

zorg Psychosociale hulp
zorg, hulpverlening, Regelgeving

5420
NIVEL 1701

psychosociale problemen in de eerstelijnszorg


NHI-bijdrage aan de nieuwe nota
Geestelijke Volksgezondheid

Deel I

J.M. Bensing
E.M. Sluijs

augustus 1984

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 312 500 AA Utrecht
Telefoon: 030 319946

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het instituut verricht wetenschappelijk onderzoek en houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en - in toenemende mate - andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.

INHOUD

	pag.
VOORWOORD	4
1. INLEIDING	6
2. HOE DUIDELIJK IS DE HULPVRAAG?	10
3. ENKELE GLOBALE CIJFERS OVER DE PSYCHOSOCIALE HULPVRAAG	14
4. DE HUISARTS	21
5. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK	28
6. WIJKVERPLEGING	32
7. DE GEZINSVERZORGING	35
8. FYSIOTHERAPIE	39
NABESCHOUWING EN DISCUSSIE	44
LITERATUUR	49
NOTEN	53

VOORWOORD

Ruim een jaar geleden kreeg de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut een verzoek van de hoofdafdeling Geestelijke Volksgezondheid van het Ministerie van WVC om een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, die medio '84 zou verschijnen.

De bijdrage zou bestaan uit een tweetal notities die informatie zouden moeten verschaffen over:

- de psychische, sociale en psychiatrische problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg/maatschappelijke dienstverlening en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.

Het verzoek was de informatie zoveel mogelijk met cijfers te onderbouwen. Het departement zou deze informatie betrekken bij het opstellen van bovengenoemde Nota.

Dit verzoek heeft geleid tot het ontstaan van twee notities onder de naam 'NHI-bijdragen aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Deel I en Deel II. Om deze informatie ook voor een breder publiek toegankelijk te maken, heeft het NHI besloten de notities in brochurevorm uit te geven. Omdat beide onderdelen wel bij elkaar horen, maar geen eenheid vormen in de zin dat Deel II een vervolg is op Deel I, zijn de brochures afzonderlijk verkrijgbaar onder de respectievelijke titels:

- Psychosociale Problemen in de Eerstelijnszorg door Mw. J.M. Bensing (Deel I).

- Relatie Eerstelijnszorg - Geestelijke Gezondheidszorg door L. Peters (Deel II).

De tekst is de ongewijzigde versie zoals die aan de hoofdafdeling Geestelijke Volksgezondheid is aangeboden.

Utrecht, september 1984.

Nederlands Huisartsen Instituut,
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

1. INLEIDING

Tot een jaar of tien geleden was de structuur en organisatie van de gezondheidszorg vooral de resultante van het vrije spel van maatschappelijke krachten. De omvang en aard van de voorzieningen werd vooral bepaald door de uitstroom van (adspirant) hulpverleners uit de diverse opleidingen, de professionalisering en onderhandelingsbekwaamheid van de diverse in de gezondheidszorg werkzame disciplines en de daadkracht van het - veelal plaatselijke - particuliere initiatief.

Het doel van de in 1974 verschenen Structuurnota was de gezondheidszorg, die inmiddels het uiterlijk van een bonte lappendeken had gekregen, beter stuurbaar en beheersbaar te maken. Aansluitend bij de meest in het oog springende problematiek was de aanpak in eerste instantie erg voorzieningen-gericht: 'eche-lonnering' en 'regionalisering' waren de belangrijkste ordeningsprincipes. Nu deze strategie zijn vruchten begint af te werpen (de 'eerste lijn' is inmiddels meer dan een begrip, de RIAGG's zijn een feit), ontstaat ruimte voor een nieuwe dimensie in de planningssystematiek: meer dan een aantal jaren geleden bestaat nu de wens om het hulpaanbod ('de voorzieningen') planmatig te laten aansluiten op de hulpbehoefte onder de bevolking.

Zoals zo vaak gebeurt, wordt deze tendens beïnvloed door meerdere factoren tegelijkertijd die een heel verschillende oorsprong hebben. We noemen (zonder volledig te zijn):

- de democratisering, waardoor patiënten mondiger zijn geworden, en zowel direct (bij hun hulpverlener) als indirect (via patiëntenbewegingen) hun

- eisen aan de gezondheidszorg stellen;
- het groeiend besef dat hulpvraag en hulpaanbod op een uiterst complexe wijze met elkaar samenhangen en over en weer op elkaar ingrijpen;
- de huidige economische situatie die dwingt tot prioriteitenstelling in de gezondheidszorg, waarbij het - meer dan voorheen - van belang is een poging te doen vast te stellen aan welke hulp werkelijk behoefte is;
- het beleid van het Ministerie van WVC dat als centrale doelstelling heeft: bevordering van de zelfstandigheid van de consument/patiënt (volgens de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen'), waarmee de grens tussen professionele zorg/mantelzorg, tussen het al dan niet expliciteren dan wel toelaten van een hulpvraag, tot een expliciet beleidsterrein wordt, waarop maatregelen denkbaar zijn, maar vooral nog heel wat studie en onderzoek noodzakelijk is.

Zie hier een aantal uiteenlopende redenen om - meer dan voorheen - aandacht te schenken aan het vraagstuk van de hulpvraag.

In dit licht heeft het NHI - op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur - onderhavige notitie geschreven over de psychische, sociale en - voor zover bekend - psychiatrische problematiek in de eerstelijns zorg. De notitie is geschreven ter onderbouwing van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, uit te brengen door het Ministerie van WVC. Het onderwerp is van belang voor de planning van de geestelijke gezondheidszorg, omdat in de eerstelijnszorg de hulpbehoefte van de

bevolking vertaald wordt in termen van de professionele hulpverlening. Nu met de nieuwe wetgeving de AGGZ tot een tweedelijnsvoorziening is geworden, heeft bovendien de eerstelijnszorg (en met name de huisarts) de expliciete sluiswachtersfunctie naar de GGZ gekregen, die in de somatische gezondheidszorg al veel langer bestaat.

Deze notitie bevat feiten en cijfers over de psychosociale hulpvraag in de eerstelijnszorg. We gebruiken de term 'psychosociale hulpvraag' voor het gehele brede terrein van hulpvragen op het gebied van het geestelijk en maatschappelijk functioneren die professionele hulpverleners in de eerste lijn ter ore komt en waar eventueel een professioneel antwoord op gegeven moet worden. Gezien de aard van de eerstelijnsgezondheidszorg (met name de zeef-functie die zij vervult ten aanzien van de tweede lijn) is deze hulpvraag in de eerste lijn diffuus en op het eerste oog soms triviaal. Het betreft dus niet alleen problemen die in de geestelijke gezondheidszorg thuishoren omdat een dergelijke benoeming en schifting nog niet heeft plaatsgevonden op het moment dat patiënten/cliënten zich tot eerstelijns-hulpverleners wenden. Bij deze omschrijving moet ook rekening gehouden worden met het feit dat psychosociale problemen niet bij elke hulpverlener dezelfde betekenis hebben. Bij de huisarts zijn het vooral problemen waar geen medisch-technische oplossing voor gevraagd wordt; bij de wijkverpleegkundige betreffen het problemen waar geen verpleegtechnische oplossing voor gevraagd wordt, etc. Bij het maatschappelijk werk noemen we het gehele probleem

psychosociaal van karakter.^{1*}

We gaan daar in het hoofdstuk over het maatschappelijk werk verder op in.

We richten ons in eerste instantie op de vier kern-disciplines van de eerstelijnszorg: de huisarts-geneeskunde, maatschappelijk werk, wijkverpleging en gezinszorg. Daarnaast wordt enige aandacht besteed aan de fysiotherapie, een van de snelst groeiende beroepsgroepen in de eerste lijn, waarvan de indruk bestaat dat deze vaak geconfronteerd wordt met lichamelijke klachten, waarvoor ook een psychosociale achtergrond bestaat.

Behalve feiten en cijfers bevat de notitie ook een aantal relativeringen en kanttekeningen. Deze komen enerzijds voort uit het feit dat het begrip 'hulpvraag' of 'hulpbehoefte' een complex begrip is, dat op meerdere niveau's kan worden ingevuld (vergelijk hoofdstuk 11). Anderzijds ook omdat slechts een beperkt cijfermatig overzicht van bedoelde problematiek kan worden gegeven. Gegevens over de (psychosociale) hulpvraag in de eerstelijnszorg zijn vaak fragmentarisch en nauwelijks te generaliseren, de gegevens over verschillende disciplines zijn moeilijk onderling vergelijkbaar en van sommige disciplines zijn zelfs nauwelijks cijfers over deze kwestie voorhanden (bijvoorbeeld over de wijkverpleging). Door de beperkte reikwijdte van onze opdracht was het niet goed mogelijk zelf materiaal te verzamelen. Er is alleen gebruik gemaakt van bestaand materiaal. De cijfers moeten daarom met enige voorzichtigheid worden gehanteerd.

*voor de noten zie achterin.

2. HOE DUIDELIJK IS DE HULPVRAAG?

In 1934 werd door de American Child Association een onderzoek gedaan naar de oordelen van artsen over de raadzaamheid van tonsillectomie bij 1.000 schoolkinderen. Bij 611 van die 1.000 kinderen waren de amandelen reeds verwijderd. De overblijvende 389 werden daarop door andere artsen onderzocht en er werden 174 geselecteerd voor het knippen van hun amandelen. Er bleven dus 215 kinderen over bij wie de amandelen blijkbaar normaal waren. Een andere groep artsen werd aan het werk gezet om deze 215 te onderzoeken en van 99 hiervan werd vastgesteld dat zij een tonsillectomie nodig hadden. Vervolgens werd nog een andere groep dokters aan een onderzoek van de overblijvende kinderen gezet en voor bijna de helft van hen werd operatie aanbevolen.²

Deze anekdote leert ons duidelijk, dat, hoe objectief een gezondheidsprobleem ogenschijnlijk ook is vast te stellen, de hulpverlener blijkbaar toch altijd een grote mate van vrijheid overhoudt om te beslissen of de hulpebehoefte al dan niet vervuld moet worden. En als dat al zo sterk speelt bij dit type eenvoudige somatische problemen, hoe sterk moet het dan wel niet gelden voor het vage terrein van de psychische of psychosociale problematiek? (vergelijk onder andere Bensing, 1979 'De psycholoog in de eerste lijn: modderbad of aderlating?'). Er zijn grote verschillen aangetoond tussen huisartsen in de mate waarin zij psychische of psychosociale problematiek onderkennen en als zodanig benoemd. Sommige huisartsen noemen niet meer dan ongeveer 10% van het klachtenaanbod psychisch/psycho-

sociaal terwijl anderen aan 80% van de klachten psychosociale aspecten onderscheiden. De verschillen zijn niet terug te voeren op verschillen in de patiëntenpopulaties, de gehanteerde definities of de gekozen onderzoeksopzet (Verhaak, 1981). Er bestaat een duidelijke artsgebonden variantie in het herkennen en benoemen van psychosociale problematiek.

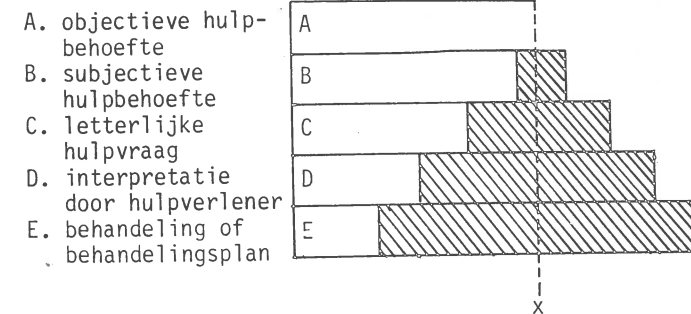
Maar niet alleen dat. Een van de grootste raadsels in de gezondheidszorg is altijd dat sommige mensen objectief gesproken duidelijke gezondheidsproblemen hebben, terwijl zij nooit een hulpverlener bezoeken, terwijl andere mensen populair gezegd, de deur plat lopen (en ook zichtbaar lijden), terwijl daar geen aanwijsbare oorzaak voor is. Ook patiënten vertonen grote verschillen in de mate waarin zij gezondheidsproblemen bij zichzelf herkennen en (eenmaal herkend) al dan niet vertalen in een hulpvraag. En ook dit geldt voor de geestelijke gezondheidszorg waarschijnlijk nog in belangrijker mate dan in de somatische gezondheidszorg.

Algemeen wordt hieruit dan ook de conclusie getrokken dat een objectieve bepaling van de behoefte aan professionele zorg niet mogelijk is ('het is niet mogelijk de behoefte aan gezondheidszorg objectief vast te stellen. Als gevolg hiervan is het ook niet mogelijk om een systeem van gezondheidszorg te realiseren dat volledig is afgestemd op objectief vastgestelde behoeften' - Schets Eerstelijnsgezondheidszorg, 1980).

Schema 1 laat zien hoe er op vier momenten in het proces van objectieve hulpbehoefte tot behandelingsplan overschatting en onderschatting van de hulpbe-

hoeft kan optreden.

Schema 1: Niveau's waarop de behoefte aan professionele zorg onderschat en overschat kan worden.³



Toelichting:

A-B:

Van objectieve hulpbehoefte naar letterlijke hulpvraag: patiënten kunnen een objectieve hulpbehoefte negeren (verdringen), dan wel overdrijven.

B-C:

Van subjectieve hulpbehoefte naar letterlijke hulpvraag: patiënten zullen proberen hun subjectieve hulpbehoefte in de vorm van het beschikbare hulp-aanbod te gieten; ze presenteren bij voorkeur alleen die problemen die volgens hen bij deze hulpverleners thuishoren en zo mogelijk ook nog in de gepaste terminologie. Hierdoor kan het zijn dat zij delen van hun hulpbehoefte verzwijgen en/of om hulp vragen (de alibiklacht) waar zij eigenlijk geen behoefte aan hebben. Sommige patiënten zullen er beter in slagen hun problemen in termen van de hulpverlener te verwoorden dan anderen (protoprofessionalisering).

C-D:

Van letterlijke hulpvraag naar interpretatie door de hulpverlener: de hulpverlener op zijn beurt 'hoort' vooral die elementen die in zijn eigen referentiekader passen. Ook in deze fase van het 'vertaalproces' kunnen door de specifieke interpretatie van de hulpverlener, zowel toevoegingen als weglatingen plaatsvinden.

D-E:

Van interpretatie door de hulpverlener naar behandeling(s)plan: tot slot zal de hulpverlener zijn behandeling (hulpaanbod) vooral richten op die aspecten die hij behandelbaar c.q. veranderbaar acht.

Stapsgewijze wordt de (theoretische) objectieve hulpbehoefte vertaald in een uiteindelijk hulpaanbod. De meest ideale situatie waarbij de behandeling (het hulpaanbod) perfect aansluit op de hulpbehoefte wordt voorgesteld door de lijn 'x'. (uiteraard gaat het hier om een ideaaltypische presentatie).

In iedere fase vindt een aantal interpretaties plaats die de hulpbehoefte kunnen verkleinen dan wel vergroten (of vervormen). En het aantal vrijheidsgraden om de hulpbehoefte al dan niet (en in welke mate en in welke vorm) te vertalen in een hulpaanbod wordt bij elke stap groter (het gearceerde gebied geeft de marges van de beslissingsruimte aan). Geen wonder dat bij onderzoek in de huisartspraktijk een zo grote interdoktervariantie wordt gevonden bij het onderkennen en behandelen van psychosociale problematiek.⁴

Dit schema relativeert ook de betekenis van cijfers over de psychosociale problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg. De beschikbare cijfers zijn gewoonlijk afkomstig van de niveau's C en D; een enkele keer zelfs van niveau E. Dit betekent dat in deze cijfers in ieder geval al een zekere ruis zit ten opzichte van de objectieve hulpbehoefte (health needs), die - naast de gebrekkige kwaliteit van sommige gegevens - maakt dat de cijfers met voorzichtigheid gehanteerd moeten worden.

Het betekent ook - we komen daar in de discussie op terug - dat juist dit interpretatieproces zelf, het zeefproces waarbij klachten gewogen en eventueel te licht bevinden (→ terug naar zelfzorg en mantelzorg) of te zwaar geoordeeld (→ door naar de (A)GGZ) worden een belangrijk proces is dat nadere studie verdient.

Studie die inzicht moet geven in het verloop van dit proces op een dusdanige wijze dat concrete interventies of beleidsmaatregelen om dit proces op rationele wijze te kunnen sturen, mogelijk worden.

3. ENKELE GLOBALE CIJFERS OVER DE PSYCHOSOCIALE HULPVRAAG

Voorgaande relativeringen weerhouden ons niet van de presentatie van enkele cijfers over de psychosociale hulpvraag in de eerstelijnszorg. Hoe dan ook kunnen deze immers een zinvolle aanzet geven tot de verdere ontwikkeling, zowel van het beleidsproces als de kennisverwerving op dit gebied. Het laatste woord hoeft op dit moment nog niet gezegd te worden. We zullen beginnen met de presentatie van enige algemene kerngetallen voor de disciplines huisartsge-

neeskunde, maatschappelijk werk, wijkverpleegkunde, gezinsverzorging en fysiotherapie. In de volgende hoofdstukken zullen deze disciplines achtereenvolgens uitgebreider worden besproken.

Zoals we in tabel 1 (zie de volgende bladzijde) kunnen zien worden alle disciplines in de eerstelijnszorg (voorzover daarover cijfers bekend zijn) geconfronteerd met expliciete hulpvragen op psychosociaal gebied. De mate waarin varieert per discipline. Wanneer we het maatschappelijk werk even buiten beschouwing laten vanwege hun speciale positie in dit geheel (zie ook noot 2 bij tabel 1) lopen de percentages van 4% bij de fysiotherapie tot 19% van de huisartscontacten. Veel groter dan het aantal directe psychosociale hulpvragen, is het percentage hulpvragen waarin psychosociale aspecten verweven zijn of verhuld worden gepresenteerd. In deze categorie valt onder andere de psychosomatiek, maar ook - zoals bijvoorbeeld bij de gezinszorg- de casus waarin de directe aanmeldingsproblematiek zuiver somatisch is (bijvoorbeeld een zwaar zieke of gehandicapte vrouw) maar waar bij binnenkomst in het gezin allerlei andere (soms zelfs psychiatrische) problematiek aanwezig blijkt te zijn. Samenvattend kunnen we stellen dat bij alle disciplines in de eerstelijnszorg meer dan de helft van de hulpvragen direct of indirect een psychosociaal karakter blijkt te hebben. De mate waarin deze hulpvraag ook direct of meer verhuld als psychosociaal gepresenteerd wordt verschilt nogal per discipline. Dit vindt waarschijnlijk een verklaring in de rolverwachting die men van de betreffende discipline heeft.

Tabel 1: Psychosociale problematiek in de eerste lijn uitgedrukt in een proportie van de totale hulpvraag per discipline

discipline	op zichzelf staande geëxpliciteerde psychosociale hulpvraag	verweven en/of verhulde psychosociale problematiek
1. huisarts ¹	19%	43%
2. maatschappelijk werk ²	100%	
3. wijkverpleging ³	?	3 tot 63%
4. gezinszorg ⁴	12%	46%
5. fysiotherapie ⁵	4%	±50%

1.

Bron: Nederlands Huisartsen Instituut: Bensing (in voorbereiding). In een steekproef video-consulten werd in 19% van de consulten expliciete psychische of sociale problematiek door de patiënt ter sprake gebracht (beoordeeld door twee onafhankelijke observatoren op grond van de letterlijke woorden van de patiënt). In 43% van de consulten werd geen psychosociale problematiek geuit maar was de arts desondanks van mening dat psychosociale aspecten een meer of minder belangrijke rol speelden (zie verder de tabellen 3 tot en met 5). In het Basisproject Registratie in de Eerste Lijn, Maastricht R.L. (1983) vond men ±10% expliciete psychosociale problematiek in 10.214 consulten. In het project 'Interdoktervariantie' (Verhaak, NHI) registreren de artsen in 14% van de 1739 consulten expliciete psychosociale problematiek.

Wanneer we deze drie onderzoeken vergelijken registreren observatoren wat meer psychosociale problemen (19%) dan de behandelend arts zelf (respektievelijk ±10% en 14%).

2.

Bij het Algemeen Maatschappelijk Werk is het probleemaanbod volgens de door ons gehanteerde definitie 100% psychisch of sociaal, c.q. maatschappelijk van karakter. Indien men (zoals in deel II van de NHI bijdrage) een tweedeling hanteert komt men tot 46% voornamelijk psychosociale problemen en 54% voornamelijk niet-psychosociale problemen (zie verder tabel 7).

3.

Er zijn geen recente registratiegegevens over wijkverpleging beschikbaar. In de ITS onderzoeken uit 1973 (Scheffer, Knapen en Hutjes) en 1975 (Knapen, Scheffer en Hutjes) zien we dat in 3 tot 63% van de verpleeggevallen psychosociale aspecten aan de ziekte verbonden zijn (zie verder tabel 8).

4.

Bron: CBS-uitgave 'Sociaal-cultureel kwartaalbericht 1982'. De reden voor het inschakelen van gezinszorg is bij 12% van de cliënten (N = 9202) expliciete psychische problematiek (zie verder tabel 9).

5.

Bron: Kerkhof (1982) vond 1,7% verwijzingen naar de fysiotherapeut waarin psychosociale problematiek de reden van de verwijzing was. Crebolder, 1983 vermeldt dat fysiotherapeuten zelf 7% van de klachten die zij behandelen als puur psychosociaal beoordelen (zie verder de tabellen 11 en 12).

NB:

De percentages in de eerste kolom zijn gebaseerd op observatie- en registratiegegevens; de percentages in de tweede kolom betreffen het oordeel van de hulpverlener over de samenstelling van de problematiek.

Wat betekenen deze cijfers nu wanneer we een beeld willen hebben van wat er per jaar 'omgaat' in de eerste lijn? In tabel 2 (zie de volgende bladzijde) hebben we een extrapolatie gemaakt op basis van aantallen beroepsbeoefenaren en gemiddeld aantal contacten, respectievelijk patiënten per jaar. De resultaten geven te denken. In Nederland vinden naar schatting gemiddeld 9,5 miljoen contacten plaats tussen huisarts en patiënt waarin expliciet een psychosociale hulpvraag aan de orde is. Daarnaast is in 21.5 miljoen contacten volgens huisartsen sprake van verhuld psychosociale problematiek of problematiek waarin psychosociale aspecten een rol spelen. ± 200.000 'hulpverleningseenheden' komen per jaar bij het maatschappelijk werk met psychosociale hulpvragen; ± 350.000 hulpverleningsepisoden bij de fysiotherapie hebben (meestal een verhulde) psychosociale achtergrond; en ook de wijkverpleging (tussen de 12.000 en 252.000) en de gezinszorg (jaarlijks

Tabel 2: Kerngetallen per discipline (Linker gedeelte van de tabel) en de omvang van de psychosociale problematiek per discipline per jaar (rechter gedeelte van de tabel).

aantal beroepsbeoefenaren in de eerste lijn	aantal contacten/patiënten per jaar	aantal contacten/patiënten met geëxpliciteerde psychosociale hulpvraag	aantal contacten/patiënten met verholde/verweven psychosociale problematiek
± 5.6000 huisartsen	± 50.000.000 contacten (afkomstig van ± 77% van de bevolking)	9.500.000 contacten	21.500.000 contacten
± 2.100 maatschappelijk werkers	± 200.000 hulpverleners-eenheden	200.000 hulpverleners-eenheden	---
± 5.700 wijkverpleegkundigen	± 400.000 cliënten	?	12.000 tot 252.000 cliënten
99.316 gezondheidszorgers	215.000 cliënten	25.800 cliënten	98.900 cliënten
± 6.600 fysiotherapeuten	660.000 patiënten	26.400 patiënten	330.000 patiënten

1.
De gezondheidsenquête 1981 en 1982 vermelden 13.5 respectievelijk 13.1 contacten per 100 personen per 14 dagen. Geëxtrapoleerd naar de bevolking in 1981 respectievelijk 1982 komt tot 50 miljoen respectievelijk 48.7 miljoen contacten per jaar. Wanneer we contactfrequenties uit NHI-onderzoek (Bensing e.a. 1979) van huisartsen extrapoleren komen we op \pm 55 miljoen contacten.

2.
De Joint vermeldt over 1980 183.000 hulpverleningseenheden, twee jaar daarvoor is dat steeds met 10% gegroeid. Dus het aantal hulpverleningseenheden in 1982 schatten we op 200.000 à 220.000.

3.
2.25% (Verhoeff 1979; het cijfer is berekend op basis van gegevens uit 1968, 1972 en 1975) à 2.7% (Centrale Raad van de Volksgezondheid 1978; het cijfer slaat op 1974) van de bevolking tussen 1968 en 1974 deed een beroep op de wijkgezondheidszorg exclusief prenatale zorg, zuigelingen en kleuterzorg. Het aantal verpleegkundigen is ontleend aan het Vademecum Gezondheidsstatistiek 1983 en slaat op het aantal verpleegkundigen in algemene dienst, districtsverpleegkundigen, hoofdwijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen in de wijk en ziekenverzorgenden. Het betreft full-time arbeidsplaatsen.

4.
Omnibusenquête gezinsverzorging NIMAWO en Nota Eerstelijnszorg (1983). De 99.316 beroepsbeoefenaren zijn personeelsleden (waarvan veel part-time en dus geen formatieplaatsen).

5.
7% van de bevolking (\pm 1 miljoen personen) heeft in 1981-1982 een fysiotherapeut geraadpleegd (Gezondheidsenquête '82). Ongeveer 66% van de fysiotherapeuten is werkzaam in de extramurale gezondheidszorg (Nota Eerstelijnszorg 1983). Er van uitgaande dat deze een evenredig deel van het totale cliëntenbestand onder ogen krijgen, zou dit \pm 660.000 cliënten per jaar betreffen.

26.000 psychosociale hulpvragen direct bij aanmelding; en circa 99.000 hulpvragen waarin psychosociale problemen verweven zijn) ontmoeten jaarlijks veel patiënten met impliciete of expliciete hulpvragen op psychosociaal terrein.

Gigantische aantallen die vooral veroorzaakt worden door de relatief hoge case load van de meeste eerstelijnsdisciplines.

De tabellen 1 en 2 leren ons twee belangrijke zaken

1. de eerste lijn wordt veelvuldig geconfronteerd met psychosociale hulpvragen
2. deze hulpvragen worden (behalve bij de maatschappelijk werker die een expliciete functie heeft op dit terrein) veelal in bedekte termen gepresenteerd en soms zelfs door de patiënt/cliënt zelf in eerste instantie niet als zodanig erkend. Dit legt een zware druk op de bekwaamheid van de hulpverleners in de eerste lijn om psychosociale problematiek te onderkennen en op zijn juiste waarde te schatten.

Wanneer we ons het schema op pagina 12 in herinnering halen, moeten de hulpverleners in de eerste lijn niet alleen de letterlijke hulpvraag op de juiste wijze interpreteren en daarvoor het juiste behandelingsplan kiezen, maar hebben zij ook een taak bij de vertaalslag van letterlijke hulpvraag naar subjectieve en objectieve hulpbehoefte (C → B → A). Bij elk van deze stappen kunnen vervormingen optreden zowel in de richting van een 'te veel' als in de richting van een 'te weinig'. Het kennisverzamelen over en trainen in dat discriminerend vermogen is daarmee waarschijnlijk één van de grootste beleidsprioriteiten op het gebied van de psychosociale hulpverlening in de eerstelijnszorg.

4. DE HUISARTS

Wanneer we de expliciete psychosociale problematiek die aan de huisarts gepresenteerd wordt nader willen onderzoeken dan is een belangrijke volgende vraag: 'wat zijn dat voor hulpvragen en hoe ernstig zijn ze?'

Tabel 3 (zie de volgende bladzijde) geeft hier enig inzicht in. Het gros van de hulpvragen betreft gevoelens van angst, spanning, nervositeit, onrust, irritatie, stress, etc. (21%), alsmede verzoeken om medicatie in verband met psychische problemen (20%). Daarnaast wordt vaak over allerlei soorten relatieproblemen gesproken. Opvallend is voorts dat 8% van de psychosociale hulpvragen problemen betreft rond depressieve gevoelens, suïcide gedachten etcetera; deze problematiek wordt (door een onafhankelijk panel van huisartsen) in zijn algemeenheid als 'ernstig' beschouwd (punt 4 op een 5-puntschaal).

Wanneer we de ernstscore verder bekijken zien we dat ongeveer 29% van de psychosociale problemen als 'niet ernstig' wordt beschouwd; 28% krijgt een neutrale ernstscore en 12% wordt als 'ernstig' beschouwd (31% onbekend).

De gemiddelde ernstscore van psychosociale hulpvragen ligt hoger dan van de somatische hulpvragen ($\bar{x}_p = 2,7$ $\bar{x}_p = 2,1$). De gedachte dat het in de eerste lijn vooral om triviale problematiek zou gaan wordt daarmee ondergraven. Overigens stellen de behandelende artsen zelf slechts in 1% van alle psychosociale problematiek een klassieke psychiatrische *diagnose* (in tabel 3 ondergebracht in de categorie 'overige psychische problemen en diagnose'). Het voert te ver om in deze notitie alle mogelijke ver-

Tabel 3: Geëxpliciteerde psychosociale hulpvraag bij de huisarts, waarbij opgenomen een indicatie van de ernst

omschrijving van het probleem	% van het ¹ totaal	mate van ² ernst
gevoel van angst, nervositeit, onrust, irritatie, stress etc	21%	++
relatieproblemen met partner/ouder en kind/scheiding etc.	13%	+++
depressief gevoel, suïcide gedachten/poging	8%	++++
slaapstoornissen	7%	++
problemen in verband met werk of financiën	6%	+++
problemen betreffende (verzorging van) zieke/gehandicapte	4%	+++
hallucinaties, wanen, psychosen, etc	3%	++++
problemen betreffende het psychisch functioneren	2%	+++
problemen met voeding, alcohol drugs	1%	+++
sexuele problemen	1%	+++
geheugenstoornis	1%	+++
sociale isolatie	1%	++++
problemen in verband met huisvesting/verhuizing	1%	++
overige psychische problemen (en psychische diagnoses)	6%	-
overige sociale problemen	5%	-
verzoek om medicatie in verband met psychische problemen	20%	-

1.

Bron: Basisproject Registratie in de Eerste Lijn, Maas-tricht R.L. (1983). Het betreft 935 expliciete psychische of sociale klachten afkomstig uit 10.214 consulten. De klachten zijn in eerste instantie door de huisarts zelf gecodeerd op het Reasons-for-Encounter Classificatiesysteem. De groepering van de klachten is voor rekening van de auteur.

2.

Bron: Nederlands Huisartsen Instituut. Artsen kregen random somatische en psychosociale klachten aangeboden (los van patiënt of consult) Zij gaven een eerste indruk over de ernst van de klacht op een 5-puntschaal. Ter vergelijking hierna een indicatie van de mate van ernst bij (veel voorkomende somatische klachten:

- + griep (zonder pneumonie), angina, wratten, tonsillitis acut, pilcontrole, etc.
- ++ infectie bovenste luchtwegen, blaasontsteking, hoge bloeddruk (ongecompliceerd) infectieuze diarree, etc.
- +++ astmatische bronchitis, chronische ulceratie, maagzweer, etc.
- ++++ epilepsie, diabetes mellitis, etc.
- +++++ carcinomatose, myocardinfarct, etc.

klaringen voor dit verschijnsel verder uit te werken.

De bevinding dat in de huisartspraktijk veel psychosociale problematiek verhuld of verweven met somatische problematiek wordt gepresenteerd maakt het interessant om te bezien in hoeverre daar globale patronen in te ontdekken zijn.

In tabel 4 (zie de volgende bladzijde) worden de consulten waarin - naar het oordeel van de arts - louter somatische problematiek aan de orde is onderscheiden van consulten met verhulde of verweven psychosociale problematiek. Beide groepen zijn geclassificeerd naar de aard van de lichamelijke klacht volgens het Reason for Encounter (RFE) classificatiesysteem. We zien in de tabel dat alle klachten in beide groepen consulten voorkomen. Dit betekent dat eenzelfde klacht in het ene geval als puur somatisch (groep 1) en in het andere geval als medepsychosociaal (groep 2) beoordeeld wordt door de arts. Alleen klachten met betrekking tot oog, oor en urologie worden wat vaker puur somatisch genoemd. Het feit dat de twee groepen consulten zich in hoofd-

Tabel 4: Vergelijking van de somatische hulpvraag in twee groepen consulten:

- a. consulten waarin de arts geen en
b. consulten waarin de arts wel verhulde/verweven psychosociale problematiek aanwezig acht

soort klachten c.q. klachten met betrekking tot	totaal aantal somatische klachten	a. louter somatisch beoordeelde consulten % klachten	b. consulten met verhulde psychosociale problematiek % klachten
algemene en niet-specifieke klachten	232	35%	65%
bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel, milt	13	*	*
spijsverteringsorganen	104	32%	68%
oog	32	59%	41%
oor	54	70%	30%
bloedsomloop	113	35%	65%
bewegingsapparaat	161	44%	56%
neurologisch (zenuwstelsel)	49	27%	73%
psychologisch (psyche)	-	-	-
ademhalingsorganen	191	41%	59%
huid	92	42%	58%
endocriene, spijsverterings- en voedingsstoornissen	24	38%	62%
urologie	31	61%	39%
vrouwelijke genitaal systeem	139	49%	51%
mannelijke genitaal systeem	8	*	*
sociale problemen	-	-	-
	N = 1243 klachten (568 consulten)	N = 518 klachten (276 consulten)	N = 725 klachten (310 consulten)

1.
Bron: Nederlands Huisartsen Instituut. De consulten met een expliciete psychosociale hulpvraag zijn niet in deze tabel opgenomen zodat de categorieën psychische en sociale problemen hier niet voorkomen (zie daarvoor tabel 3).

lijnen nauwelijks van elkaar onderscheiden wat betreft de aangeboden problematiek plaatst de zwaarte van de 'zeeffunctie' in een speciaal licht: de huisarts moet in principe inderdaad bij ieder consult opnieuw bedacht zijn op de aanwezigheid van eventuele psychosociale problematiek. Dit maakt de zeef-functie tot een ondeelbaar onderdeel van het huisartsenwerk.

Wat betekent dit alles nu voor de werklust van de huisarts?

De tabellen 5 en 6 op de volgende bladzijden geven er wat getallen over.

In tabel 5 is te zien dat de consulten met verweven en met duidelijke psychosociale problematiek grote invloed hebben op de workload van de huisarts.

Dergelijke consulten komen niet alleen vaker voor (62%) dan puur somatische consulten (38%), ze duren gemiddeld ook beduidend langer. Deze twee factoren zorgen ervoor dat de totale werklust van de huisarts groter is dan je alleen op basis van het percentage psychosociale hulpvragen zou verwachten.

(71% van de tijd die een huisarts aan directe patiëntenzorg besteedt wordt besteed aan patiënten met (onder andere) psychosociale problematiek).

In tabel 6 is te zien dat de twee groepen consulten met psychosociale problematiek \pm 10% meer herhaalcontacten bevatten. Wat betreft het percentage verwijzingen in elke groep durven we op grond van deze aantallen nog geen uitspraken te doen. Andere verschillen tussen de drie typen consulten worden op dat moment op het Nederlands Huisartsen Instituut verder onderzocht.

Tabel 5: Relatieve tijdsbesteding van de arts bij drie groepen consulten¹

omschrijving	consulten met somatische problematiek	consulten met verchosoosociale problematiek	consulten met expliciete psychosociale problematiek	totaal of gemiddeld
	n = 276	n = 310	n = 141	n = 727
percentage consulten in elke groep	38%	43%	19%	100%
gemiddelde tijdsduur per consult	4.1 min.	5.5 min.	7.7 min.	5.4 min
relatieve tijdsbesteding in uren ²	19 uur	29 uur	18 uur	66 uur
(in percentages)	29%	44%	27%	100%

1.

Bron: Nederlands Huisartsen Instituut

2.

Het betreft hier een simpele optelling van de tijd die de artsen aan de consulten in elke groep besteden. In de eerste kolom is dat bijvoorbeeld 276 consulten x 4.1 minuut 19 uur; 19 uur is 29% van de totale 66 uur.

Samenvattend mogen we concluderen dat de huisarts veelvuldig geconfronteerd wordt met psychosociale problematiek en een relatief nog groter deel van zijn tijd besteedt aan patiënten met deze problematiek. De problematiek is in zijn algemeenheid zeker niet altijd triviaal te noemen, zoals mag blijken uit een vergelijking van de gemiddelde ernstscore van somatische en psychosociale hulpvragen. Een van de moeilijkste kwesties in het huisartsenwerk is het op juiste wijze discrimineren tussen somatisch en

Tabel 6: Herhaalcontacten en verwijzingen in drie groepen consulten¹

omschrijving	consulten met somatische problematiek		consulten met ver- hulde psy- chosociale problematiek		consulten met expli- ciete psy- chosociale problematiek		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aantal eerste contacten	157	56%	146	46%	77	45%	367	50%
aantal herhaal- contacten ²	119	44%	164	54%	64	55%	360	50%
consulten zon- der verwijzing	223	80%	245	79%	109	77%	577	79%
consulten met ³ verwijzing	53	20%	65	21%	32	23%	150	21%

1.

Bron: Nederlands Huisartsen Instituut

2.

Herhaalcontacten betekent dat de klacht al bij de arts in behandeling was. Het betekent niet dat er meerdere contac- ten van één patiënt in de steekproef zitten.

3.

In totaal 150 consulten vindt er een verwijzing plaats naar een andere hulpverlener, bijvoorbeeld fysiotherapeut, spe- cialist, etc. In de 141 consulten met expliciete psychoso- ciale problematiek (derde kolom) vindt in 15 consulten (= 11%) een verwijzing plaats naar een psychosociale hulp- verlener of hulpverleningsinstantie in de ruimste zin van het woord. In de overige 17 consulten (= 12%) wordt naar medische hulpverleners verwezen.

psychosociale problematiek en het wegen van de ernst ervan en de noodzaak van behandeling op grond waar- van duidelijk moet worden of het gaat om in wezen on- schuldige 'levensproblemen' (→ zelfzorg en mantel- zorg) om problematiek die met name periodieke steun en begeleiding nodig heeft die in de huisartsprak-

tijk zelf of in de eerste lijn kan plaatsvinden (nb: dit kan ook gelden voor de chronische psychosociale of psychiatrische patiënt!) of dat een verwijzing naar de gespecialiseerde (A)GGZ geïndiceerd is.

5. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK

Bij het Algemeen Maatschappelijk Werk worden de psychische en sociale problemen onverhuld aangeboden en niet 'verstoep' achter bijvoorbeeld somatische klachten. Dit heeft natuurlijk ook te maken met de andere rolverwachting die cliënten van de maatschappelijk werker hebben vergeleken met de huisarts. Toch zorgt de onderlinge verwevenheid van problemen op psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied ook hier voor complicaties.

Tabel 7 (zie de volgende bladzijde) geeft een totaal overzicht van alle soorten hulpvragen die bij het algemeen maatschappelijk werk worden aangeboden en de relatieve frequentie daarvan. In de tweede kolom staat het gemiddeld aantal contacten per probleemcategorie. Op grond van deze tabel zou men een indeling kunnen maken in problematiek die zuiver materiaal van karakter is bijvoorbeeld inkomen, besteding en eventueel arbeid (tezamen 30%) en de overige problematiek die meer psychisch, sociaal of maatschappelijk van karakter lijkt.

Een andere mogelijke indeling die in deel II van de NHI-bijdrage wordt gehanteerd is de indeling in problemen die voornamelijk psychosociaal van karakter zijn (46%) en overige problemen (54%). We hebben ervoor gekozen om een dergelijke scheiding niet in deze notitie aan te brengen, omdat we daarmee af

Tabel 7: Probleemaanbod bij het algemeen maatschappelijk werk

omschrijving probleemgebied	problematiek ¹ bij intake in %	gemiddeld aantal ² contacten naar pro- bleem waar aan is gewerkt
inkomen	8%	5
besteding	5%	8
huisvesting	14%	4
vorming/opleiding	3%	5
arbeid	3%	6
gezondheid	7%	6
chtscheiding	7%	8
relatie partner	12%	9
relatie ouders/kinderen	10%	7
relatie tot anderen	4%	6
relatie tot maatschappelijke organisatie	3%	5
multi-probleengezin	2%	22
verwerking eigen omstandigheden	7%	10
eenzaamheid	2%	9
identiteit	6%	11
verslaving	1%	9
psychische problemen	5%	10
cultuurverschillen	1%	6
100%		
n = 70.036		

1.

Bron: Joint, Registratiegegevens 1982 (van 81 instellingen)
Het betreft 70.036 hulpeenheden waar 101.552 cliënten zijn betrokken. Eenmalige informatie- en adviesgesprekken die minder dan één uur vergen zijn hier *niet* geregistreerd.

2.

Het betreffen alleen contacten *met* de cliënt (en dus niet *over* de cliënt) op bureau of huisbezoek. Telefonische of schriftelijke contacten zijn buiten beschouwing gelaten.

breuk zouden doen aan de gecompliceerdheid van de problematiek. Deze gecompliceerdheid is in de hele eerstelijnszorg terug te vinden en zeker ook bij het algemeen maatschappelijk werk. Als illustratie kan een onderzoek dienen dat de Projectgroep Registratie Groningen in 1981 heeft uitgevoerd met betrekking tot de registratie van de aangemelde problematiek. Het registreren van één aanmeldingsprobleem, zoals gebruikelijk is bij het AMW, geeft volgens de Projectgroep maar een gedeelte van de realiteit weer. Immers, sommige werk(st)ers zullen financiële problemen zien als oorzaak van relatieproblemen; andere werkers hangen de omgekeerde versie aan. In het eerste geval een psychisch of sociaal probleem. De projectgroep experimenteerde daarom met het registreren en analyseren van 'clusters van problemen'. Ter illustratie van de onderlinge samenhang en de gecompliceerdheid van de problematiek volgt hier de beschrijving van 'Arbeidsongeschiktheidsproblematiek' zoals dat uit een clusteranalyse naar voren kwam: 'deze problematiek wordt gekenmerkt door problemen met betrekking tot taakverdeling met de partner; slapeloosheid; alcoholgebruik; invaliditeit of handicap; dagindeling en tijdbesteding en het ontbreken van werk'. (Van der Laan, ongepubli.) Het Algemeen Maatschappelijk Werk is bij uitstek toegerust om op een dergelijke verwevenheid van maatschappelijke en psychosociale aspecten in te spelen. De integrale benadering in hulpverlening is daar al jaren een noodzaak en een feit. Die noodzaak vloeit ook voort uit het feit dat meer dan de helft van de cliënten (59%) zich op eigen initiatie aanmeldt.

Slechts in 15% van de gevallen speelt de huisarts een rol als verwijzer maar hij is daarmee wel de belangrijkste verwijzer naar het maatschappelijk werk. In een relatief beperkt aantal gevallen spelen andere hulpverleners of instanties een rol bij de verwijzing bijvoorbeeld justitie, school, gemeentelijk sociale dienst etc. Dit grote aantal aanmeldingen op eigen initiatief maakt het maatschappelijk werk tot een echte (laagdrempelige) eerstelijnsvoorziening. Tegelijkertijd betekent dit dat ook de maatschappelijk werk(st)er een zeeffunctie heeft te vervullen. Hij/zij moet proberen het relatieve belang van sociale, materiële en psychische aspecten vast te stellen en zonodig voor de juiste verwijzing zorgen.

Overigens vindt slechts in 17% van de afgelopen hulpverleningen een verwijzing door het maatschappelijk werk plaats. Verwijzingen naar de AGGZ nemen daarin de belangrijkste plaats in (ongeveer in een kwart van de gevallen). Daarnaast wordt veel binnen het maatschappelijk werk doorverwezen (ook bijna een kwart) en vinden verwijzingen plaats naar instellingen als Woningbouwverenigingen, Huisvestingsbureau's, Sociale Dienst etc.

Wanneer we in tabel 7 het relatief grote aantal relationele en psychische problemen zien en we zetten daar het relatief geringe aantal verwijzingen door het maatschappelijk werk naast dan kunnen we concluderen dat het Algemeen Maatschappelijk Werk in staat is om veel van dergelijke psychosociale problemen zelf te behandelen.

6. WIJKVERPLEGING

Recente gegevens over de aangeboden problematiek zijn op het moment van deze nota niet beschikbaar, omdat het nieuwe registratiesysteem van de kruisvereniging nog in een experimenteel stadium verkeert. De gegevens zijn dan ook gebaseerd op het ITS-onderzoek uit 1975 (Knapen, Scheffer en Hutjes). Tabel 8 (zie de volgende bladzijde) geeft een indruk van de behoefte aan psychosociale hulp bij de cliënten in zorg bij wijkverpleging. Deze behoefte werd vastgesteld door de wijkverpleegkundige, de patiënt zelf en de huisarts (zie voetnoot bij tabel 8). Zij stelden vast bij hoeveel procent van de cliënten in elke zorgcategorie psychosociale hulp nodig was.

Het cursiefgedrukte percentage in elke kolom geeft aan in hoeveel gevallen de betreffende psychosociale hulp ook daadwerkelijk verleend is door de wijkverpleegkundige.

Het begrip psychosociale hulpvraag heeft bij de wijkverpleging een iets andere betekenis dan bij de huisarts en bij de maatschappelijk werker.

Knapen e.a. definiëren de psychosociale hulpvraag als 'behoefte aan advies, bemiddeling en begeleiding'. Ons inziens is dit een illustratie van het feit dat dezelfde psychosociale aspecten niet bij elke discipline in de eerste lijn dezelfde betekenis hebben. Afhankelijk van de hulpverleningssituatie kunnen deze aspecten opgevat worden als expliciete hulpvraag op psychosociaal gebied of als bijvoorbeeld een vraag naar begrip en steun. Over dit verschil in betekenis is nog niet veel bekend. Wel

Tabel 8: Wijkverpleging: proportie van de cliënten/patiënten in zorg bij wijkverpleging die behoefte hebben aan psychosociale hulp (linker gedeelte van elke kolom); van deze 'behoefteigen' weer de proportie patiënten/cliënten die deze psychosociale hulp ook werkelijk van de wijkverpleegkundige krijgt (rechter gedeelte van elke kolom)

	verpleging (A) n=248		bejaardenzorg (B) n=252		specifieke ziekten (C) n=230		kinderhygiëne (D) n=293	
	behoefte aan hulp	verleende hulp	behoefte aan hulp	verleende hulp	behoefte aan hulp	verleende hulp	behoefte aan hulp	verleende hulp
medische voorschriften (ook dieetvoorschriften, leefregels, oefeningen etc.)	62%	74%	59%	67%	63%	74%	18%	66%
opname en ontslag zieken- huis (verpleeginrichting etc.)	17%	67%	17%	49%	19%	63%	1%	*
grootbrengen van kinderen (voeding, verzorging, op- voeding)	3%	*	-	-	7%	73%	56%	82%
materiële problemen (bij fi- nanciële problemen rond ziekte, huisvesting)	10%	58%	10%	48%	19%	71%	3%	*

(vervolg tabel zie de volgende bladzijde)

dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld huishouden, school, werk, vrije tijd)

21% 73% 24% 54% 26% 63% 2% *

relationele problemen (rond contact met andere mensen, houding van de omgeving ten aanzien van lichamelijke of geestelijke stoornis en ook het huwelijk betreffend)

17% 65% 14% 61% 19% 60% 1% *

psychische houding (de aanvaarding van ziekte of handicap, en psychische problemen als overspannenheid, rouw, etc.)

40% 70% 36% 74% 46% 77% 3% *

* percentages die over minder dan 10 personen berekend zijn worden door ons niet vermeld.

1. Bron: Knapen, Scheffer en Hutjes (1975). Toelichting: Psychosociale hulp wordt in dit onderzoek omschreven als advies, bemiddeling of begeleiding; er worden vier zorgcategoriën onderscheiden: verpleging, bejaardenzorg, specifieke ziekten en kinderhygiëne; de vier categoriën zijn in de tabel niet proportioneel vertegenwoordigd (gegevens omtrent het relatieve aandeel van elke zorgcategorie zijn niet bekend); de percentages in de tabel zijn als volgt tot stand gekomen: aan huisarts, wijkverpleegkundige en patiënt werd gevraagd of er in dit geval behoefte was aan psychosociale hulp. Wanneer alle drie de partijen daar 'ja' op antwoorden of wanneer twee van de drie partijen daar 'ja' op antwoorden werd bij deze patiënt behoefte aan psychosociale hulp aanwezig geacht (percentage patiënten in linker gedeelte van elke kolom; dezelfde procedure werd gevolgd om te bepalen bij hoeveel van deze patiënten de psychosociale hulp ook daadwerkelijk was verleend door de wijkverpleegkundige (percentage in rechter gedeelte van de kolom). Voorbeeld: 62% van de 248 patiënten had behoefte aan psychosociale

kan men zich daar wat bij voorstellen wanneer men de verschillende categorieën psychosociale hulp in tabel 8 bekijkt.

Bijna altijd heeft de eerste behoefte aan verpleegkundige zorg te maken met speciale of chronische ziekten, met invaliditeit of ongevallen, met ziekenhuisnazorg of met ouderdomsgebreken (Verhoeff, 1979). Vooral deze laatste categorie van zorg zal met de veroudering van de bevolking sterk toenemen. Ook worden vooral bij bejaarden veel preventieve activiteiten verricht hetgeen in de tabellen niet zo tot uiting komt.

De psychosociale problematiek waar de wijkverpleegkundige mee geconfronteerd wordt is doorgaans sterk verweven met somatische aandoeningen. Bijvoorbeeld: de psychische belasting van ziekte of handicap (ook voor de familie); de aanvaarding van ziekte of invaliditeit; het hervinden van een eigen plaats in gezin of werkmilieu, etc. Overigens blijkt dat de wijkverpleegkundigen zelf erg veel belang hechten aan deze psychosociale steun en begeleiding, evenals aan preventieve taken: soms zelfs meer dan patiënten/cliënten, die het belang van verpleging en verzorging benadrukken (Knapen, e.a., 1975). Ook uit dit onderzoek blijkt weer dat de relatie tussen hulpvraag van de cliënt en interpretatie door de hulpverlener geen één op één relatie is.

7. DE GEZINSVERZORGING

De gezinsverzorging is veruit de grootste organisatie in de eerste lijn met 99.316 functionarissen (inclusief 19.500 Alpha-hulpen).

Deze aantallen betreffen geen manjaren maar veelal

Tabel 9: Reden van hulpverlening bij cliënten van de gezinszorg¹

reden	percentages
kortstondige ziekte ²	6%
langdurige ziekte ²	41%
lichamelijke handicap	24%
zwangerschap, bevalling	1%
psychische redenen	12%
ouderdom	63%
echtscheiding, verlating, overlijden	5%
andere redenen	3%
	155%

1. Bron: Informatief: mededelingen van de Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging (daarin een overdruk van CBS-uitgave 'Sociaal Cultureel Kwartaalbericht', 1982). Het to taal sommeert niet tot 100% omdat meerdere redenen bij een cliënt kunnen voorkomen.

2. Duur van de hulpverlening is: 19% korter dan zes maanden; 36% zes maanden tot drie jaar; 45% drie jaar of langer.

part-time werkende functionarissen. Het aantal cliënten dat bij de gezinsverzorging in zorg is, is desondanks vrij klein. De oorzaak hiervan is vooral d lange duur van de hulpverlening: 46% van de hulpverleningsgevallen duurt langer dan drie jaar (CBS). Bovendien is het zo dat één hulpverleningsbezoek vaak een hele ochtend of middaĳ in beslag neemt, zodat het aantal cliënten per verzorgster beperkt is.

Tabel 9 geeft een overzicht van de redenen van de hulpverlening door de gezinszorg. De psychische problematiek die bij 12% van de cliënten reden of

mede reden van aanmelding is is in de registratie niet nader gespecificeerd.

Uit de cijfers blijkt dat de hulpverlening vooral op ouderdomsproblemen gericht is (in 63% van de gevallen). Ongetwijfeld zal de toenemende vergrijzing van de bevolking dit aantal de komende jaren nog doen stijgen. Daarnaast is te verwachten dat in de toekomst vaker een beroep op intensieve hulpverlening door de gezinszorg gedaan zal worden omdat het volksgezondheidsbeleid gericht is op verschuiving van intramurale naar extramurale zorgverlening. Het soort hulp dat door de gezinsverzorging gegeven wordt is op de volgende bladzijde in tabel 10 te vinden. De taken van de leiding zijn apart vermeld in de tabel onder de stippellijn.

Het LIER-registratiesysteem waar deze gegevens aan ontleend zijn, zal de komende jaren op grote schaal in de gezinsverzorging worden toegepast.

De Provinciale Raad voor de Gezinsverzorging in Limburg heeft de afgelopen jaren met dit systeem geëxperimenteerd.

Hulpverleningsprocessen op het huishoudelijke vlak nemen een belangrijke plaats in bij de gezinsverzorging. In 99% van alle gevallen wordt het verrichten van huishoudelijke taken nodig geacht. Daarna volgen begeleidende taken die bij \pm 48% van de cliënten geïndiceerd zijn.

Uit deze cijfers blijkt dat het zelden of nooit voorkomt dat er *alleen* behoefte aan begeleiding geïndiceerd wordt, dit gaat bijna altijd samen met hulpbehoefte op huishoudelijk gebied. Overigens wordt de noodzaak van psychosociale steun en begeleiding bij de cliënten van de gezinszorg duidelijk

Tabel 10: Overzicht van geïndiceerde taken bij 9202 cliënten c.q. gezinnen in zorg bij de gezinsverzorging¹

	taken	%
huishoudelijk verzorgend	organisatie huishoudelijk werk	40,2
	maaltijdverzorging	15,9
	verzorging kleding	40,1
	onderhoud huis/huisraad	26,1
	boodschappen	8,9
	planten/huisdieren	
zorg/verzorgende hulp	baby/jeugd/volwassenen/zieke	4,4
	medische voorschriften	6,0
begeleidend/sociaal	besturen huishouding/financiën/administratieve zaken	3,8
	bezighouden/begeleiden/opvang kinderen	3,3
	sfeerscheppende taken/gastvrouwrol	10,9
	werkbezoek aan buitenshuis verpleegden	0,6
	observeren/luisteren/psychische steun	48,3
	helpen veranderen	4,7
taken/leid(st)er	toezicht op hulpverlening	81,1
	instrueren	16,6
	probleembewust maken	4,5
	helpen veranderen	6,2
	ondersteunen/verwerken problematiek	35,4
	verwijzen	2,7
	samenwerken	9,8

1. Bron: Stichting Provinciale Raad voor Gezinsverzorging Limburg. Toelichting: 40,2 achter reeds genoemde taak geeft aan dat deze taak in 40,2% van alle (9702) indicaties c.q. gezinnen werd geïndiceerd.

wanneer men een aantal 'typeringen' van cliënten-situaties leest zoals die door de Nationale Raad voor de Gezinszorg zijn beschreven.

Ter illustratie een korte typering van één daarvan:
'Een gezin met drie personen: man en vrouw ± 88 jaar en zoon 53 jaar. Zoon is zwakbegaafd, gestoord gedrag, slecht ter been. Vrouw incontinent. Man is versleten (op). Wanneer de hulp van de gezinsverzorging (twee keer drie uur per week) vervalt moet de zoon naar gezinsvervangend tehuis, man en vrouw naar een bejaardentehuis, waarvan de vrouw naar geriatrie...'

Het zijn zeker geen 'luxe-problemen' waar de gezinsverzorging mee geconfronteerd wordt en het wegval- len van de hulp zou in veel gevallen verstreckende consequenties hebben.

8. FYSIOTHERAPIE

Het onderzoek met betrekking tot fysiotherapie is schaars en situatiespecifiek. Bij het interpreteren van de gegevens in de tabellen 11 en 12 op de volgende bladzijden dient men daar rekening mee te houden. In tabel 11 een overzicht van het totale klachtenaanbod bij fysiotherapeuten (in dit geval gebaseerd op de 'reden' van verwijzing door huis- arts of specialist).

Een opmerking vooraf: de 4% expliciete psychosoci- ale hulpvragen waar de fysiotherapeut mee gecon- fronteerd wordt (zie tabel 1; in tabel 11 niet als aparte categorie opgevoerd) betreffen vooral alge- mene spanningsklachten en hyperventilatie. Hyper-

Tabel 11: Klachtenaanbod bij de fysiotherapeut¹

redenen voor verwijzing naar de fysiotherapeut ²	aantal behandelings- behandelingen ³	verwijspatronen ⁵	
		huisarts	specialist
		- = weinig	+ = veel
		o = gemiddeld	
nekklachten ⁴	23%	+	25%
lage rugklachten ⁴	24%	o	26%
schouderklachten ⁴	10%	o	11%
overige arthrosos	8%	o	8%
posttraumatisch/ postoperatief	16%	-	13%
epicondylitis tendinitis bursitis	5%	o	6%
overige	14%	+	11%
	100%		100%
	n = 616		100%

1. Bron: Crebolder, 1983, in Huisarts & Wetenschap

2. Het betreft de reden van verwijzing zoals die door huisarts of specialist is aangegeven (en dus niet het oordeel van de fysiotherapeut).

3. Buyten, Van der Hoogen, Monteny e.a. (1977) rapporteren een andere verdeling met o.a. slechts 6% verwijzingen in de categorie 'posttraumatisch/postoperatief'. In dat (Ommoordse) onderzoek was het aandeel van de specialistische verwijzingen slechts 8%. In deze tabel is het aandeel van de specialistische verwijzingen 34%.

4. Vooral deze klachten worden mede door stress bepaald (Kerkhoff, 1982; Koekenberg, 1971).

5. Het relatieve aandeel van huisarts en specialist in het aandeel verwijzingen verschilt per praktijksituatie. In deze tabel is de verhouding 66% huisarts en 34% specialist (zie ook voetnoot 3).

Tabel 12: Psychosociale problematiek bij de fysiotherapeut¹

omschrijving van het probleem	% van het totaal aantal psychosociale problemen
relaties met partner, kind/ouder, huisgenoten, vrienden, etc.	53%
relatie tot zichzelf	20%
arbeid en inkomen	17%
gezondheid	3%
sexualiteit	1%
overig: school, huisvesting, vrije tijd, opleiding, etc.	6%
	100%
	n = 816 problemen

1. Bron: Buyten, Van der Hoogen, Monteny e.a. (1977). Het betreft een specifieke situatie namelijk samenwerking in een wijkgezondheidscentrum. De groepering komt voor rekening van de auteur.

De steekproef bevat 825 patiënten waarvan er 579 (= 68%) psychosociale problemen bespreken met de fysiotherapeut. Bij de helft van deze 579 patiënten was deze psychosociale problematiek door de huisarts vermeld bij de verwijzing; bij de andere helft van de 579 patiënten kwamen deze problemen tijdens de fysiotherapeutische behandeling boven tafel. Omdat een patiënt meerdere problemen kan hebben, vermeldt de tabel geen 579, maar 816 problemen.

ventilatie⁵ kwam overigens 10 jaar geleden nog niet voor bij verwijzingen naar de fysiotherapeut (Kerkhoff, 1982).

Psychosociale problematiek die verweven is met de somatische problematiek speelt bij ± 50% van de patiënten een rol (Crebolder, 1977); Buyten e.a. (1977) spreken zelfs van 68%. Het zijn vooral nekklachten, lage rugklachten en schouderklachten (57%

in tabel 11) die mede door stress bepaald worden (Koekenberg, 1971). Verwijzingen voor dergelijke klachten worden iets vaker bij de huisarts gevonden vergeleken met de specialist (respectievelijk 62% en 49% in de tabel).

Kerkhoff vond 12 jaar geleden slechts 30% van dergelijke door stress bepaalde aandoeningen maar op grond van die gegevens kan volgens hem nog niet geconcludeerd worden dat er een verschuiving in indicatiestelling is opgetreden.

Langdurige behandeling vindt vooral plaats bij nekklachten en bij een aantal klachten ondergebracht in de groep 'overigen'. Klachten die na een half jaar of na een jaar relatief vaker terugkomen zijn vooral al eerder behandelde chronische klachten als mede sommige psychosociale klachten.

De soort psychosociale problemen waar fysiotherapeuten in het onderzoek van Buyten e.a. mee te maken hadden zijn in tabel 12 te vinden.

De psychosociale problemen waar in deze tabel melding van wordt gemaakt werd ook expliciet door fysiotherapeut en patiënt besproken (de gegevens berusten dus niet op vermoedens of ideeën).

Over deze relatief grote proportie psychosociale problematiek en de verwevenheid daarvan met somatische problemen valt het volgende op te merken. Het feit dat veel klachten mede door stress bepaald worden betekent niet dat ze daarmee minder serieus zouden zijn óf vanzelf weer verdwijnen. (Koekenberg, 1971). De fysiotherapeut wordt eerst en vooral ingeschakeld om pijn te verlichten of te verdrijven en patiënten zoveel mogelijk hun bewegingsvrijheid terug te geven. Daarnaast wordt ge-

steld dat de fysiotherapeutische situatie goede mogelijkheden biedt om patiënten bewust te maken van de koppeling tussen lichamelijke klachten en het bestaan van spanningen en leefproblematiek (Buyten e.a., 1977; In't Veld, 1979).

Het is de vraag welke betekenis moet worden toegekend aan het feit dat patiënten psychosociale problemen met hun fysiotherapeut bespreken. Misschien is het louter een vraag om begrip en steun maar het kan ook zijn dat zij op dat gebied professionele hulp van de fysiotherapeut verwachten.

Overigens bestaan er wat betreft de taak van de fysiotherapeut en de toepassingsmogelijkheden van fysiotherapie grote verschillen zowel bij artsen, als bij de fysiotherapeuten zelf. Bij huisartsen komt dat onder andere tot uiting in de enorme variatie in verwijspatronen naar de fysiotherapie variërend van 2,1 tot 17,3%. Deze verschillen zijn nog groter dan de toch al aanzienlijke verschillen bij verwijzingen naar medisch specialisten.

Ook binnen de fysiotherapeutische beroepsgroep bestaan uiteenlopende voorkeuren, bijvoorbeeld 'uitgesproken somatici', 'psychosomatici' en in toenemende mate therapeuten met holistische of humanistische visie. Over deze verschillen in opvatting is het laatste woord nog niet gezegd, wel is duidelijk dat ook in de fysiotherapeutische hulpverleningssituatie een aantal vrijheidsgraden bestaan die op vele manieren ingevuld kunnen worden.

NABESCHOUWING EN DISCUSSIE

Deze notitie bevat enige cijfermatige gegevens over de psychosociale hulpvraag in de eerstelijnszorg. De cijfers dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden; enerzijds omdat de bestaande gegevens over de psychosociale hulpvraag in de eerste lijn schaars, soms heel specifiek, soms enige jaren oud en vaak niet geheel betrouwbaar zijn; ook omdat het begrip 'psychosociale hulpvraag' op meerdere niveau's gemeten kan worden en ook voor velerlei interpretaties vatbaar is.

De eerste constatering leidt ons meteen al naar een aandachtspunt voor te voeren beleid in deze sector: het is van belang dat er betere (betrouwbaardere, geldiger en beter generaliseerbare) cijfers komen over de psychosociale hulpvraag in de eerste lijn; niet alleen bij de huisarts, maar ook bij het maatschappelijk werk, de wijkverpleging, de gezinszorg, de fysiotherapie en wellicht ook de andere werksoorten die in de eerstelijnszorg opereren. Daarbij dient speciaal aandacht besteed te worden aan een uniforme nomenclatuur.

Bij de tweede constatering zullen we wat langer stilstaan.

In de inleiding hebben we reeds gezien dat het begrip 'psychosociale hulpvraag' op meerdere niveau's kan worden ingevuld: op het niveau van

- de (theoretische, want niet vast te stellen) objectieve hulpbehoefte (A)
- de subjectieve hulpbehoefte (het gevoel of ervaren van de patiënt (B))

- de letterlijke hulpvraag zoals die aan de hulpverlener wordt gesteld (C)
- de interpretatie van de hulpvraag door de hulpverlener
- de formulering van het behandelingsplan

Op ieder niveau kan ruis optreden; deze ruis kan twee verschillende richtingen opgaan:

- het psychologiseren of psychiatiseren van levensproblemen
- het bagatelliseren van psychische of psychiatrische problemen.

Levensproblemen heeft iedereen. Vaak zullen ze ook opgemerkt worden door een hulpverlener. Het gaat erom welk beroep iemand op een gegeven moment op een hulpverlener doet. We zagen in deze nota dat bij ieder van de hier behandelde disciplines een groot aantal patiënten voorkomt dat een beroep doet op de hulpverlener voor problemen waarin psychosociale aspecten verhoud op verweven zijn. De klachten worden meestal wel in termen van het hulpaanbod geformuleerd (geneeskundig, fysiotherapeutisch, maatschappelijke dienstverlening, verpleegkundig of verzorging), maar het vermoeden bestaat dat de subjectieve of objectieve nood een andere is. Hoe zwaar die nood is, of die nood daadwerkelijk behoefte aan hulp voor de patiënt vertegenwoordigt en of die nood gelenigd kan of moet worden met een professioneel hulpaanbod vanuit de geestelijke gezondheidszorg is dan een overweging van de hulpverlener.

In de hulpverleningspraktijk betekent het vaak: het balanceren tussen professionele zorg en informele zorg of zelfzorg, waarbij twee soorten fouten ge-

maakt kunnen worden: ten onrechte behandelen én ten onrechte niet behandelen (ook wel alpha- en bèta-fout genoemd).

Beide fouten zijn niet goed: de eerste fout leidt tot een overconsumptie aan professionele zorg, en wellicht tot een psychosociale fixatie⁶: een onnodige afhankelijkheid van het circuit van de geestelijke gezondheidszorg.

De tweede fout kan leiden tot verergering van de bestaande problematiek en een bedreiging vormen voor de geestelijke gezondheid en in laatste instantie zelfs het leven van de patiënt. Bij dit laatste past de aloude slogan: voorkomen is beter dan genezen; de hele preventiegedachte is gebaseerd op het voorkomen van deze fout.

Het beleid van de GGZ zou er in wezen op gericht moeten zijn om beide soorten fouten te voorkomen. Dit zal nooit helemaal kunnen. In laatste instantie blijft het een proces van wikken en wegen door de behandelende hulpverlener. Het vermijden van de ene fout zal soms automatisch de andere fout tot gevolg hebben.

De hulpverleners in de eerste lijn moeten nog een andere afweging maken wanneer ze geconfronteerd worden met al dan niet verholde psychosociale problematiek: namelijk de afweging of zij bij deze problematiek louter steunend en begeleidend moeten optreden, (bij wijze van spreken als aanvulling op de zelfzorg/mantelzorg) of dat zij diagnostisch ten behoeve van de GGZ te werk moeten gaan en de patiënt moeten voorbereiden om een verwijzing naar de GGZ (helpen bij de zogenaamde 'protoprofessionalisering').

Dit zal van geval tot geval verschillen en is niet alleen afhankelijk van de ernst van de problematiek: de chronische 'draaideur-patiënt' in de GGZ heeft (bij bestaande relaties met de GGZ) soms voldoende baat bij een periodiek steunend gesprek bij de huisarts, terwijl een jonge moeder met klachten van depressieve aard in sommige gevallen serieuze diagnostische aandacht verdient. Het kan ook (bij eenzelfde geval) verschillen per hulpverlener: wanneer een gezinsverzorgster in een gezin komt met sterke psychische problemen, kan aandacht en warmte van haar kant voldoende zijn; een huisarts of maatschappelijk werker zal moeten onderzoeken in hoeverre professionele hulpverlening geïndiceerd is (de steunfunctie versus de poortwachtersfunctie). Een aanknopingspunt voor het te voeren beleid zou daarom moeten zijn: dit discriminerend vermogen van de hulpverleners te versterken, bijvoorbeeld door in de opleiding van (alle!) eerstelijns hulpverleners veel aandacht te besteden aan kennis en vaardigheden op dit terrein.

Behalve het leren onderscheiden van problematiek die professionele hulp behoeft en problematiek waar de hulpvrager zelf wel een oplossing voor vindt, is een tweede vereiste van iedere eerstelijns hulpverlener, dat hij problemen op een integrale wijze leert benaderen en behandelen. Uit de opgevoerde cijfers kan in ieder geval worden geconcludeerd dat slechts in een minderheid van de gevallen *uitsluitend* op het medisch-technisch/verpleegkundig/dienstverlenend vermogen van de hulpverlener een beroep wordt gedaan.

Het aanleren van een goede 'art of care' naast

zijn reeds professioneel aangeleerde 'art of cure' is daarmee voor iedere eerstelijns hulpverlener van groot belang.

Een en ander zou een wetenschappelijke basis moeten vinden in studies naar

- het natuurlijk verloop van diverse categorieën van psychosociale problematiek (inclusief de vraag, welke psychosociale problematiek een 'self limiting' karakter heeft, dat wil zeggen, uit zichzelf overgaat⁷)
- de werkelijke preventieve waarde van vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problematiek
- de factoren die 'psychologiseren' van de patiënt bevorderen dan wel remmen
- de lange termijn effecten van steunend-begeleidend versus therapeutisch handelen (inclusief een indicatiestelling van beide).

Ook is meer onderzoek nodig naar de redenen waarom hulpverleners zo verschillen in de mate waarin zij psychosociale problematiek onderkennen, en naar de consequenties die dat heeft voor de carrière van patiënten in de circuits van de somatische en geestelijke gezondheidszorg.

LITERATUUR

ALGEMEEN Maatschappelijk Werk, enkele kerngetallen.

's-Hertogenbosch, JOINT-landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, 1982.

BARTELS, M., L. Scheepmaker en P.P. Groenewegen e.a., Het Patiëntenaanbod in zes fysiotherapiepraktijken (nog niet gepubliceerd). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. BASISPROJEKT Registratie in de Eerste Lijn. Maastricht, Rijks Universiteit Limburg, 1983.

BENSING, J.M., De psycholoog in de eerste lijn; modderbad of aderlating? Medisch Contact, 32 (1977) 17 p. 531-537.

BENSING, J.M. en P.F.M. Verhaak, Konsultatieproject Eindhoven: verwijspatronen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.

BOOT, J.M., M.H.J.M. Knapen, De Nederlandse gezondheidszorg - gebruikers, voorzieningen en het overheidsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg - Utrecht/Antwerpen, Uitgeverij het Spectrum, 1983.

BUYTEN, N.T., R. van der Hoogen, A.E. Monteny, e.a., Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet. Verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. Huisarts en Wetenschap, 20 (1977) p. 237-243.

CARNAVAL in R.I.O. - een registratie-experiment in Groningen - Groningen, Projektgroep Registratie Groningen, 1981.

CLIËNTEN van de instellingen voor gezinsverzorging (eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28/8 - 25/10 1980 gehouden onderzoek). C.B.S.-uitgave: Sociaal Cultureel kwartaal-bericht 4 (1982) 2.

CREBOLDER, H.F.J.M., Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen - een inventariserend onderzoek - Huisarts en Wetenschap, 26 (1983) 2 p. 42-48.

HOSMAN, C.M.H., Psychosociale problematiek en hulpzoeken - een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg - Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.

INFORMATIEF: Mededelingen van de Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging, (1982) 15.

s'JACOB, Rudi. R., Publieksonderzoek Gezinsverzorging. NIMAWO, Den Haag, 1975.

JOINT Registratiegegevens 1982 - gegevens van 81 instellingen - 's-Hertogenbosch, JOINT-landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, 1983.

KERKHOFF, A.H.M., Huisarts en fysiotherapeut - het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art. 47-3 Ziekenfondswet - Medisch Contact, 37 (1982) 33 p. 991-997.

KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. Scheffer en J.M. Hutjes, Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg - een onderzoek naar hulpbehoevendheid en hulpverlening in 1.000 gevallen uit de wijkverpleging - Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.

KOEKENBERG, L.J.L., Lage rugpijn, een psychosomatisch syndroom. Huisarts en Wetenschap, 14 (1971) p. 265-270.

LAAN, v.d. G., Enige cijfers over werkloosheid en maatschappelijk werk - appendix 1 bij werkboek Methodiek Ontwikkeling. Groningen, Andragogisch Instituut RUG.

LAAN, v.d. G., Algemeen maatschappelijk werk: welzijns- of gezondheidszorg? (ongepubliceerd) (Groningen, R.U., Andragogisch Instituut).

LAMBERTS, H. en B. Hartman, Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk, Huisarts en Wetenschap 25 (1982) a p. 333-342 en 25 (1982) b p. 376-393.

LIPKIN, M. Jr, K. Kupka (ed.), Psychosocial factors affecting health. New York, Praeger Publishers, 1982.

NEDERLANDS Huisartsen Instituut, (lopend onderzoek naar psychosociale problemen in de huisartspraktijk; nog niet gepubliceerd).

NOTA Eerstelijnszorg, Tweede Kamer, Vergaderjaar 1983-1984, Nr. 18.180 nrs. 1 en 2.

ORMEL, J. en R. Giel, Omvang, beloop, en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts - een literatuuroverzicht en een pleidooi voor de ontwikkeling van een beslissingsschema op multi-axiale basis -

Tijdschrift voor Psychiatrie 25 (1983) 10 p. 688-710.

SANAVRO, F.L., Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk - oordelen van artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière - Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

SCHEFFER, W.C.M., M.H.J.M. Knapen en J.M. Hutjes, Beeld en gebruik van de Kruisverenigingen - een inventariserend onderzoek onder de leden naar de opvattingen over en het feitelijk gebruik van de Kruisverenigingen - Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1973.

SCHETS van de Eerstelijnsgezondheidszorg - gewijzigde herdruk - Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1980, ad.: Gewijzigde nota Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1-2.

STRUKTUURNOTA Gezondheidszorg 1974, zitting 1973-1974 Nr. 13012, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

VADEMECUM Gezondheidsstatistiek Nederland 1983. Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

VEEGER, H., W. de Vries, G. v.d. Laan e.a., Dance Macabre - het a.m.w. balancerend op de eerste lijn - Groningen, Projektgroep Registratie Groningen, 1983.

VELD, in 't, H.O., De fysiotherapeut-probleemgedrag en het werken met groepen in de gezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (1979)9 p. 217-228.

VERHAAK, P.F.M., Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 36 (1981) 1 p. 31-47.

VERHAAK, P.F.M., Vooronderzoek functioneren algemeen maatschappelijk werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.

VERHAAK, P.F.M., Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek (nog te verschijnen). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.

VERHOEFF, E., Gebruik van gezondheidsvoorzieningen in Nederland - een exploratief onderzoek - Nijmegen, Katho-

lieke Universiteit te Nijmegen, 1979.

VOLKSGEZONDHEID bij beperkte middelen, Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983. ad.: Nota, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, Nr. 18108, nrs. 1-2.

NOTEN

1.

De problematiek bij het maatschappelijk werk is psychosociaal in de zeer brede zin van het woord (inclusief bijvoorbeeld maatschappelijke problematiek, materiële problematiek etc.)

2.

Vrij naar I.K., Zola: De Medische Macht (voor het eerst verteld door Bakwin, 1945).

3.

Dit schema is een variant op het schema over 'objectieve' en 'subjectieve' behoeften van Hosman (1983).

4.

Momenteel wordt door het NHI (met subsidie van het Praeventiefonds) een onderzoek gedaan naar de inter-doktervariantie bij psychosociale problematiek.

5.

Hyperventilatie kan zowel een somatische als een psychische oorzaak hebben.

6.

Dit begrip wordt analoog gebruikt aan het door Huygen ontwikkelde begrip somatische fixatie.

7.

Uit het onderzoek van Sanavro (1982) blijkt dat veel psychosociale problemen vanzelf overgaan.