

 **NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

**MAATSCHAPPELIJK WERK  
EN EERSTELIJNS-  
GEZONDHEIDSZORG**

samenvatting

tekst:

G.J. Visser

onderzoek verricht door:

D. Kersten

juli 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezond-  
heidszorg, Utrecht 1985

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties  
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt  
vermeld.

vormgeving: Mieke Cornelius  
lay-out: Menno Anker  
druk: Anton Leerentveld  
NIVEL-brochure 85-07

Nederlands instituut voor onderzoek van  
de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL  
Postbus 1568 3500 BN Utrecht  
telefoon: 030 - 31 99 46

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

INHOUD	pag
1. INLEIDING	5
2. METHODE VAN ONDERZOEK	6
3. RESULTATEN	8
4. TOT SLOT	17

## 1. INLEIDING

De positie van het algemeen maatschappelijk werk ten opzichte van de eerstelijnsgezondheidszorg staat de laatste jaren nogal ter discussie. Een deel van de maatschappelijk werkers werkt nauw samen met huisartsen en wijkverpleging. Deze hulpverleners zijn werkzaam in gezondheidscentra, participeren in hometeams, of gaan andere samenwerkingsrelaties aan. Zij menen op die manier te kunnen bijdragen aan een betere afstemming van de hulpverlening door de verschillende disciplines, waardoor voorkomen kan worden dat mensen met psychosociale problemen ten onrechte langs medische weg worden behandeld.

Andere maatschappelijk werkers hebben grote bezwaren tegen al te nauwe samenwerking: zij zijn bezorgd voor de invloed van de medische sector op het algemeen maatschappelijk werk, die zou leiden tot een al te eenzijdig individuele benadering van problemen van cliënten.

Ook buiten het 'veld' wordt over de relatie tussen algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnsgezondheidszorg nagedacht. De overheid streeft, blijkens de plannen voor een nieuwe Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM), naar een integratie van beide velden van zorg; een gemeenschappelijk wettelijk kader moet bijdragen aan een versterking van de eerstelijnszorg, waardoor patiënten of cliënten langer buiten de onpersoonlijke en dure tweedelijnszorg kunnen blijven.

Om de discussie over het onderwerp op feitelijke gegevens te kunnen baseren heeft het NIVEL, met subsidie van het Ministerie van WVC, een onderzoek uitgevoerd. Doel hiervan was in de eerste plaats na te gaan of er verschillen in werkwijze bestaan tussen de beide hiervoor geschetste groepen maatschappelijk werkers. Daarnaast is gelet op de mogelijke invloed van de verschillende benaderingen van waaruit aan samenwerking vorm wordt gegeven op de werkwijze van samenwerkende maatschappelijk werkers.

In deze brochure worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek samengevat, waarbij de nadruk valt op het antwoord dat op de eerste vraagstelling kan worden gegeven.

## 2. METHODE VAN ONDERZOEK

De meeste maatschappelijk werkers in Nederland registreren van elk hulpverleningscontact een aantal gegevens. De problematiek en enkele kenmerken van de cliënt worden vastgelegd, maar ook de duur en omvang van de hulpverlening, de gebruikte methode en eventuele contacten met andere hulpverlenende instanties. Deze gegevens, die in registratiesystemen worden opgeslagen, vormden een belangrijke bron van informatie voor het onderzoek. Van de 80 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk die meedoen aan het cliëntenregistratiesysteem van de JOINT, verleenden er 68 het NIVEL toestemming hun gegevens te gebruiken. Omdat in dit landelijk registratiesysteem gegevens over het maatschappe-

lijk werk in de vier grote steden ontbreken, is daarnaast de medewerking verzocht en gekregen van drie grootstedelijke instellingen: de Stichting Samenwerkende Instellingen Maatschappelijk Werk (SSIMW) in Den Haag en het Protestants Sociaal Centrum (PSC) en de Vereniging Het Samenwerkingsproject in Amsterdam.

Behalve van deze cliëntenregistratiegegevens kon in het onderzoek ook gebruik worden gemaakt van de antwoorden van maatschappelijk werkers - werkzaam bij de deelnemende instellingen - op een schriftelijke enquête. Daarin werden vragen gesteld over tijdsbesteding en samenwerking, naast vragen die bedoeld waren om de hulpverlener en zijn werkgebied globaal te kunnen karakteriseren.

Gegevens uit beide bronnen konden met elkaar in verband worden gebracht, waardoor voor 550 maatschappelijk werkers alle benodigde gegevens konden worden vastgelegd.

Tenslotte zijn de eerste resultaten van het onderzoek voor commentaar voorgelegd aan vijftien uitvoerend maatschappelijk werkers.

Voor de vraagstelling van het onderzoek is vooral het onderscheid van belang tussen maatschappelijk werkers die wél en die geen gestructureerde samenwerkingsrelaties met de eerstelijnsgezondheidszorg onderhouden. Van de respondenten op de enquête blijkt 60% intensief met huisartsen en wijkverpleegkundigen samen te werken: zij hebben, volgens vaste afspraken, regelmatig overleg en bespreken dan - onder meer - hulpverlening aan individuele patiënten of cliënten.

Zoals al werd aangeduid bestaan er verschillen in de benadering van waaruit die samenwerking wordt nagestreefd. 'Buurtgerichte' maatschappelijk werkers willen voor alle bewoners werkzaam zijn en voeren als dat nodig is overleg met hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook met andere instanties. Andere maatschappelijk werkers benadrukken juist de integratie van de kerndisciplines in de eerste lijn en richten zich dan ook uitsluitend op patiënten van de huisartsen en wijkverpleegkundigen van het samenwerkingsverband. In de praktijk blijken er, tenslotte, ook werkers te zijn die beide benaderingen combineren, dus - bijvoorbeeld - in belangrijke mate voor dezelfde patiënten werken als huisartsen en wijkverpleegkundigen, maar daarnaast ook met andere instanties regelmatig overleg voeren.

### 3. RESULTATEN

Bij de hierna volgende bespreking van de gevonden verschillen in werkwijze tussen de aan het onderzoek deelnemende maatschappelijk werkers, komt een aantal aspecten aan de orde: naast gegevens over cliënten (aantallen, kenmerken, problematiek) wordt aandacht besteed aan duur, omvang en methode van hulpverlening en aan de tijdsbesteding van de hulpverlener zelf.

Cijfers uit de cliëntenregistratiesystemen\* en gegevens uit de enquête vormen de hoofdmoot van het materiaal; daarnaast wordt incidenteel ingegaan op de opmerkingen die in de interviews over het cijfermateriaal werden gemaakt.

### Aantallen cliënten

In 1983, het jaar waarop de gegevens uit de cliëntenregistratie betrekking hebben, heeft iedere maatschappelijk werker gemiddeld aan 54 cliënten (of precieser: hulpeenheden, die uit één of meer cliënten kunnen bestaan) hulp verleend die in dat jaar werd afgesloten. Voor maatschappelijk werkers die full-time werken is dit aantal 69; tellen we ook de niet-afgesloten hulpverlening mee, dan had iedere full-time maatschappelijk werker in 1983 ongeveer honderd cliënten.

In het registratiesysteem van de JOINT hebben maatschappelijk werkers die nauw met de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerken aan méér 'hulpeenheden' (afgesloten) hulp verleend dan maatschappelijk werkers die dat niet doen: 57, respectievelijk 50. Het verschil verdwijnt echter als deze cijfers naar een veertigurige werkweek worden omgerekend.

De verwachting dat samenwerkers méér cliënten hebben dan anderen - onder meer vastgelegd in de pu-

\* Overzichtscijfers kunnen afwijken van jaarcijfers van de afzonderlijke registratiesystemen. Dat komt doordat, bij het gebruik van meerdere registratiesystemen, niet altijd op dezelfde manier gepercenteerd kon worden als in de afzonderlijke jaarverslagen gebruikelijk is.



blikatie 'Maatschappelijk werk in samenwerking' van de JOINT - wordt dan ook niet bevestigd.

#### **Kenmerken van cliënten**

De gemiddelde leeftijd van de cliënten van het maatschappelijk werk - althans: van de oudste cliënten in iedere 'hulpeenheid' - is 41 jaar. Van de cliënten die alléén om hulp komen (65%) is 65% een vrouw. Ook kan uit de registratie worden afgeleid dat 28% van de cliënten al eerder hulp van het maatschappelijk werk heeft gehad en dat voor 54% een uitkering de belangrijkste bron van inkomsten is.

Tussen de verschillende maatschappelijk werkers bestaat in dit opzicht niet veel verschil. Noemenswaard is alleen het gegeven dat maatschappelijk werkers die niet nauw met de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerken relatief wat méér (57%) cliënten hebben met een uitkering dan de anderen (53%). Dat verschil is wat groter als het maatschappelijk werk voor dezelfde groep patiënten werkt als de huisarts en de wijkverpleegkundige.

In het cijfermateriaal zijn geen aanwijzingen te vinden dat dit - kleine - verschil tussen samenwerkers en niet-samenwerkers op verschillen tussen de werkgebieden van de hulpverleners kan worden teruggevoerd. Desondanks zijn de geïnterviewde maatschappelijk werkers van mening dat vooral het soort buurt waar wordt gewerkt van invloed is op de kenmerken van cliënten.

#### **Instroom**

De cliënt zelf en de huisarts zijn, met respectievelijk 59% en 17% van de gevallen, de belangrijkste initiatiefnemers voor contacten met het maatschappelijk werk; andere instanties sturen maar weinig cliënten door.

Samenwerkende hulpverleners krijgen bijna dubbel zoveel cliënten via de huisarts als niet-samenwerkers: 20% tegen 11%. Vooral als maatschappelijk werker en huisarts voor dezelfde patiëntengroep werken is de huisarts een belangrijke verwijzer. Dit grotere aantal door de huisarts 'verwezen' cliënten gaat vooral ten koste van het aantal verwijzingen door andere instanties. Immers, in het aantal cliënten dat op eigen initiatief bij het maatschappelijk werk terecht komt, bestaat tussen samenwerkers en niet-samenwerkers niet meer dan een gering verschil: 58%, respectievelijk 61%. De vaak gehoorde stelling dat cliënten zich minder gemakkelijk op eigen initiatief bij samenwerkende maatschappelijk werkers zouden melden, wordt in het onderzoek dan ook niet bevestigd.

#### **Problematiek**

Van alle problemen waarmee cliënten zich tot het algemeen maatschappelijk werk wenden - en dat kunnen per cliënt meerdere problemen tegelijk zijn - is 22% psychisch van aard: verwerking van gebeurtenissen, eenzaamheid, identiteitsproblemen, verslaving en overige psychische problemen. Andere problemen hebben te maken met de financiële situatie van cliënten (13%), huisvesting (13%), de re-

latie met de partner (12%) of met ouders of kinderen (10%) en echtscheiding (7%).

In de discussie over samenwerking wordt wel gesuggereerd dat samenwerkende maatschappelijk werkers vaker met psychosociale en minder vaak met financiële problemen worden geconfronteerd; ook de JOINT constateert in de eerder genoemde publikatie dat een dergelijk verschil bestaat.

Gegevens uit de registratiesystemen geven echter nauwelijks aanleiding die stelling te ondersteunen. Van belang is alleen dat samenwerkers iets meer dan anderen hulp verlenen bij problemen in de relatie met de partner (13%, respectievelijk 11%). De enige situatie waarin wat minder financiële problematiek aan de orde komt is die waarin de maatschappelijk werker voor dezelfde patiënten werkt als de huisarts en zich in zijn samenwerkingsrelaties ook specifiek op de gezondheidszorg richt.

Een aantal samenwerkers bevestigt in de interviews dat zij méér met psychosociale problemen te maken krijgen, maar benadrukken dat dat vooral komt door de organisatie van het werk; advieswerk wordt dan op een andere manier gedaan, bijvoorbeeld via een open spreekuur van de instelling of via goede relaties met andere instanties.

#### **Methode van hulpverlening**

Van de verschillende methoden van hulpverlening komt begeleiding het meeste voor: in bijna de helft van alle hulpverleningsgevallen wordt er ge-

bruik van gemaakt. Vrij vaak, in 20% van de gevallen, wordt (ook) informatie en/of advies gegeven. Minder vaak bemiddelt het maatschappelijk werk voor de cliënt of worden concrete diensten verleend. Groepswork, tenslotte, komt slechts sporadisch voor.

Uit de cliëntenregistratie blijkt dat samenwerkers wat vaker gebruik maken van begeleiding dan andere maatschappelijk werkers (48%, respectievelijk 43% van de hulpverleningsgevallen). Voor systematische verschillen zijn verder geen aanwijzingen. De veronderstelling dat samenwerkers door een - eveneens verondersteld - groter aanbod aan psychosociale problematiek méér begeleiding geven en minder informatie en advies wordt door de onderzoeksresultaten dan ook slechts zeer ten dele bevestigd.

#### **Duur en omvang van de hulpverlening**

Van alle hulpverleningsgevallen in het algemeen maatschappelijk werk duurt globaal een derde deel korter dan een maand: iets minder dan een derde deel duurt langer dan een maand, maar niet langer dan een half jaar en de rest bestaat uit hulpverleningsgevallen van een half jaar of langer.

Als de eenmalige contacten buiten beschouwing blijven - registratie daarvan verschilt per registratiesysteem - dan bestaat een derde deel van de hulpverleningsgevallen uit twee of drie contacten; twee derde deel bestaat uit hulpverleningsgevallen van vier of meer contacten per cliënt.

In het algemeen bestaan er geen verschillen tussen wel en niet-samenwerkende hulpverleners. De verwachting in de JOINT-publicatie dat cliënten van samenwerkers sneller geholpen zouden kunnen worden, wordt dan ook niet bevestigd.

### **Overleg**

In 59% van de gevallen werken maatschappelijk werkers tijdens de hulpverlening op één of andere manier met andere hulpverleners samen. In de meeste gevallen is dat de huisarts van de cliënt; de gemeentelijke sociale dienst, het categoriale maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg zijn andere belangrijke samenwerkingspartners.

Maatschappelijk werkers die nauw met de eerste lijnsgezondheidszorg samenwerken, hebben daarmee ook tijdens de hulpverlening méér contact dan anderen. Vooral met de huisarts wordt bijna tweemaal zo vaak samengewerkt (in 25% van de hulpverleningsgevallen, tegen 13% bij niet-samenwerkers). Dat betekent overigens niet dat deze maatschappelijk werkers veel minder met andere instanties zouden samenwerken; alleen met het categoriaal maatschappelijk werk hebben zij wat minder contact.

Maatschappelijk werkers benadrukken in de interviews in dit verband dat contacten met huisartsen, hoewel niet onbelangrijk, zelden intensief van aard zijn. Samenwerking, met een onderling afgestemd hulpverleningsplan, komt alleen voor bij enkele echt 'moeilijke' cliënten.

### **Beëindiging van het contact**

Op het tijdstip van beëindiging van het contact is de hulpverlening in tweederde van de gevallen afgerond. Van de cliënten bij wie dat niet het geval is wordt ongeveer de helft verwezen; bij de anderen wordt de hulpverlening 'voortijdig beëindigd'. Samenwerkende hulpverleners beschouwen iets (2%) méér hulpverleningsgevallen afgerond dan hun niet-samenwerkende collega's.

Wordt besloten tot een verwijzing, dan valt de keus in de meeste gevallen op de geestelijke gezondheidszorg (5% van alle cliënten). Ook naar het categoriaal maatschappelijk werk wordt relatief veel verwezen.

### **Direct cliëntgericht werk**

Om een beeld te kunnen krijgen van het percentage werktijd dat maatschappelijk werkers aan direct cliëntgericht werk besteden, is in de enquête aan de respondenten gevraagd om daarvan een schatting te maken. Verwacht werd dat de activiteiten van niet-samenwerkers, door een minder op de individuele gerichte en meer op het opbouwwerk lijkende werkwijze, maar ten dele in de gegevens uit de cliëntenregistratie tot uitdrukking zouden komen.

De schattingen wijzen uit dat maatschappelijk werkers gemiddeld 69% van hun werktijd aan direct cliëntgericht werk kwijt zijn. De werkelijkheid wijkt daarmee weinig af van het ideaal: de gemiddelde maatschappelijk werker zegt 67% van zijn tijd aan dergelijke activiteiten te willen besteden.



Van verschillen tussen samenwerkende en niet-samenwerkende hulpverleners is in dit opzicht geen sprake. Evenmin zijn er verschillen tussen beide groepen in de mate waarin zij veranderingen in de feitelijke situatie zouden willen. Wel blijken maatschappelijk werkers met een voortgezette opleiding die niet met de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerken minder tijd aan direct cliëntgericht werk te besteden dan anderen: vergeleken met maatschappelijk werkers met alleen sociale academie en eveneens zonder nauwe samenwerkingsrelaties met huisartsen en wijkverpleegkundigen neemt dat deel van het werk voor deze groep 8% minder tijd in beslag.

Uit de interviews wordt duidelijk hoe dit verschil verklaard zou kunnen worden: samenwerkers kiezen, zo zeggen de hulpverleners, in de voortgezette opleiding vaker een therapiegerichte specialisatie dan niet-samenwerkers en doen na het voltooiën van die opleiding eerder méér dan minder cliëntgericht werk om hun kennis in de praktijk te kunnen brengen. Niet-samenwerkers besteden na de voortgezette opleiding daarentegen meer tijd aan de begeleiding van stagiaires en jongere collega's en aan samenwerking met andere instanties.

#### **Samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg**

Gemiddeld besteden samenwerkers vier uur per maand aan hun relatie met de eerstelijnsgezondheidszorg. Van deze vier uur gaat gemiddeld twee en een half uur op aan cliëntenbesprekingen. Bespreking van bepaalde thema's, overleg over organisatori-

sche aspecten van de samenwerking en informeel overleg nemen elk gemiddeld zo'n twintig tot dertig minuten in beslag. Evaluatie van de samenwerking kost - nog steeds per maand - gemiddeld twaalf minuten en deskundigheidsbevordering in het samenwerkingsverband vijf minuten.

Als algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnsgezondheidszorg grotendeels voor dezelfde doelpopulatie werken, althans in stedelijke gebieden, wordt de meeste tijd besteed aan samenwerking, vooral in de vorm van cliëntenbesprekingen.

#### **4. TOT SLOT**

In de discussie over voor- en nadelen van een intensieve samenwerking van het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg spelen nogal wat veronderstellingen een rol. Zo zouden maatschappelijk werkers in samenwerkingsverbanden zowel méér als ook beter gesitueerde cliënten krijgen met méér psychosociale problematiek. Cliënten zonder er minder vaak op eigen initiatief komen en tijdens de hulpverlening - vooral bestaande uit begeleiding - zou de maatschappelijk werker vooral met de huisarts overleggen en minder contact hebben met andere instanties. Cliënten zouden er, tenslotte, wel sneller geholpen kunnen worden.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat dergelijke veronderstellingen maar zeer ten dele kloppen. Wat wáár is, is dat samenwerkers een aanzienlijk groter deel van hun cliënten via de huis-

arts krijgen en dat zij naar aanleiding van de hulpverlening vaker met de huisarts contact opnemen. Ook worden samenwerkers iets meer met relatieproblemen geconfronteerd, doen zij iets meer aan begeleiding en hebben zij iets minder uitke­ringsgerechtigden onder hun cliënten, maar deze verschillen zijn niet groot. Verschillen in aantallen cliënten, duur en omvang van de hulpver­lening en hoeveelheid direct cliëntgericht werk konden niet worden aangetoond.

Een deel van de geïnterviewde maatschappelijk werkers deelt de conclusie dat in Nederland geen twee totaal verschillende soorten van maatschappelijk werk bestaan. Sommige niet-samenwerkers met wie gesproken is zien in de resultaten echter toch vooral het gevaar van een opkomende medicalisering van het maatschappelijk werk als gevolg van een intensieve samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg. Andere geïnterviewden geven aan, dat als op andere wijze onderscheid gemaakt zou zijn tussen wel en niet-samenwerkers, er waarschijnlijk meer, en ook meer extreme verschillen gevonden zouden zijn: maatschappelijk werkers die zeer intensief samenwerken in een hometeam of gezondheidscentrum en die ook in de eerste plaats daar­aan loyaal zijn, zouden wel degelijk sterk ver­schillen van degenen die niet samenwerken.

Uit de interviews blijkt dat in het maatschappe­lijk werk buurtgericht en geïntegreerd werken dik­wijls naast elkaar en tegelijkertijd voorkomen: maatschappelijk werkers participeren soms in een

gestructureerd samenwerkingsverband, terwijl zij gelijktijdig de problemen van een bepaald aan­dachtsgebied aanpakken. Ook komt een taakverdeling binnen de instelling voor, waarbij bepaalde wer­kers al hun cliënten via het hometeam krijgen en anderen heel expliciet buurtgericht blijven wer­ken. In grote steden lijkt in de taakverdeling tussen de instellingen onderling soms een zeker evenwicht te bestaan: een bepaalde instelling werkt dan volledig geïntegreerd, terwijl een ande­re de buurtgerichte aspecten voor zijn rekening neemt.

De conclusie van het onderzoek luidt dan ook dat het algemeen maatschappelijk werk niet één of twee, maar meerdere gezichten heeft.

Het rapport 'Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns' is op aanvraag bij het NIVEL verkrijgbaar.