlegroep. In Hoensbroek worden ook tweemaal zo veel problemen behandeld als in de centrale groep met een nog sterker accent op de relationele hulpverlening.

Vraag drie kan dus bevestigend worden beantwoord. Er kan echter meer worden geconcludeerd dan alleen dat antwoord, namelijk dat in beide ge-

Tabel 2. Aanmeldingsproblemen in 1974, uitgedrukt in prevalentie per 10.000 personen en in procenten.

	Withuis		(Hoensbroek)		Controle	
	N = 158		N = 332		N = 212	
	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage
Relationele problemen		6				8
Combinatie van relationeel en materieel	142	57	175	44	86	63
Materiële problemen	108	43	226	56	35	29
Totaal	250	100	404	100	121	100

Tabel 3. Behandelde problemen in 1974, uitgedrukt in prevalentie per 10.000 personen en in procenten.

	Withuis		(Hoensbroek)		Controle	
	N = 388		N = 479		N = 532	
	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage	prevalentie	percentage
Relationele problemen	216	35	269	46	102	34
Materiële problemen	398	65	315	54	199	66
Totaal	614	100	584	100	301	100

zondheidscentra – naast meer relationele – een opvallend groot aantal materiële vragen aan bod komt. Dit is een onverwachte bevinding. Het maatschappelijk werk schijnt een gunstige positie op de „markt” te hebben gevonden en aan een grote behoefte te voldoen.

Om een beeld te krijgen van de „turn over” van aanmelding naar behandeling, vergelijken wij tabel 2 en tabel 3. Wij kunnen vaststellen dat per aangemelde cliënt in het Withuis en de controlegroep 2,5 probleem werd behandeld; in Hoensbroek 1,5. Als wij ons afvragen hoe dat quotiënt van 2,5 respectievelijk 1,5 tot stand is gekomen, vinden wij in Hoensbroek een ongeveer gelijke uitkomst voor materiële en relationele problemen (1,5 en 1,4). In de controlegroep treffen wij grote verschillen aan: in de relationele sfeer een quotiënt van 1,2, in de materiële sfeer een quotiënt van 6. Voor het Withuis zijn de cijfers: 1,5 en 3,7. Dit leidt tot de conclusie dat de „turn over” van aangemelde naar behandelde problemen in de controlegroep bijna geheel wordt veroorzaakt door de materiële categorie; in het Withuis voor een belangrijk deel; in Hoensbroek is de verhouding materieel/relationeel voor aanmelding en behandeling vrijwel gelijk gebleven.

HOE VERLIEP HET HULPVERLENINGSPROCES

Tenslotte vraag vier. Verliep het hulpverleningsproces in het gezondheidscentrum anders dan in de controlegroep? Als wij trachten een antwoord te geven op die vraag vanuit de registratie, komen wij terecht bij wat wordt genoemd: typering van de hulpverlening. In die typering onderscheidt men enerzijds: advies, informatie, bemiddeling en dergelijke, anderzijds procesmatige hulpverlening, ook wel begeleiding genoemd. Met procesmatige hulpverlening wordt bedoeld: „Die vormen van hulpverlening, die worden opgezet als een continu verloop van langere duur, waarbij verandering in personen wordt beoogd en waarbij relatie als drager van het proces wordt gebruikt.” (Ontleend aan de toelichting van het registratie-formulier van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening van de Samenwerkende Samenwerkingsorganen) (sic!).

De nadruk in deze definitie zouden wij willen leggen op: „... verandering in personen ... en ... relatie als drager van het proces ...” Veranderingen aanbrenge in personen lijkt een nogal pretentius streven. Wij zouden die formulering zo willen verstaan: men beoogt de cliënt – mede door zijn eigen inspanning

– zich een zodanig inzicht te doen verwerven in de situatie waarin hij verkeert, dat hij in staat wordt geacht zichzelf te helpen. Procesmatige hulpverlening behoeft derhalve niet alleen betrekking te hebben op relationele problemen. Ook als een cliënt komt met het verzoek hem te helpen bij financiële moeilijkheden of aan een ander huis, kan men procesmatig te werk gaan. Met andere woorden men kan de cliënt er toe brengen vanuit een nieuw verworven inzicht zelf een oplossing te creëren of op zoek te gaan.

De vraag is nu of er in het gezondheidscentrum meer op deze wijze wordt gewerkt dan in de controlegroep. Daar toe beschouwen wij *tabel 4*, waaruit blijkt dat procesmatige hulpverlening in de beide gezondheidscentra in dezelfde mate wordt toegepast en vergeleken met de controlegroep een veel frequenter gevolgde methodiek is. Deze tabel is onzes inziens van grote betekenis.

Het eerste gedeelte van vraag vier kan bevestigend worden beantwoord. De MW voldoet – althans volgens de registratie – aan het gestelde criterium.

AANTAL CONTACTEN PER HULPVERLENINGSproces

De twee andere gegevens betreffende het hulpverleningsproces, waarover wij getalsmatig mededeling willen doen, zijn: het aantal contacten per hulpverleningsproces en de reden van afsluiting van dat proces.

De contacten tijdens het hulpverleningsproces worden onderscheiden naar contacten met en contacten over de cliënt. Het contact met de cliënt varieert naar gelang de wijze van contact, op bureau (30 tot 40 minuten), op huisbezoek (45 à 50 minuten) en telefonisch (± 10 minuten). Dat geldt zowel voor relationele als voor materiële casus; zowel voor het gezondheidscentrum als daarbuiten.

De contacten over de cliënt vinden in het Withuis plaats gedurende de wekelijkse teambesprekingen tijdens welke ieder teamlid cliënten kan inbrengen (*Aagten en Receveur*). Ook wordt soms een afspraak gemaakt met de verwijzer om de casus nog eens te bepraten. Verder zijn er contacten met bijvoorbeeld de werkgever, woningbouwvereniging, gemeente, enzovoort. Ook zij vermeld de werkbegeleiding die de MW krijgt en

Tabel 4. Typering van de hulpverlening van de afgesloten contacten, in procenten.

	Withuis N = 115	(Hoensbroek) N = 264	Controle N = 138
Advies, informatie en dergelijke	53	53	74*
Procesmatige hulpverlening	47	47	26*

* Geëxtrapoleerd uit de regio. Sommige gegevens zijn in de registratie alleen genoteerd voor de gehele regio. De regio van een centrum voor maatschappelijk werk is onderverdeeld in werkgebieden. Venlo (exclusief Blerick) is zulk een werkgebied. Het werkgebied Venlo nam in 1974 33 procent van alle hulpaanvragen van de regio voor zijn rekening en droeg daarmee van de acht werkgebieden het meeste bij aan het totaal. De vergelijking van de regio en het werkgebied Venlo naar de uit de registratie beschikbare variabelen burgerlijke staat, leeftijd en behandelingsproblemen, gaf slechts geringe, niet-significante verschillen te zien. Op grond hiervan menen wij dat het geoorloofd is – bij ontbreken van het gegeven naar werkgebied – het geëxtrapoleerde getal van de regio te presenteren.

*Tabel 5. Aantal contacten per hulpverleningsproces**

	Withuis	(Hoensbroek)	Controle
Aantal contacten met de cliënt	8	6,1	14
Aantal contacten over de cliënt	4,5	5,4	10
Totaal	12,5	11,5	24

Omdat betrouwbare cijfers, wat dit onderdeel betreft, over 1974 niet beschikbaar waren, werden de gegevens uit 1973 gebruikt

waarbij vooral complexe casuïstiek wordt besproken. Hoe frequent en intensief het overleg met de verwijzer plaatsvond is bij geen van de onderzochte groepen uit de ons ter beschikking staande registratie exact na te gaan. De „samenwerking met instanties” (overheid, directe omgeving, lichamelijke- en geestelijke gezondheidszorg en dergelijke) wordt wel geregistreerd, maar dat gegeven zegt alleen maar iets als het wordt gerelateerd aan de verwijzer en de aard van de problematiek. En dat is niet gebeurd.

Uit *tabel 5* valt te lezen dat zowel het aantal contacten met als over de cliënt in de beide gezondheidscentra opvallend geringer is dan in de controlegroep. *Vlamings* vond in zijn onderzoek een gemiddeld aantal contacten per cliënt van 11,5, hetzelfde gemiddelde als Withuis en Hoensbroek.

Welke verklaring of reden zou er kunnen zijn voor de grote divergentie tussen de controlegroep en de anderen? Er werden relatief evenveel (Withuis) of meer (Hoensbroek) relationele problemen behandeld als in de controlegroep (*tabel 3*). Dat kan het geringere aantal contacten in de gezondheidscentra zeker niet verklaren, als wij bij *Vlamings* lezen dat voor de behandeling van cliënten met niet-materiële problemen bijna driemaal zoveel contacten nodig zijn geweest. Ook de procesmatige hulpverlening zal ongetwijfeld meer contacten vergen, zoals advies, informatie, enzovoort. En deze vorm van hulpverlening wordt nu

juist in de gezondheidscentra in hoge frequentie toegepast (*tabel 4*). Dus men zou eerder het omgekeerde kunnen verwachten: meer contacten in de gezondheidscentra en minder in de controlegroep.

Zijn de maatschappelijke werkers van het gezondheidscentrum zulke snelle en wakkere hulpverleners? Nemen zij iets van het tempo over van de huisarts? Dat laatste gebeurt – volgens hun zeggen – wel enigszins. Een tweede verklarende factor is te vinden in de manier waarop de verwijzing tot stand komt. In het Withuis – om ons daartoe nu even te beperken – wordt meer dan 60 procent van de cliënten door de huisarts verwezen. Om een goede omschrijving van de vraag om hulp te bevorderen, is een speciaal daartoe ontworpen verwijsformulier ingevoerd, waarop – naast de personalia – het (de) probleemgebied(en) kunnen worden aangegeven, zonedig aangevuld met een toelichting. De verwijzing is besproken met de cliënt en de hoop bestaat dat hij op deze wijze goed gemotiveerd een relatie met zijn nieuwe hulpverlener zal aangaan. Deze verwijsprocedure kan worden vergeleken met het verwijzen naar klinische specialisten. Naarmate de cliënt beter is voorbereid en de vraagstelling duidelijker is geformuleerd, des te sneller en gericht kan de voortgezette behandeling plaatsvinden. Des te minder contacten zullen nodig zijn om het therapeutische proces af te ronden.

De derde en onzes inziens belangrijkste reden is de fase of het stadium van

de zich ontwikkelende problematiek, waarin wordt verwezen. Men kan zich voorstellen dat het met name bij relationele moeilijkheden een groot verschil zal maken in de vereiste contacten of de cliënt in een vroeg stadium naar de MW wordt verwezen of pas als de situatie geheel uit de hand of vastgelopen is. Ook hier is een parallel te trekken met het verwijzen naar klinische specialisten. De mogelijkheid om snel en in een vroeg stadium te verwijzen naar de MW is in een intensief samenwerkingsverband gemakkelijker te realiseren dan daarbuiten.

DE REDEN VAN AFSLUITING VAN HET HULPVERLENINGSPROCES

In de reden van afsluiting van het hulpverleningsproces zijn wij daarom zo geïnteresseerd omdat er een goede kans bestaat dat de motivatie van de cliënt om het hulpverleningsproces geheel af te ronden in het gezondheidscentrum veel geringer is. In een hoog percentage was immers de huisarts de verwijzer en niet de cliënt zelf.

Het percentage „verbroken door de cliënt” ligt voor het Withuis in dezelfde orde van grootte als in de controlegroep (tabel 6). In Hoensbroek is dit cijfer wat hoger. Hangt dat samen met het hogere percentage behandelde problemen in dat gezondheidscentrum? De overige cijfers van tabel 6 spreken voor zich.

BESCHOUWING

Het hier beschreven onderzoek is een poging om dorre registratiecijfers retrospectief te correleren aan een aantal verwachtingen dat impliciet of expliciet aanwezig is bij het aangaan van een intensief samenwerkingsverband van huisarts en maatschappelijk werk. Men dient zich te realiseren dat slechts één jaar, 1974, is beschreven. Om tot definitieve conclusies te komen zou men gedurende een aantal jaren de waargenomen effecten moeten vervolgen. Dit onderzoek bevestigt in elk geval dat geformaliseerde, intensieve samenwerking van huisarts en maatschappelijk werk leidt tot een grotere stroom van cliënten – zij het via de huisarts – naar dit werk, terwijl het „eigen initiatief” niet minder wordt.

De methodiek van procesmatige hulp-

Tabel 6. Reden van afsluiting van het hulpverleningsproces, in procenten

	Withuis N = 115	(Hoensbroek) N = 264	Controle N = 138
Afgerond proces	65	41	51*
Geen behoefte meer aan hulp	2	13	11*
Verbroken door cliënt	7	17	10*
Verbroken door maatschappelijk werker	–	2	–
Overgedragen (aan geestelijke gezondheidszorg, Sociale Zaken en dergelijken)	26	27	27*
Totaal	100	100	100

* Geëxtrapoleerd uit de totale regio.

verlening komt duidelijk naar voren, ondanks de opvallend grote verwerking van materiële vraagstukken. De weergegeven cijfers bevestigen dat de MW door deelneming aan een eerstelijns samenwerkingsverband, zich kan ontplooiën tot deskundige in de hulpverlening bij relatieproblematiek.

In onze filosofie zou het wenselijk zijn als de positie van de MW te midden van de andere hulpverleners in de eerste lijn een zodanige wordt, dat hij ook door de cliënten als die deskundige wordt gezien. Dat zou er toe leiden dat het „eigen initiatief” („free access”) toeneemt en het percentage verwijzingen door de huisarts afneemt.

Een vraag blijft in hoeverre de MW zich moet blijven bezig houden met de vele materiële vragen. In Ommoord is men overgegaan tot het aanstellen van een sociaal raadsman voor deze materie. Dat lijkt een logische gevolgtrekking; anderzijds is onze ervaring dat het simpele verzoek om materiële bijstand de top van een ijsberg kan zijn en dat voor die ijsberg deskundige relationele hulp noodzakelijk is; een fenomeen dat vergelijkbaar is met de onder een somatische klacht – geuit tegenover de huisarts – schuilgaande psycho-sociale ijsberg.

CONCLUSIES

In het gezondheidscentrum Withuis en in het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord werd in 1974 meer dan tweemaal zoveel gebruik gemaakt van het algemeen maatschappelijk werk als in de controlegroep. Dit extra-gebruik werd veroorzaakt door de verwijzingen van de huisartsen van beide gezondheidscentra naar de MW.

Het „eigen initiatief” van de cliënt, als porte d'entrée voor het maatschappelijk

werk was in de twee gezondheidscentra zeker niet minder dan in de controlegroep. In de beide gezondheidscentra kwam – naast meer relationele – een opvallend groot aantal materiële vragen aan bod. In Hoensbroek was de verhouding materieel/relationeel voor aanmelding en behandeling vrijwel gelijk gebleven. De „turn-over” van aangemelde naar behandelde problemen werd in de controlegroep bijna geheel veroorzaakt door de materiële categorie; in het Withuis voor een belangrijk deel.

„Procesmatige hulpverlening” werd als methodiek in bijna de helft van de behandelde casus van de beide gezondheidscentra toegepast; in de controlegroep bij een kwart van de behandelde cliënten.

Het aantal contacten per hulpverleningsproces was in de twee gezondheidscentra aanzienlijk lager dan in de controlegroep. De verklaring daarvoor wordt gezocht in het verwijzen naar de MW in een vroege fase van de zich ontwikkelende problematiek en in een gerichte vraagstelling van de eventuele verwijzer.

Het frequente verwijzen van de huisarts naar de MW heeft – in elk geval in het Withuis – niet geleid tot een frequenter afbreken van de hulpverleningsrelatie.

Summary. The social worker and his work, viewed in the light of registration. On the basis of the 1974 registration of the Provincial Centre for Social Work in Limburg, the health centre Withuis and the health centre Hoensbroek-Noord are compared with a control group. Differences were found in the use made of general social work, the route which brought the client to the social worker, the problems of notification, and the prob-

lems dealt with. Various aspects of the aiding process were studied, and an explanation of the differences found is offered.

Agten, J. en A. Receveur (1974) *Metamedica*, 53, 126.
Crebolder, H. F. J. M. (1976) huisarts en wetenschap 19, 94.
Evaluatie 1973 Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.

Lamberts, H. en J. M. H. op 't Root (1970) huisarts en wetenschap 13, 450.
Noyons, A. P. en H. J. van Aalderen (1973) Tijdschr. Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk 27, 350.
Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk. Nota's registratiecijfers algemeen maatschappelijk werk, 1975 (Drs H. Reesink).
Sturmans, F. Epidemiologie en medische sta-

tistiek. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.
Vlamings, H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen/Utrecht, 1976.

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELDOCUMENTATIE

75-14. Syncopal attacks as symptom of severe coronary artery disease. Irving, J. B. & A. H. Kitchen. (1975) *Brit. med. J.* 1, 555-556.

Syncopie is bekend als symptoom bij cardiale ziekten in samenhang met verschillende aritmieën (ventrikelfibrilleren, atrioventriculair block en sino-atriaal block), aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie en myocardinfarct. De samenhang met angina pectoris is minder goed bekend.

In dit artikel worden de ziektegeschiedenissen beschreven van twee mannen, 53 en 39 jaar oud, die werden opgenomen nadat zij tijdens betrekkelijk lichte lichamelijke inspanning waren gecollabeerd. Beide mannen gaven aan sedert korte tijd in toenemende mate angine d'effort te hebben. Bij opname waren zij klachtenvrij. Het electrocardiogram liet bij beiden een sinusritme zien. Het was bij de oudste patiënt geheel normaal; bij de jongste werden tekenen van een oud antero-septaal infarct gezien, maar verder vertoonde het electrocardiogram geen afwijkingen. De bloeddruk was bij beide patiënten laag (90/70 respectievelijk 95/65 mmHg) met een lage polsdruk, te associëren met lage cardiale „output”, zoals na myocardinfarct vaak wordt gezien („pump failure”). Algemeen lichamenlijk onderzoek en röntgenologisch thorax-onderzoek vertoonden geen afwijkingen, alleen had de oudste patiënt xantheleas-mata op de oogleden en hij gebruikte atromidine nadat zes maanden tevoren bij een routine bloedonderzoek een verhoogd cholesterolgehalte was gevonden. Bij de jongste patiënt werd in het nuchtere bloed eveneens een verhoogd cholesterol- en triglyceridengehalte gevonden.

Bij beide patiënten werden bij coronairarteriografie proximaal in de hoofdtakken stenosen geconstateerd in de linker arteria coronaria descendens anterior en linker arteria circumflexa respectievelijk in de linker arteria coronaria descendens. Bij de oudste patiënt trad in aansluiting op de arteriografie toenemende precordiale pijn, hypotensie en bradycardie op. Op het electrocardiogram werden S-T segmentstijgingen gezien in II, III en AVF met reciproke S-T segmentdalingen in de precordiale afleidingen, zoals gezien bij Prinzmetal's angina pectoris-variant (hierbij treden de angineuze aanvallen meestal niet bij inspanning op maar in rust).

Tijdens de aanval worden S-T stijgingen gezien in het gebied van een belangrijke coronairarterie met reciproke S-T dalingen in de tegenover liggende afleidingen. Normaal en bij inspanning, bijvoorbeeld op de ergometer, worden geen electrocardiografische afwijkingen geconstateerd. Steeds meer wordt gedacht aan een spasme van de betreffende coronairarterie als oorzaak, maar dit is moeilijk aan te tonen, laat staan te bewijzen. Patiënten kunnen erdoor worden geïnvalideerd en sterfgevallen zijn beschreven. De gebruikelijke resuscitatiemaatregelen faalden. Bij autopsie werden de arteriografische bevindingen bevestigd. Microscopisch onderzoek bracht geen duidelijke infarctering aan het licht, maar wel uitgebreide lokale anoxemische veranderingen.

Bij de jongste patiënt werd spoedig overgegaan tot aortocoronaire vaatimplantaties door middel van de vena saphena. Zijn toestand was zes maanden later goed. De syncopes worden waarschijnlijk veroorzaakt door aritmieën, mogelijk ernstige bradycardie, welke ook dikwijls tijdens coronairarteriografie worden gezien. Ook is hartdecompensatie mogelijk als gevolg van het niet kunnen voldoen aan de toegenomen vraag naar myocarddoorbloeding door de afname van het kaliber der coronairvaten.

Het veelvuldig voorkomen van plotselinge dood bij patiënten met ernstige coronair-sclerose, waarbij veelal geen coronairocclusie of verse coronairtrombi worden gevonden, is mogelijk in vele gevallen aan hetzelfde mechanisme te wijten als dat wat verantwoordelijk is voor de syncopie-aanvallen, menen de auteurs. Het optreden van syncopie-aanvallen in samenhang met angina pectoris is verdacht voor ernstige atheromateuze afwijkingen, vooral in de linker arteria coronaria. Het betekent een levensbedreigende situatie voor de patiënt, welke, zo menen de auteurs, mogelijk door een aortocoronaire „bypass” kan worden afgewend.

C. H. Bowles

75-1R. Zijn ademhalingsoefeningen tijdens de partus nuttig?*

De systematische voorbereiding op de bevalling, zowel in geestelijk als lichamenlijk opzicht, wordt vaak eenvoudig aangeduid met

zwangerengymnastiek. In de meest uitgebreide vorm omvat deze vier punten:

1. Een theoretisch, inzichtgevend gedeelte, waarbij voorlichting wordt gegeven over de vorm van het baringskanaal, de spieren die bij de bevalling een rol spelen, de gang van zaken tijdens de partus, eventueel aangevuld met een film over een normaal verlopende bevalling. Het doel is inzicht geven en angst voor het onbekende wegnemen.

2. Een praktisch gedeelte waarin de vrouw leert de bij het baringsproces betrokken spieren te oefenen waarbij spanning en ontspanning een grote rol spelen. Het doel is de vrouw te motiveren, de grootst mogelijke hulp tijdens de partus te verlenen door spierontspanning tijdens de weeën, selectieve aanspanning tijdens de uitdrijving.

3. Autogene training volgens Schultze. Door zelfconcentratie wordt een iets vernauwd bewustzijn bereikt met een grote mate van ontspanning. Het doel is de mogelijkheden zich te ontspannen, te bevorderen.

4. Ademhalingsoefeningen, waarbij op een speciale manier wordt gezocht en de adem-snelheid aan de sterkte van de wee wordt gekoppeld.

Beperken wij ons tot dit laatste punt, de ademhalingsoefeningen. De bedoeling van de koppeling weenen-zuchten is de vrouw te conditioneren op een buiten de buik gelegen handeling, die haar aandacht van de pijn afleidt, de vicieuze cirkel angst-spanning-pijn-meer angst enzovoort wordt doorbroken. Er zijn natuurlijk andere afleidingsmanoeuvres tijdens een wee te bedenken. Belangrijk bij elke methode is in hoeverre er naast het beoogde positieve effect onaangename of schadelijke bijverschijnselen zijn.

De keuze van het zuchten voor deze afleidingsmanoeuvre is een weinig gelukkige. Het is velen uit verloskundige ervaringen gebleken, dat verscheidene vrouwen op momenten waarop zij onvoldoende of ondeskundige steun van hun omgeving (echtgenoot, verpleegkundige, verloskundige) verkrijgen dieper zuchten tijdens een wee dan eigenlijk de

Tijdens de Referatendag 1975 van het N.H.G. op 31 mei 1975 te Utrecht gehouden referaat.