inventarisatie en doorlichting van bestaande en reeds afgebroken werkcontacten tussen huisartsen en psychologen

h. schut
j. bensing
november 1976

nederlands huisartseninstituut

INHOUDSOPGAVE

	pagina
INLEIDING	1
I. HISTORISCHE SCHETS	2
II. DE ONDERZOEKSPOPULATIE	7
II. 1. Inleiding	7
II. 2. "Samenwerking" tussen huisarts en psycholoog	7
II. 3. De populatie: psychologen	8
II. 4. Het opbouwen en de samenstelling van het bestand	9
III. HET ONDERZOEKSINSTRUMENT	12
III.1. Inleiding	12
III.2. Het ontwikkelen van de vragenlijst(en)	12
III.3. De vragenlijst	13
III.3.1. Opleiding tot en hoofdfunctie(s) als psycholoog	14
III.3.2. Met wie heeft de psycholoog zijn werkcontact(en) onderhouden?	14
III.3.3. Aspecten van werkcontacten	15
III.4. Telefonisch interview	18
IV. HET VERWERVEN VAN DE GEGEVENS	19
IV. 1. Inleiding	19
IV. 2. De eerste zending	19
IV. 3. Het rappel	19
IV. 4. Respons van de eind juli verzonden vragenlijsten	20
V. RESULTATEN	
V. 1. Inleiding	22
V. 2. De opleiding tot psycholoog	23
V.2.1. De doctoraalopleiding	23
V.2.2. Aansluiting tussen opleiding en werken met/ten dienste van huisartsen	25
V. 3. De hoofdfunctie die de psycholoog vervult ten tijde van zijn werkcontact	27
V. 4. Met wie werkt de psycholoog samen?	28
V. 5. De werkcontacten tussen huisarts en psycholoog	30
V.5.1. De opkomst van samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog	30
V.5.2. Kader waarbinnen de psycholoog in het werkcontact participeert	32
V.5.3. Initiatief tot het werkcontact	32
V.5.4. Tijdsinvestering	33
V.5.5. Werkzaamheden van de psycholoog	34
V.5.6. Ruimte waar zich de werkzaamheden afspelen	37
V.5.7. Financiering	38
V.5.8. Tevredenheid	40
V.5.9. Gewenste veranderingen	42
V. 6. Samenvatting en discussie	43
VI. EEN KORTE BLIK VOORUIT	45
LITERATUURLIJST	48
BIJLAGEN	50

INLEIDING.

Eind 1975 is op het Nederlands Huisartsen Instituut een plan ontwikkeld voor een onderzoek, met het doel de samenwerking tussen huisarts en psycholoog door te lichten. Het onderzoeksplan is ter goedkeuring en subsidiëring voorgelegd aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft daarop in april 1976 een projectsubsidie toegekend.

De hoofdlijnen van het project Doorlichting Samenwerking Huisarts-Psycholoog -hierna te noemen: project SAP- zijn vastgelegd in een onderzoeksplan en kunnen als volgt worden geresumeerd.
In het land zijn de afgelopen jaren vele en veelsoortige samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog ontstaan. Sommige van deze werkcontacten tussen huisarts en psycholoog bestaan niet meer, andere functioneren nog steeds. Het project SAP dient te inventariseren wat er binnen de afgebroken en de bestaande werkcontacten speelt of gespeeld heeft op het gebied van taakinhoud en -afbakening, formele organisatie, relaties met andere hulpverleners in de regio en het verloop van de samenwerking door de tijd heen.
De bespreking van deze thema's moet niet beperkt blijven tot een weergave van de feitelijke stand van zaken. Belemmerende en stimulerende factoren rond de samenwerking, evaluatie van de werkcontacten en mogelijke consequenties of alternatieve ontwikkelingen dienen eveneens bij de doorlichting betrokken te worden.

In deze interimnota over het project SAP wordt verslag gedaan van de ontwikkelingen die het eerste half jaar hebben plaatsgevonden en van de eerste gegevens, die tijdens de doorlichting zijn verzameld.
Deze beschrijving wordt voorafgegaan door een hoofdstuk (I), waarin de samenwerking tussen huisarts en psycholoog mede op grond van gegevens uit de literatuur in historisch perspectief wordt geplaatst.
In de drie volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de werkzaamheden die in de periode april-oktober hebben plaatsgevonden. Wij behandelen daarbij allereerst (hoofdstuk II) de onderzoekspopulatie, waarbij vragen als "Wat is samenwerking ?" en "Hoe is de samenstelling van het bestand ?" aan de orde komen. Vervolgens (hoofdstuk III) wordt het onderzoeksinstrument besproken. Het ontwikkelen en de inhoud van de aan bij samenwerking betrokken psychologen verzonden vragenlijsten staan hier centraal.
Hoofdstuk IV beschrijft tenslotte op welke manier de data zijn verzameld, waarbij ook een eerste overzicht van de respons wordt gegeven.
Hoofdstuk V bevat een vrij uitgebreide weergave van de eerste resultaten. Wij behandelen daar onderwerpen als de opleiding tot psycholoog, hoofdfunctie (s) als psycholoog, de opkomst van samenwerkingscontacten, de activiteiten die daarbinnen plaatsvinden, de tijdsinvestering, financiering en dergelijke. Aangezien de respons nog niet volledig is en de uiteindelijk noodzakelijke analyses derhalve momenteel nog niet zinvol zijn, dienen de resultaten in dit hoofdstuk omzichtig gehanteerd te worden. Zij hebben meer een oriënterend, dan een stellend karakter.
Ter afsluiting van het interimrapport worden in hoofdstuk VI de plannen voor de nabije toekomst geschetst. De huidige stand van zaken zal daarvoor worden vergeleken met het in het onderzoeksplan geformuleerde doel.

I. HISTORISCHE SCHETS.

We hoeven niet ver in de geschiedenis terug te gaan vóór we de eerste ideeën en plannen rond de samenwerking huisarts-psycholoog aantreffen, die uitstijgen boven het individueel niveau. Pas eind 1971, begin 1972 ontstond de eerste golf van tijdschriftartikelen, experimentele projecten, werkgroepen en congressen gewijd aan dit thema.
Het is niet geheel toevallig dat deze ontwikkeling juist op dit moment zich op zoveel verschillende gebieden tegelijk manifesteerde. De explosieve belangstelling van huisartsen en psychologen voor elkaar laat zich voor een groot deel verklaren uit het recente verleden van hun beider disciplines.

Voor de huisarts heeft dit vooral te maken met de geleidelijke verandering van zijn taakstelling, een ontwikkeling die in de vijftiger jaren reeds begon en zijn naslag vond in de Woudschoten-formule van "continue, persoonlijke en integrale zorg voor de patient en zijn gezin" (Woudschoten congres 1964). De identiteitsproblematiek, die langzamerhand ontstaan was doordat veel medische taken van de huisarts werden overgenomen door medische specialisten, gekoppeld aan het feit dat de huisarts zich geconfronteerd zag met een probleemaanbod, dat hij uit de geschiedenis niet kende en dat hij vaak eigenlijk niet tot zijn taak rekende (veel psychische en sociale problematiek), werd hiermee voorlopig opgelost.
Waren echter in het begin nog velen enthousiast over deze nieuw verworven identiteit, al snel ontdekten vele huisartsen dat de taak, die hiermee op hun schouders werd gelegd te omvangrijk was om alleen te dragen. Zij gingen deskundigheid zoeken bij andere disciplines (bijvoorbeeld in studiegroepen Medische Psychologie) en zij gingen samenwerken met andere disciplines (in home-teams en gezondheidscentra).
De psycholoog speelde in deze tijd nog nauwelijks een rol.
Waar huisartsen hulp zochten in de vorm van consultatie gebeurde dit voorlopig nog vrijwel uitsluitend bij psychiaters; waar zij streefden naar samenwerking gebeurde dit vrijwel altijd in de driepoot huisarts-maatschappelijk werkende -wijkverpleegkundige. Ter illustratie: van alle psychologen die ooit hebben meegewerkt aan de Studiegroepen Medische Psychologie (Balint-groepen) die sinds 1957 in Nederland draaien, is 2/3 deel pas met deze samenwerking begonnen nà 1970. Daarvóór waren het vrijwel uitsluitend psychiaters aan wie de huisartsen advies konden vragen voor de behandeling van moeilijke gevallen.
Een ander voorbeeld: de eerste gezondheidscentra met als kern de huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige, startten tegen het eind van de zestiger jaren met subsidies van het Ministerie (toen nog) van Sociale Zaken en Volksgezondheid; de eerste psycholoog die op experimentele wijze door het inmiddels van naam veranderde Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de eerste lijn werd toegevoegd (in Capelle aan de IJssel) kon pas in september 1975 zijn diensten aan het eerste echelon gaan verlenen.
Het lijkt erop alsof zowel de huisartsen in het veld als de beleidsmensen eerst andere dichterbij gelegen alternatieven hebben uitgeprobeerd voordat ze een nauwere samenwerking zochten met de psycholoog, die zich immers ook nog geen vaste plaats in de gezondheidszorg had verworven.

De belangstelling van de psycholoog voor de eerste lijn van de gezondheidszorg, en daarmee vooral voor de huisartsen is eveneens voor een groot deel te verklaren uit een geleidelijke verandering in de soort gebieden

die de psychologie tot de hare rekent.
Was de psychologisch geschoolde hulpverlener vroeger voornamelijk het hulpje van de psychiater dat vooral diagnostisch werk verrichtte, de ontwikkeling van psychologische theorieën maakte een eigen manier van hulpverlenen en daarmee een verzelfstandiging van de psychologische hulpverlener mogelijk. Hij kon zich niet alleen losmaken van de psychiater, maar ook voor een deel van de psychiatrie. Niet alleen wat in psychiatrische termen gestoord gedrag heet, maar ook meer alledaagse dingen als ziekte- en gezondheidsgedrag, sexualiteit en eenzaamheidsbeleving kwamen binnen het gezichtsveld van de psycholoog. Deze ontwikkeling kan niet los worden gezien van de toenemende behoefte van de psychologen om "er vroeger bij te zijn". Voorkomen is beter dan genezen. Deze behoefte om (ook) aan preventie te gaan werken, gekoppeld aan de groeiende neiging om ook de meer alledaagse dingen tot het werkterrein van de psycholoog te gaan rekenen, zorgden voor een trek in de richting van het eerste echelon.
Aanvankelijk betekende dit een massaal ontstaan van 2e lijns bureau's die een lagere drempel moesten gaan krijgen (JAC's en dergelijke).
Maar min of meer tegelijkertijd gingen de psychologen ook de huisarts ontdekken, nog steeds de centrale intaker van de gezondheidszorg en daarmee de grootste signaleerder van psychosociale problematiek.
Wanneer men dan ook nog eens denkt aan de groeiende werkeloosheid en daarmee de groeiende angst voor werkeloosheid onder psychologen en toekomstige psychologen, is de belangstelling van de psycholoog voor de huisarts allang geen onbegrijpelijke zaak meer.

Dat de huisartsen en psychologen in het begin van de jaren zeventig elkaar ineens op zo grote schaal gevonden hebben is zeker voor een belangrijk deel te danken aan de inspanningen van de Landelijke Contactcommissie Huisarts - Psycholoog (L.C.C.).
Nadat op 25 september 1971 op particulier initiatief een eerste bijeenkomst was georganiseerd voor huisartsen (20) en psychologen (80) werd in februari 1972 door NIP en NHG een oproep verzonden naar alle leden van beide verenigingen om zich te melden als ze belangstelling hadden voor een nauwere samenwerking tussen huisartsen en psychologen.
Het antwoord was overweldigend: ruim 800 huisartsen en 300 psychologen reageerden positief. Al deze mensen werden ingedeeld in regionale groepen. Dit gebeurde door de inmiddels opgerichte L.C.C., bestaande uit N.I.P., N.H.G. en N.H.I., in een poging om de samenwerking tussen huisartsen en psychologen gedecentraliseerd op gang te brengen. Er ontstonden op deze manier in totaal 27 regionale werkgroepen. In iedere werkgroep werd één huisarts en één psycholoog tot contactpersoon benoemd. Januari 1973 vond een bespreking plaats met deze contactpersonen om te proberen deze werkgroepen enigszins te structureren.
Toen reeds werd in een L.C.C.-discussienota gewaarschuwd voor het gevaar dat de verwachtingen van huisartsen en psychologen wel eens niet geheel parallel zouden kunnen lopen; de huisarts verwacht vanuit zijn praktijksituatie snelle en pasklare oplossingen.
De psychologen zijn in hun diversiteit voorlopig nog veel vager met hun doelstellingen en verwachten voornamelijk een globale oriëntatie wederzijds.
Deze angst bleek niet geheel ongegrond. Toen negen maanden na de start een eerste evaluatie plaatsvond, bleken slechts 14 van de 27 groepen überhaupt van start te zijn gegaan. Drie hiervan waren pas een keer bij elkaar gekomen; de overige elf twee tot vijf maal.

De belangstelling van de huisartsen leek meer af te nemen dan de belangstelling van de psychologen. De huisartsen bleken inderdaad vooral behoefte te hebben aan concrete samenwerking, liefst met een soort van "huispsycholoog": iemand die je snel raad kunt vragen en naar wie je meteen patiënten kunt doorsturen.
De problemen die bij het realiseren van dit idee naar voren kwamen, waren vooral:

1. de financiering. De samenwerking werd door geen enkele instantie betaald. Ook therapeutische hulp, verricht door de psycholoog, werd in de meeste gevallen niet dan door de patiënt zelf gefinancierd.
2. de acceptatie van de psycholoog in de maatschappij bleek geen vanzelfsprekende zaak.
3. het grootste probleem was echter de diversiteit van psychologen. Het spreekwoord "zoveel hoofden, zoveel zinnen" bleek tijdens de werkgroepbijeenkomsten uitstekend van toepassing op de psychologen. Kan men zich bij de benaming "De Huisarts" nog enigszins voorstellen wat voor soort hulpverlener men kan aantreffen, dit bleek bij de psychologen helemaal niet het geval. "De Psycholoog" bleek niet te bestaan. De huisartsen ontmoetten in hun werkgroepen een bonte mengeling van clinische, kinder- en sociaal psychologen, therapeuten en onderzoekers, diagnostici en agogisch geschoolden. Deze diversiteit aan psychologen is moeilijk aanpasbaar aan het quick-service systeem van de huisarts; bovendien bleven de behoeften en wensen van de psycholoog hierdoor vaag. De enige gemeenschappelijke noemer was de niet erg ver uitgewerkte term preventie.

Het lijkt erop dat anno 1976 de meeste van deze regionale werkgroepen niet meer bestaan. Zij hebben echter destijds wel gediend als de wieg voor een groot aantal kleinere en intensievere samenwerkingsprojecten (voorbeelden zijn: Leiden, Gouda, Swalmen), waar de geschetste problemen in meer of mindere mate konden worden opgelost.

De L.C.C. heeft meer gedaan dan het oprichten van regionale werkgroepen : 14 september 1974 organiseerde zij een landelijke studiedag in Woudschoten. 's Ochtends sprak een viertal sprekers over de psycholoog in de eerste lijn. Bergsma (docent clinische psychologie aan de Hogeschool in Tilburg) bleek vóór de inschakeling van de psycholoog in de eerste lijn te zijn ("de psycholoog kan, omdat hij is opgeleid met de centraalstelling van het individu, vooral op het gebied van de secundaire preventie zijn bijdrage leveren."). Koch (Landelijke Huisartsen Vereniging) bleek tegen de psycholoog in de eerste lijn ("de psycholoog is geen generalist; daarom hoort hij ook niet thuis in het eerste echelon."). Kok (Geneeskundige Hoofdinspectie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) bekeek de komst van de psycholoog in de eerste lijn vanuit de Structuurnota ("de ambulante 2e lijns-instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg voldoen momenteel niet; of de psycholoog het beste als consultatiegever vanuit de tweede lijn kan opereren of beter werkzaam kan zijn in de 1e lijn -bijvoorbeeld in een gezondheiscentrum- zal mede op basis van onderzoeksresultaten moeten worden uitgezocht.").
Somers (Ziekenfondsraad) sprak tenslotte over "de psycholoog in het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet" en signaleerde hieraangaande enkele fundamentele problemen die de komst van de psycholoog in de eerste lijn waarschijnlijk nogal zouden gaan belemmeren ("het is niet duidelijk wat psychologische verrichtingen zijn noch wie ze mogen geven.").
's Middags vonden tenslotte een aantal praktijkdemonstraties plaats.

Inmiddels was er ook een hausse in tijdschriftartikelen ontstaan. Vanaf begin 1972 verscheen er gemiddeld eens per drie maanden wel een artikel dat handelde over het wel en wee van samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Vaak waren dit verslagen van de L.C.C. (zowel over de regionale werkgroepen als over de landelijke studiedag in Woudschoten). Vaak ook verschenen er meer inhoudelijke artikelen van mensen die wilden gaan samenwerken of behoefte hadden om hun ervaringen rond deze samenwerking op paier te zetten.
Tot deze categorie behoren onder andere: van der Zijl (1972), Kossman (1972), Bergsma (1972), Zwanikken/Zeeuwen (1973), van Beeck-Rondagh en anderen (1973), van den Hout (1975), Bazelmans (1975), van Wijgerden-Nix en anderen (1976) en de Wit en anderen (1976).
In deze artikelen formuleert ieder taken voor de psycholoog in de eerste lijn, maar ieder doet dit vanuit zijn eigen referentiekader. Sommigen gaan daarbij uit van het geheel dat de psychologie te bieden heeft en komen, zoals bijvoorbeeld Zwanikken en Zeeuwen (1973), dan tot een groot aantal mogelijke taken:
1. psychologisch onderzoek en advies
2. behandeling - therapie
3. training - nascholing - supervisie
4. research-ontwikkeling
5. voorlichting - onderwijs
6. consultatie.

Het is duidelijk dat een dergelijk omvangrijk takenpakket niet door één psycholoog te vervullen is. Deze opsomming is echter wel een aardige illustratie van het onoverzichtelijk geheel van gebieden waarop de psychologie opereert (wat de auteurs overigens zelf ook onderkennen).
Van den Hout (1975) heeft een iets simpeler driedeling van taken :
1. hulpverlening, direct of indirect
2. teambegeleiding
3. wetenschappelijk onderzoek,

maar geeft in feite hiermee hetzelfde weer.

In de beschrijving van concrete samenwerkingsprojecten komt meer een eenduidige taakstelling naar voren, maar ook hier kan de exacte inhoud van die taak sterk verschillen. De Wit (1976) beschrijft een samenwerkingscontact, waarin de consultatie centraal staat.
Van Wijgerden-Nix(1975) formuleert een drietal taken voor de psycholoog:
1. behandeling van patiënten
2. advisering van de huisartsen over hun eigen therapeutisch handelen
3. geven van informatie aan de huisartsen over psychotherapeutische methoden en technieken

Zij geeft daarbij echter aan, dat punt (1), te weten : behandeling van patiënten, duidelijk op de voorgrond staat.
Van der Zijl (1972) is de enige die het tweerichtingverkeer tussen huisarts en psycholoog benadrukt, wanneer zij als doelstellingen van een samenwerkingscontact centraal stelt, dat :
1. de psycholoog de huisarts kan informeren over de eigen rol in de medische situatie
2. de psycholoog onder andere via de diagnostiek informatie aan de huisarts kan geven en
3. de psycholoog, als niet medisch geschoolde, aan de huisarts een medisch onderzoek kan vragen of om nadere medische informatie kan verzoeken ter voorkoming van een onjuiste diagnose en advisering.

Dit laatste is, volgens de auteur, vooral belangrijk, omdat de huisarts,

als gezinsarts, automatisch over veel informatie beschikt die de psycholoog (nog) niet heeft. Een samenwerking die beide kanten opgaat wint daarom aan efficiëntie.
Welke van de genoemde taken nu het beste voldoen of het meeste nodig zijn, blijft onduidelijk na het lezen van al deze beschrijvingen: ieder is het meest tevreden met de door hemzelf geformuleerde taken.
Wel tekenen de behoeften van de huisarts zich langzamerhand steeds duidelijker af.
De huisarts lijkt, vooral op korte termijn, behoefte te hebben aan een concrete ontlasting van zijn werk: hij vindt het prettig om patiënten waar hij geen raad (meer) mee weet door te kunnen verwijzen naar een andere hulpverlener. Op langere termijn echter zoekt hij ook naar een zekere deskundigheidsvergroting door middel van bijvoorbeeld consultatie en gerichte trainingen in gespreksvoering. Dit spanningsveld voor de huisarts betekent tegelijkertijd ook een dilemma voor de psycholoog: ook hij zal op den duur een keuze moeten maken tussen directe hulpverlening aan patiënten of meer indirecte hulpverlening via deskundigheidsbevordering bij de huisarts.
Maar vóór de psycholoog deze keuze maakt, zal hij eerst een aantal andere problemen moeten oplossen die zo treffend door Bergsma (1972) worden verwoord:

> *"De psycholoog kan voor de huisarts van grote betekenis zijn, niet alleen voor zijn eigen praktijkvoering, maar ook voor het vervullen van de rol van 'communicatieverbeteraar' zowel interdisciplinair, extramuraal als tussen de intra- en extramurale instanties. Voorwaarde is echter wel, dat de psycholoog een bereikbaar figuur wordt, terwijl hij bereid moet zijn zich te oriënteren in de specifieke problematiek van de huisartsenpraktijk.(....) De oriëntatie van de psycholoog in de problematiek van de huisartsenpraktijk heeft vooral betekenis omdat hij dan zal bemerken dat vele van zijn technieken -overwegend tijdrovend en arbeidintensief- zullen moeten worden aangepast aan de daarin gebruikelijke wijze van werken. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbare tijd en het aanbod van patienten."*

Uit dit alles kunnen we in ieder geval de conclusie trekken, dat de psycholoog en de huisarts, en met hen de psychologie en de huisartsgeneeskunde elkaar nog heel wat te leren hebben.

Het N.H.I. heeft in 1972 een onderzoeksvoorstel ingediend dat als voornaamste doel had de wederzijdse wensen en behoeften te inventariseren door middel van een doorlichting op grote schaal, om vervolgens op experimentele basis een tweetal concrete projecten te starten, die op bovenstaande vragen antwoord zouden moeten geven. Een en ander was voornamelijk bedoeld "om wildgroei te voorkomen". Het onderzoek heeft indertijd niet door mogen gaan. De tijd was er niet rijp voor.
De wildgroei heeft inmiddels plaatsgevonden: Samenwerkingsprojecten van huisartsen en psychologen zijn sindsdien als paddestoelen uit de grond gerezen.
Nu, anno 1976, nu het N.H.I. wel toestemming heeft gekregen om soortgelijk onderzoek te doen, wordt het tijd de resultaten van deze wildgroei eens te gaan bekijken.
Dit rapport geeft de eerste feiten.

II. DE ONDERZOEKSPOPULATIE

II.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie. Allereerst (II.2.) zal worden omschreven wat de onderzoekers verstaan onder samenwerking huisarts - psycholoog. Hiertoe wordt het begrip "werkcontact" geïntroduceerd. Vervolgens wordt ingegaan op de beslissing om van deze samenwerkingsrelaties alleen de psychologen tot de onderzoekspopulatie te rekenen (II.3.). Tenslotte (II.4.) wordt enige aandacht besteed aan de wijze waarop de onderzoekers geprobeerd hebben een zo volledig mogelijk bestand op te bouwen.

II.2. "Samenwerking" tussen huisarts en psycholoog.

Ook in de gezondheidszorg kan het begrip "samenwerking" zeer verschillende ladingen dekken. Meestal gaan de eerste gedachten uit naar bestaande groepspraktijken, gezondheidscentra en dergelijke. In het normale spraakgebruik heeft men - met andere woorden - vormen van samen bezig zijn op het oog, welke onder meer worden gekarakteriseerd door ruimtelijke nabijheid, hoge tijdsinvestering en dergelijke.

Wanneer we ons de voorgeschiedenis (zie hoofdstuk I) en de mede daarop gebaseerde doelstelling van het project SAP (zie Inleiding) in herinnering roepen, wordt al snel duidelijk dat in het onderhavige project een veel ruimere omschrijving van het begrip "samenwerking" moet worden gehanteerd. In een op allerlei fronten onduidelijke situatie waarover zowel op beleidsniveau als in het veld zelf (nog) geen eenduidige en "ware" uitspraken kunnen worden gedaan, is het niet zinvol om slechts enkele, streng gedefinieerde vormen van samenwerking door te lichten. Een zo breed mogelijke inventarisering lijkt dan meer op zijn plaats.

In dit licht beschouwd, is gekozen voor een ruime definiëring van het begrip "samenwerking tussen huisarts en psycholoog". Wij hebben tevens gezocht naar een benaming, die de dekmantel kan zijn voor alle mogelijke vormen van samenwerking en zo de boven geschetste mogelijke misverstanden kan voorkomen. Voor dit doel is de term "werkcontact" ingevoerd. Onder een werkcontact verstaan wij:

> *een min of meer regelmatige relatie, die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden heeft onderhouden of onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met andere hulpverleners en/of anderen).*

Bovenstaande definitie betekent onder meer dat:
- ieder werkcontact zo per definitie vast is gekoppeld aan een bepaalde huisarts of een bepaalde groep huisartsen;
- de enige beperking, die aan de psycholoog wordt opgelegd is, dat hij als afgestudeerd "vakman" in contact met de (groep) huisarts(en) moet staan;
- de tijdsinvestering zeer sterk kan variëren;
- zowel de reeds afgebroken als de nog bestaande relaties tussen huisarts en psycholoog in onze belangstelling liggen;
- het werkcontact altijd minimaal betrekking moet hebben op psycholoog en huisarts, maar dat er daarnaast ook anderen in kunnen participeren.

Elke vorm van samenwerking die binnen de gezondheidszorg tussen huisarts en psycholoog bestaat en die tevens voldoet aan bovenstaande definitie, hoort in principe thuis binnen het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog".

II.3. De populatie: psychologen.

In het project dient de aldus gedefinieerde samenwerking tussen huisarts en psycholoog te worden doorgelicht. Het onderzoeksobject is dus een relatie: het gaat om minimaal twee personen. Toch hebben we ervoor gekozen om in elk geval in fase 1 "slechts" één van beide partners te benaderen: de basisinformatie wordt ingewonnen bij de bij samenwerking betrokken psychologen. Vanwaar deze keuze?

Wanneer we ons de oorsprong van het project in gedachten roepen zien we dat vooral over de psycholoog ten dienste van de 1e lijn onduidelijkheid bestond. Onduidelijkheid onder meer over de plaats die hij in deze sector van de gezondheidszorg zou kunnen innemen én over de werkzaamheden die hij daar het beste zou kunnen verrichten. Het project zou in moeten gaan op de vragen, die deze en dergelijke onduidelijkheden oproepen.
Om informatie te verzamelen over het functioneren van juist de psycholoog in relatie tot de huisarts, leek het ons gewenst om het onderzoek in eerste instantie te richten op deze hulpverleners.

Naast dit inhoudelijke argument speelde bij onze beslissing tevens een meer onderzoekstechnische overweging mee. Nederland kent rond 5000 huisartsen, van wie vele wel eens en op enigerlei wijze contact hebben gehad met een psycholoog.
Het aantal psychologen ligt echter lager en het was aannemelijk dat ook procentueel minder psychologen werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden dan omgekeerd. Psychologen werken immers vrij frequent samen met meerdere huisartsen, terwijl de huisarts op zijn vakgebied meestal slechts contact heeft met één psycholoog. We meenden met andere woorden, dat onze populatie kleiner zou zijn, indien zij zou bestaan uit psychochologen.
Uiteraard had men als alternatief kunnen kiezen voor een onderzoek onder een steekproef van huisartsen en een steekproef van psychologen. In de spontane groei van samenwerkingscontacten, waar vele contacten uniek in hun soort zijn, is daarbij de kans op het verloren raken van belangrijke informatie echter te groot, althans wanneer het voornaamste doel juist ligt in de doorlichting van een zo groot mogelijke diversiteit van samenwerkingsvormen. Dit laat niet onverlet, dat de huisarts uiteindelijk wél betrokken zal moeten worden bij de doorlichting van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Misschien kunnen meningen van huisartsen in de tweede fase van het project SAP casuïstisch aan de orde komen. Meer intensief onderzoek in deze richting zou echter in een later stadium moeten plaatsvinden.

Het voorgaande houdt in, dat het onderzoek zich richt op zoveel mogelijk psychologen, die nu of in het verleden op hun vakgebied min of meer regelmatige contacten met huisartsen (hebben) onderhouden; zowel de afgebroken als de nog bestaande werkcontacten zijn dus van belang. Deze werkcontacten kunnen gedurende langere tijd een bepaalde (groep) huisarts(en) betreffen; het is ook mogelijk dat de psycholoog in steeds wisselende

kort durende relaties tot huisartsen staat. De onderzoekers zijn geïnteresseerd in alle mogelijke werkzaamheden, die de psycholoog in zijn werkcontact met de huisarts uitvoert. Het betreft dus bijvoorbeeld niet alleen therapie of consultatie, maar bijvoorbeeld ook wetenschappelijk onderzoek of het werken in een Balint-groep. Tot slot moet worden aangetekend dat ook de plaats waar de psycholoog zijn hoofdfunktie vervult (1e lijn, ambulante gezondheidszorg, intramurale gezondheidszorg en dergelijke) niet op voorhand als selectiecriterium zal worden gebruikt. Echelonnering kan daarentegen juist een belangrijke variabele in het onderzoek zijn.

II.4. Het opbouwen en de samenstelling van het bestand.

Teneinde zoveel mogelijk psychologen (zoals omschreven in II.3.) te kunnen benaderen is ruim aandacht besteed aan het opbouwen van een zo volledig mogelijk bestand. Daartoe is onder meer contact opgenomen met de Landelijke Contact Commissie Huisarts-Psycholoog (L.C.C.) het N.I.P., het N.H.G., instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, universitaire huisartseninstituten, instituten voor medische psychologie, instituten voor clinische psychologie en andere aanverwante instanties en instellingen.
Tevens zijn in een aantal vaktijdschriften (de Psycholoog, Tijdschrift voor Psychotherapie, Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, Medisch Contact, Huisarts en Wetenschap) oproepen geplaatst om psychologen, die nog niet rechtstreeks benaderd waren, aan te sporen zich te melden bij het N.H.I. Wanneer een psycholoog via de bovengenoemde kanalen aan ons bekend werd, zijn het huisadres en werkadres gecontroleerd of opgespoord en vervolgens in een kaartsysteem vastgelegd. Besloten is om medio oktober geen nieuwe psychologen meer in het bestand op te nemen.

Het ten behoeve van het project opgebouwde psychologenbestand komt zodoende uit een aantal bronnen. Bij de hiernavolgende beschrijving van deze bronnen maken wij gebruik van onze "oorspronkelijke" informatie. Dat wil zeggen wanneer bijvoorbeeld de L.C.C. ons meedeelde dat een bepaalde psycholoog destijds zijn belangstelling voor samenwerking had getoond, en een universitair instituut ons vervolgens te kennen gaf dat de betreffende psycholoog in zijn hoedanigheid van wetenschappelijk medewerker eveneens werkcontacten met huisartsen onderhield, is deze psycholoog bij onderstaande omschrijving alléén opgenomen in de L.C.C.-groep.

- De L.C.C.-groep.
  In 1972 hebben vele huisartsen en psychologen gereageerd op een enquête, die de Landelijke Contact Commissie Huisarts - Psycholoog heeft gehouden onder N.H.G.- en N.I.P.-leden om de belangstelling voor samenwerking te polsen.
  Na overleg met de L.C.C. heeft het N.H.I. de beschikking gekregen over de namen en (toenmalige) adressen van de psychologen die te kennen hadden gegeven belang te stellen in samenwerking. Het betreft 272 psychologen.

- De universitaire groep.
  In juni hebben wij een aantal universitaire instituten verzocht ons op de hoogte te stellen van de namen en adressen van psychologen, die werkcontacten met huisartsen onderhouden. Alhoewel ook op andere instituten mogelijkerwijs psycholo-

gen werkzaam zijn, die met huisartsen samenwerk(t)en, meenden wij op de hoogte te kunnen geraken van het merendeel van deze groep door ons verzoek te richten aan de huisartsinstituten, instituten voor medische psychologie en instituten voor clinische psychologie.
De universitaire groep bestaat uit 33 psychologen.

- De N.I.P.-groep.
  Ook het Nederlands Instituut voor Psychologen heeft ons gewezen op een aantal psychologen die met huisartsen samenwerken of dat ooit hebben gedaan. Het betreft enerzijds leden van de eerstelijns-werkgroep en anderzijds psychologen die hun medewerking hebben verleend aan een in 1975 gehouden enquête over de samenwerking huisarts - psycholoog. De N.I.P.-groep omvat 16 psychologen.

- De bij- en nascholingsgroep.
  Psychologen worden steeds meer betrokken bij de bij- en nascholing van huisartsen. Zo zijn psychologen bijvoorbeeld adviseurs van studiegroepen medische psychologie van het N.H.G. of geven zij gesprekstrainingen aan huisartsen. Via deze en dergelijke organisatie zijn 11 psychologen bij het N.H.I. aangemeld.

- De "ambulante" groep.
  Talrijke psychologen zijn werkzaam bij instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en hebben in die hoedanigheid contact met huisartsen. Wij hebben dan ook een brief geschreven naar ruim 200 N.V.A.G.G.-lidinstellingen met het verzoek de namen en adressen van die psychologen aan ons door te geven.
  Ons bestand is op deze wijze uitgebreid met 180 psychologen.

- De "rest"-groep.
  Naast deze eenduidig te traceren groepen psychologen, zijn wij ook op andere manieren op de hoogte geraakt van het feit dat psychologen werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden. Rapporten, notulen, brieven en andere interne informatie van het N.H.I. hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Tevens melden respondenten soms andere psychologen aan. Deze groep bestaat uit 45 psychologen.

- De "oproep"-groep.
  Teneinde mogelijke lacunes in het bestand aan te vullen zijn in augustus en september oproepen in een aantal vaktijdschriften geplaatst. In deze oproepen worden psychologen, die werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden en toch geen vragenlijst hadden ontvangen, verzocht hun naam en adres aan het N.H.I. door te geven.
  Op deze oproepen hebben 50 psychologen gereageerd.

Bron:	aantal:
L.C.C.-groep	272
Universitaire groep	33
N.I.P.-groep	16
Bij- en nascholingsgroep	11
Ambulante groep	180
Oproep-groep	50
Rest-groep	45
Totaal:	607

Tabel II.1.: Herkomst van de populatie "Doorlichting Samenwerking Huisarts-Psycholoog"

De opbouw van het bestand aan psychologen is vrij curieus verlopen. Begin augustus beschikten wij over een ons inziens vrij uitgebreid bestand, dat - naar het scheen - ook vrij volledig was: uit vermeende "nieuwe" aanmeldingen bleek een vrij sterke verzadiging. Het bestand was destijds tot stand gekomen met behulp van de L.C.C., het N.I.P., universitaire instituten, organisaties die bij- en nascholing verzorgen, en interne informatie.
Om mogelijke lacunes in het bestand te kunnen aanvullen zijn vervolgens de oproepen in de vaktijdschriften geplaatst, waarop 50 reacties binnenkwamen. De onderzoekers meenden toen een vrij volledig overzicht te hebben van alle psychologen die in wat voor kader dan ook werkzaamheden verrichten of verricht hebben in relatie tot huisartsen.
Het was dan ook meer uit een drang naar een zo groot mogelijke perfectie dan uit vermoeden van systematische lacunes, dat wij half september de op pagina 10 genoemde brief naar de N.V.A.G.G. lidinstellingen hebben verzonden. Wij waren dan ook zeer verbaasd en soms enigszins onthutst toen via deze instellingen nog eens 180 nieuwe psychologen aan ons bekend werden gemaakt.
Gezien de hier geschetste ontwikkelingsgang verwachten wij, dat het werkcontact dat een "ambulante" psycholoog met een huisarts onderhoudt, structureel en/of inhoudelijk zal blijken te verschillen van de overige werkcontacten.

II. HET ONDERZOEKSINSTRUMENT.

III.1. Inleiding.

De centrale onderwerpen in het project SAP betreffen de plaats en de functies van de psycholoog in de gezondheidszorg alsmede de werkzaamheden die hij daarin in relatie tot de huisarts kan verrichten. Het leek ons noodzakelijk om gedurende fase 1 over deze onderwerpen bij zoveel mogelijk psychologen, die werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden, informatie te verwerven.
Voor het verkrijgen van informatie staan een onderzoeker theoretisch meerdere methodieken ter beschikking. Onze keus viel echter al vrij spoedig op het hanteren van een vragenlijst. Het was immers niet zo belangrijk om sterk gedetailleerde gegevens te verzamelen, maar wèl belangrijk om gegevens van zoveel mogelijk psychologen in zoveel mogelijk verschillende werksituaties te verkrijgen. Een bijkomende overweging betrof het feit, dat middels een vragenlijst veel personen in een relatief korte periode konden worden benaderd.

In dit hoofdstuk wordt allereerst (III.2.) ingegaan op het ontwikkelen van de vragenlijst(en). Paragraaf III.3. behandelt de inhoud van de aan de psychologen verzonden vragenlijst.
Tenslotte wordt in paragraaf III.4. een korte beschouwing gewijd aan de telefonische interviews, die bij een aantal psychologen worden afgenomen.

III.2. Het ontwikkelen van de vragenlijst(en).

Aangezien de ontwikkeling van een vragenlijst zo zorgvuldig mogelijk dient te geschieden, zijn een tweetal proefrondes gehouden, waarin vragenlijst-concepten werden uitgetest. Deze concepten behandelen - evenals de uiteindelijke vragenlijst - onderwerpen als:
- de functie van de psycholoog
- de door hem gevolgde doctoraalopleiding; een oordeel over de aansluiting van deze opleiding bij de huidige werkzaamheden met of ten behoeve van de huisarts
- structurele en organisatorische aspecten van de werkcontacten
- de financiering
- de aard en diversiteit van werkzaamheden
- de tijdsperiode waarin deze werkzaamheden zijn of worden verricht
- de tijdsinvestering
- het al dan niet voortbestaan van werkcontacten; redenen waarom contacten zijn gestaakt e.d.

In de eerste proefronde, die in mei en juni heeft plaatsgevonden zijn een tiental psychologen benaderd. De manier, waarop zij de vragenlijsten invulden en hun opmerkingen naar aanleiding van dit concept noopten ons ondermeer tot het ontwikkelen van twee versies, die meer waren toegesneden op de aard van de werkcontacten, die psychologen met huisartsen kunnen onderhouden.
De ene versie richt zich geheel op werkcontacten, die - zoals in paragraaf II.1. is beschreven - zijn gedefinieerd als een min of meer regelmatige relatie met een (groep) huisarts(en), hetgeen inhoudt dat het werkcontact vast is gekoppeld aan een bepaalde huisarts(engroep). Zo onderhoudt de psycholoog, die participeert in een gezondheidscentrum of die deelneemt aan een studiegroep medische psychologie of die een consultatierelatie

heeft met een huisarts, steeds één werkcontact. De psycholoog met de consultatierelatie heeft één werkcontact met één activiteit; de psycholoog die participeert in een gezondheidscentrum heeft ook één werkcontact, waarbinnen hij waarschijnlijk meer activiteiten zal ontplooien (bijv. consultatie èn therapie). In deze versie wordt de psycholoog gevraagd elk werkcontact afzonderlijk te beschrijven.

Voor psychologen, die met steeds wisselende (groepen) huisartsen werken - als trainer, sommige therapeuten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en dergelijke - is het echter ondoenlijk om al hun werkcontacten afzonderlijk te beschrijven. Deze psychologen hebben immers in de loop der jaren al snel enige tientallen werkcontacten onderhouden. Voor deze psychologen is een versie van de vragenlijst ontwikkeld, waarin niet wordt verzocht om een beschrijving per werkcontact, maar om een beschrijving per activiteit. Wanneer een bepaalde activiteit in min of meer ongewijzigde vorm binnen steeds andere werkcontacten en dus met steeds wisselende (groepen) huisartsen wordt uitgevoerd, kan de psycholoog afzien van de beschrijving van ieder werkcontact afzonderlijk maar de werkcontacten bundelen per soort activiteit. Bijvoorbeeld: de psycholoog-gesprekstrainer, die gedurende één jaar een vijftal groepen huisartsen onder zijn hoede heeft gehad, hoeft geen vijf losse werkcontacten te beschrijven, maar hem wordt gevraagd enkele vragen te beantwoorden over deze vijf werkcontacten samen.
Vanwege de ingewikkelde vorm die deze vragenlijst noodzakelijkerwijs kreeg, hebben we, na een tweede proefronde, besloten deze telefonisch af te nemen.
Mede op grond van de opmerkingen, die in beide proefrondes waren verzameld, zijn de vragen van de te verzenden vragenlijst (zie verder III.3.) en de vragen van het telefonisch interview (zie III.4.) vastgesteld.

III.3. De vragenlijst.

In deze paragraaf zullen we de inhoud van de vragenlijst en de rationale achter de gestelde vragen onder de loep nemen. De definitieve vragenlijst (zie bijlage) valt uiteen in twee gedeeltes. Het eerste (witte) gedeelte betreft de door de psycholoog genoten doctoraalopleiding en de functie(s), die hij ten tijde van zijn werkcontacten heeft vervuld. Het tweede (groene) gedeelte van de vragenlijst gaat in op de werkcontacten, die de psycholoog heeft onderhouden.
We zullen hier eerst ingaan op het witte gedeelte van de vragenlijst (III.3.1.). Vervolgens (III.3.2.) wordt eerst even ingegaan op vraag 21 van de groene vragenlijst, waarin de psycholoog per werkcontact dient aan te geven met wie hij precies samen werkt. Deze vraag omschrijft de andere partner(s) in het werkcontact. Met deze partner(s) dient de psycholoog een min of meer regelmatige relatie te onderhouden, wil er sprake zijn van een werkcontact. Tot slot worden in III.3.3. de vragen, die de verschillende aspecten van de werkcontacten betreffen, besproken.

III.3.1. Opleiding tot en hoofdfunctie(s) als psycholoog.

In de vragen 1 t/m 3 wordt geïnformeerd naar het jaar van afstuderen, de universiteit waar men gestudeerd heeft en de gevolgde hoofdrichting. Deze vragen worden gesteld, omdat de jaargang, universiteit, en hoofdrichting afzonderlijk of in combinatie staan voor verschillen in het opleidingspakket. Het is mogelijk dat er verbanden bestaan tussen dergelijke verschillen en eventuele verschillen in de door de psycholoog onderhouden werkcontacten.
Ook de psychologen zelf brengen de door hen genoten doctoraalopleiding in verband met de werkcontacten die zij met huisartsen hebben onderhouden. Vraag 31 betreft namelijk de mate, waarin de doctoraalopleiding naar de mening van de psycholoog aansluit op de door hem in de relatie tot de huisarts verrichte werkzaamheden.
De gegevens die middels deze laatste vraag verkregen worden, kunnen mogelijk ook licht werpen op het eerder genoemde verband tussen genoten opleiding en onderhouden werkcontact(en).

Omdat het project SAP mede bedoeld is om een bijdrage te leveren aan de beantwoording van de vraag, welke plaats de psycholoog in de gezondheidszorg zou kunnen of moeten innemen, wordt in de vragen 4 t/m 11 ingegaan op de hoofdfunctie(s), die de psycholoog heeft (gehad) ten tijde van zijn werkcontacten met huisartsen. Zo wordt geïnformeerd naar de inhoud van deze functie, de tijdsinvestering en de periode waarin de betreffende functie is vervuld.

De gegevens over de hoofdfunctie zullen worden gerelateerd aan de werkcontacten die de betreffende psycholoog heeft onderhouden of nog steeds onderhoudt. Het is immers aannemelijk, dat het "dagelijks" werk van de psycholoog en de plaats waar hij die functie vervult mede bepalend zijn voor de inhoud en de vorm van de met huisartsen onderhouden werkcontacten.
Ter illustratie: het is te verwachten dat een psycholoog die bij een onderwijsinstelling werkt in relatie tot huisartsen andere werkzaamheden verricht dan een psycholoog die medewerker is van een S.P.D. (bijv. research en training versus therapie naar aanleiding van verwijzingen door de huisarts en consultatie). Of: de freelance psycholoog wordt voor zijn therapie anders betaald dan de bij een M.O.B. werkende psycholoog en heeft mogelijkerwijs ook een ander subjectief oordeel over ("tevredenheid" met betrekking tot) deze financiering.
Kortom, door deze en dergelijke combinaties te onderzoeken hopen we meer inzicht te krijgen in mogelijke samenhangen tussen de verschillende aspecten van de onderhouden werkcontacten enerzijds en de hoofdfunctie van de psycholoog anderzijds.

III.3.2. Met wie heeft de psycholoog zijn werkcontact(en) onderhouden?

In vraag 21 kan de psycholoog aangeven met wie hij precies een bepaald werkcontact onderhouden heeft. Het zou immers niet verwonderlijk zijn, indien bepaalde aspecten van werkcontacten per "doelgroep" verschillen. Zo is het heel goed mogelijk, dat de psycholoog, die met één enkele huisarts samenwerkt, binnen dat contact andere werkzaamheden verricht dan de psycholoog, wiens samenwerkingspartner bestaat uit een groep van huisartsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen (bijvoorbeeld therapie versus agogische begeleiding).

De respondent heeft bij deze vraag in eerste instantie de keus uit drie antwoordmogelijkheden. Hij werkt binnen een werkcontact samen met één huisarts, een groep huisartsen of een groep welke bestaat uit (een) huisarts(en) en anderen.
Nadat aldus een doelgroep is benoemd wordt deze gespecificeerd. Van de huisartsen wordt de praktijkvorm benoemd. Er is daarbij afgezien van een uitputtende rubricering, waarin de vele verschillende praktijkvormen, waarin huisartsen kunnen werken, alle afzonderlijk genoemd worden. De psychologen dienen voor de beschrijving van de praktijvorm een keus te maken uit de aanduidingen "solo-praktijk" en "samenwerkingsverband". Indien de praktijkvorm van de in het werkcontact participerende huisarts(en) niet zonder meer als zodanig te benoemen is - bijvoorbeeld bij intensieve waarnemingsrelaties of associaties - wordt de respondent gevraagd toch een keus te maken uit beide aangeboden alternatieven: de omschrijving die naar de mening van de respondent de praktijkvorm van de betreffende huisarts het beste karakteriseert kan dan worden aangekruist.
Van eventuele andere betrokkenen bij een werkcontact wordt bij de specificatie de discipline of hoedanigheid toegelicht.

III.3.3. Aspecten van werkcontacten.

Periode, waarin de psycholoog werkcontacten met huisartsen heeft onderhouden.

In de vragen 12 t/m 14 en 16 t/m 19 wordt getraceerd wanneer de psycholoog een bepaald werkcontact met huisartsen heeft onderhouden. We informeren hier naar de startdatum en - indien van toepassing - de datum waarop de huisarts en de psycholoog voor het laatst met elkaar in contact zijn geweest.
Met betrekking tot het voortbestaan van het werkcontact wordt niet alleen het onderscheid "bestaat nog" - "is gestopt" gehanteerd, maar is ook de mogelijkheid "sluimerend" toegevoegd. Het is immers mogelijk dat een vrij groot aantal werkcontacten op een laag pitje staat en deze kunnen qua structuur en inhoud verschillen van de nog duidelijk functionerende werkcontacten.

De vragen naar de periode, waarin de psycholoog werkcontacten met huisartsen heeft onderhouden, zijn om meerdere redenen opgenomen:
- op deze wijze hopen we de opkomst en het eventuele verval van werkcontacten in kaart te kunnen brengen. Het zal dan gaan om uitspraken als: "de eerste werkcontacten zijn in 1946 aangeknoopt", of: "in de jaren '74 en '75 werden vrij veel contacten afgebroken";
- voorts kan met behulp van deze gegevens worden nagegaan of in de loop van de tijd de structuur en de inhoud van werkcontacten is verschoven;
- tenslotte is kennis van de periode, waarin een bepaald werkcontact heeft bestaan, noodzakelijk voor het onderzoek naar de samenhang tussen hoofdfunctie en werkcontact.

Waarom is het werkcontact eventueel beëindigd?

Twee vragen (15 en 20) betreffen de redenen voor een eventuele beëindiging van onderhouden werkcontacten. Hier kan de psycholoog in eigen woorden weergeven waarom het werkcontact met een huisarts zijns inziens is afgebroken. Wij hebben voor een derge-

lijke open vraag gekozen omdat op deze wijze alle mogelijke redenen aan bod kunnen komen. Het is mogelijk, dat de antwoorden op deze vraag een vrij gekleurd beeld geven van de reden(en) waarom werkcontacten beëindigd worden. Wij menen echter dat dergelijke gegevens een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de meer feitelijke kenmerken van afgebroken werkcontacten tussen huisarts en psycholoog.

Kader.

Teneinde een mogelijk direct verband tussen de hoofdfunctie van de psycholoog en het door hem onderhouden werkcontact op het spoor te komen, informeert vraag 22 naar het kader, waarin hij bij dit werkcontact betrokken is (geweest); in het kader van zijn hoofdfunctie of bijvoorbeeld louter uit persoonlijke interesse.

Initiatief.

De manier waarop een contact tussen huisarts en psycholoog van start gaat, kan van grote invloed zijn op het verdere verloop. We zijn in dit kader dan ook geïnteresseerd in de vraag wie het initiatief tot de samenwerking nam: de psycholoog en/of de huisarts en/of anderen. In dit laatste geval wordt gevraagd naar een verder specificatie.

Tijdsinvestering.

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog wordt nog al eens vereenzelvigd met een -ook- tijdsintensieve relatie, waarin de psycholoog een halve dag per week of langer ter beschikking van de huisarts staat. Aangezien het project SAP zich richt op een veel bredere groep contacten -met eigenlijk als enige voorwaarde dat er op het vlak van de doelgroep of de activiteit enige continuïteit bestaat- is het zinvol een tamelijk gedifferentieerde indruk te krijgen van de tijd die de psycholoog in verschillen werkcontacten investeert. Hiertoe wordt ook de tijd gerekend, die nodig is voor voorbereiding, uitwerking en dergelijke.
Bij vraag 24 geeft de respondent aan of de werkcontacten een incidenteel dan wel een regelmatig karakter hebben. Indien dit laatste het geval is, wordt ook in uren per week of per maand aangegeven wat de tijdsinvestering precies bedraagt.

De werkzaamheden die de psycholoog verricht.

Psychologen kunnen in relatie tot huisartsen vele en veelsoortige activiteiten verrichten. Te denken valt aan diagnostiek, consultatie, therapie, begeleiding, bij- nascholing, research en dergelijke.
In vraag 25 worden de werkzaamheden geïnventariseerd. Indien binnen een werkcontact verschillende activiteiten worden verricht verzoeken wij de psycholoog deze werkzaamheden allemaal aan te kruisen. (De psycholoog dient dan wel in procenten te schatten hoeveel tijd hij relatief aan elk afzonderlijk besteedt). Een nadere analyse van de aldus gespecificeerde activiteiten kan meerdere vragen helpen beantwoorden. Ter illustratie:kiest men voor een enkelvoudige of voor een gevarieerde taakinvulling -bijvoorbeeld: therapie of een combinatie van therapie en consultatie? Of: hoe ligt de verhouding tussen directe en indirecte hulpverlening - bijvoorbeeld: therapie versus consultatie?

Waar vinden de werkzaamheden plaats?

Bij vraag 26 geeft de psycholoog aan waar de werkzaamheden die hij binnen een werkcontact uitvoert, over het algemeen plaatsvinden: op het werk- c.q. privéadres van de psycholoog, op het werk- c.q. privéadres van de huisarts, of elders. De respondent kan ook bij deze vraag meerdere mogelijkheden aankruisen, maar dient dan wel weer middels een schatting in procenten aan te geven in welke mate van de verschillende mogelijkheden gebruik is gemaakt.
De aanleiding voor het opnemen van deze vraag is voor een groot deel gelegen in de bestaande onduidelijkheid rond de plaats van de psycholoog in de gezondheidszorg (1e lijn, 2e lijn, intramuraal, en dergelijke). Eén van de aspecten van deze zogeheten echelonering betreft de plaats waar de werkzaamheden worden uitgevoerd.
De antwoorden op deze vraag kunnen misschien ook iets meer licht werpen op de mate waarin het contact tussen huisarts en psycholoog ook minder formele aspecten bezit. Bijvoorbeeld: als het contact schriftelijk verloopt en dus vrij formeel genoemd kan worden, is het uitgesloten dat men op vrij informele basis ervaringen uitwisselt en zo bekend raakt met elkaars taalgebruik. Als tegenpool zou de psycholoog die in de praktijk van de huisarts werkt, kunnen worden genoemd. In een dergelijke ruimtelijke opstelling vermoeden wij het meeste persoonlijke contact, waarin terloops onderlinge uitwisseling van informatie, kennis en ervaring kan plaatsvinden.

Financiering.

De financiële regelingen, die van toepassing zijn voor werkzaamheden, die de psycholoog in relatie tot de huisarts verricht, staan op vrij brede schaal ter discussie. Binnen het project SAP wordt dan ook geïnventariseerd hoe de financiering van de verschillende werkcontacten werd en wordt geregeld.
De psycholoog kan in vraag 27 aangeven hoe de financiering plaatsvindt: niet gefinancierd, door de huisartsen, door de groepspraktijk/gezondheidscentrum, door de thuisbasis van de psycholoog, door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, door het ziekenfonds, via speciale subsidies of anderszins. Wanneer meerdere mogelijkheden van toepassing zijn, wordt gevraagd naar de relatieve bijdrage in procenten.

Verschuivingen.

Het is heel wel mogelijk, dat binnen langer functionerende werkcontacten in de loop van de tijd verschuivingen optreden: inhoudelijk, qua tijdsinvestering, financieel, met betrekking tot de structuur en dergelijke. Aangezien dergelijke historische gebeurtenissen de in de vragenlijst beschreven laatst geldende situatie mede kunnen beïnvloeden of bepalen, is over dergelijke verschuivingen een aparte vraag opgenomen (28). Eventuele verschuivingen kunnen uitgebreid en in eigen woorden beschreven worden.

Tevredenheid.

In de vragenlijst is steeds geïnformeerd naar de feitelijke stand van zaken. In het onderzoek wordt daarnaast naar een meer evaluatieve karakterisering van enige belangrijk geachte aspecten van de werkcontacten gevraagd. Het zijn immers niet alleen

feitelijkheden die het optimaal of minimaal functioneren van een samenwerkingsrelatie bepalen; ook subjectieve oordelen spelen hierbij een rol.
In vraag 29 vragen wij de psychologen om aan te geven hoe tevreden zij zijn met respectievelijk: de tijdsinvestering, de werkinhoud, de financiering, de organisatie/structuur en de eventuele verschuivingen binnen de door hen genoemde werkcontacten.
De tevredenheid met elk van deze aspecten kan worden uitgedrukt op een 5-puntschaal.

Gewenste veranderingen.

Wanneer de historische ontwikkelingsgang van een werkcontact in beschouwing wordt genomen, kan hierbij ook de toekomst worden betrokken: welke wijzigingen staat men voor, als het werkcontact naar het oordeel van de respondent nog geen stabiele vorm heeft bereikt? Met behulp van de open vraag "Wat zou U graag veranderd willen zien?" kunnen mogelijk ook de antwoorden op de tevredenheidsvragen iets aan diepgang winnen.

III.4. Telefonisch interview.

Zoals reeds eerder vermeld, bleek het voor psychologen die ten behoeve van vele (groepen) huisartsen steeds eenmalig een zelfde soort van activiteiten verrichtten ondoenlijk, maar ook niet zinvol om al deze contacten afzonderlijk te beschrijven. Ondoenlijk omdat dan een groot aantal vragen steeds een groot aantal keren beantwoord zou moeten worden. Niet zinvol omdat dit genre activiteiten beter als geheel kan worden beschreven dan in al zijn losse verschijningsvormen.
Wanneer iemand bijvoorbeeld trainingen in gespreksvoering geeft aan huisartsen is het interessanter te weten wanneer hij überhaupt met dit soort werk begonnen is dan wanneer iedere losse training is gestart en beëindigd. Ook de mate van tevredenheid met een individuele training is minder relevant dan de tevredenheid met werk "trainingen geven".
In de telefonische vragenlijst zijn daarom vragen opgenomen die qua inhoud niet verschillen van de vragen uit de groene vragenlijst. De antwoorden betreffen echter geen individuele werkcontacten, maar beslaan steeds een bundeling van activiteiten. De koppeling van soort activiteiten aan soort huisartsen doelgroep blijft ook in de gele vragenlijst bestaan.

Het telefonisch interview start met vragen over de soorten activiteiten en de soorten huisartsen doelgroepen.
Per combinatie hiervan wordt vervolgens gevraagd naar:
- start- en (eventueel) einddatum
- kader waarbinnen de werkzaamheden worden verricht
- initiatief
- tijdsinvestering
- locatie van het werkcontact
- financiering
- eventuele verschuivingen in elk der bovengenoemde aspecten
- tevredenheid met elk der bovengenoemde aspecten
- toekomstplannen en/of verwachtingen
- oordeel over de aansluiting van de doctoraalopleiding bij de genoemde werkzaamheden.

IV. HET VERWERVEN VAN GEGEVENS

IV.1. Inleiding.

Toen de vragenlijst volledig afgerond was, kon worden begonnen met het verzamelen van gegevens. In dit hoofdstuk behandelen we eerst het pakket dat aan de bij samenwerking betrokken psychologen is toegezonden (IV.2.). Vervolgens wordt kort ingegaan op de rappels die zijn verzorgd(IV.3.). In paragraaf IV.4. worden tenslotte enige woorden gewijd aan de respons op de vragenlijsten, die in eerste instantie zijn verzonden.

IV.2. De eerste zending.

Eind juli is gestart met het verzenden van de vragenlijsten aan de op dat tijdstip bij het N.H.I. bekende psychologen. In de loop van de tijd zijn nog ettelijke malen vragenlijsten verzendklaar gemaakt, wanneer het bestand wederom was uitgebreid. De laatste substantiële uitbreiding van het bestand had betrekking op psychologen, die werkzaam zijn in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (zie ook II.4.).
Toen de reacties van de NVAGG-lidinstellingen begin oktober duidelijk gingen teruglopen, is besloten om het bestand medio oktober als gesloten te beschouwen.
Kort daarna is dan ook voor de laatste maal een "eerste zending" verzorgd.

Het aldus aan de bij samenwerking met huisartsen betrokken psychologen toegezonden pakket bevatte vijf onderdelen:

1. een begeleidende brief (zie bijlage). In deze brief worden de bedoeling en de achtergronden van het project SAP uiteengezet, waarna om medewerking wordt gevraagd.
2. een algemene instructie (zie bijlage). In deze instructie wordt allereerst uitgelegd, wat wordt verstaan onder een werkcontact. Nadat is aangegeven dat in de vragenlijst vier werkcontacten beschreven kunnen worden, gaat de instructie in op het telefonisch interview dat kan worden aangevraagd, indien de aard van de werkcontacten het invullen van de vragenlijst onmogelijk maakt.
3. de vragenlijst (zie bijlage).
4. een naamkaartje.
5. een antwoordenvelop.

IV.3. Het rappel.

Toen de respons van de vragenlijsten welke eind juli waren verzonden, was teruggevallen tot het niveau van één per dag, zijn rappels verzonden aan de psychologen die nog niet hadden gereageerd. Aangezien tot deze groep vrij veel psychologen behoorden, die volgens opgave van het L.C.C. mogelijk lid waren geweest van een zogeheten regionale groep, hebben wij voor het rappel van eind augustus twee versies gemaakt:

- een rappel waarin wordt aangegeven dat wij via de L.C.C. over de betreffende naam beschikken waarin expliciet gevraagd wordt naar de beschrijving van eventuele participatie in een regionale groep.
- een algemeen rappel.

Psychologen, die hun eerste vragenlijst later dan eind juli hebben ontvangen en op de toezending niet reageren, ontvangen ongeveer drie weken na de verzending eveneens een rappel, welke gelijk is aan de bovengenoemde tweede versie.

IV.4. Respons van de eind juli verzonden vragenlijsten.

In deze paragraaf willen we enige woorden wijden aan de respons op de eerste groep vragenlijsten, te weten de vragenlijsten die eind juli verzonden zijn en waarvoor een maand later het rappel is uitgegaan.
De eerste vragenlijsten zijn verzonden aan de L.C.C.-groep, de N.I.P.-groep, een deel van de universitaire groep,de bij- en nascholingsgroep en een gedeelte van de zogeheten "rest-groep". o
Het aantal van de uit deze groepen afkomstige psychologen bedraagt 361 en kan als volgt worden gespecificeerd:

	Aantal	Percentage van de totale groep
L.C.C.-groep	272	75,3%
N.I.P.-groep	16	4,4%
(deel van) univ.groep	27	7,5%
bij- en nascholingsgroep	11	3,1%
(deel van) rest-groep	35	9,7%

Tabel IV.1. : Overzicht van de subpopulaties, die eind juli een vragenlijst ontvingen.

Bij het bespreken van het responspatroon zal worden gekeken naar de L.C.C.-groep en naar de overige groepen tesamen (resp. N=272 en N=89).
Deze tweedeling wordt niet alleen gehanteerd omdat de L.C.C.-groep uit veel personen bestaat, maar vooral ook omdat zij theoretisch gezien een andere groep is. Van de psychologen uit de overige groepen wisten wij immers vrijwel zeker dat zij werkcontacten, zoals bij ons bedoeld,hebben of hebben gehad, terwijl van de L.C.C.-psychologen daarentegen slechts bekend was dat zij ooit interesse hadden getoond voor dergelijke contacten. Over de eventuele realisering daarvan bestond geen duidelijkheid. Een dergelijk gegeven kan de respons nogal beïnvloeden, daar mensen zonder werkcontacten waarschijnlijk niet zullen reageren.

Wanneer we nu overgaan tot het beschouwen van de responsgegevens, zien we dat 132 psychologen niet gereageerd hebben : 36,6%.
Onder de groep psychologen, die wel hebben gereageerd (N=229; 63,4%), rekenen wij een heel scala van reacties:
- vragenlijst volledig ingevuld geretourneerd,
- telefonisch interview aangevraagd
- vragenlijst niet (volledig) ingevuld teruggezonden en
- expliciete aanduidingen, dat men als psycholoog nooit werkcontacten met huisartsen heeft gehad.

Ter nadere inspectie van de respons worden in de volgende tabel van de totale groep, de L.C.C.-groep en de overige groepen tesamen gegevens over al dan niet reageren weergegeven:

o Zie voor een beschrijving van deze groepen hoofdstuk II.4.

	respons		geen respons	
	N	%	N	%
L.C.C.-groep	164	60,3	108	39,7
overige groepen	65	73	24	27
totale groep	229	63,4	132	36,6

Tabel IV.2.: Responspatroon in aantallen en procenten

Bovenstaande gegevens wijzen erop dat er inderdaad een duidelijk verschil bestaat tussen de manier, waarop de L.C.C.-groep heeft gereageerd en de manier waarop de overige groepen hebben gereageerd (significant: $.02 < p < .05$). De psychologen uit de L.C.C.-groep reageren in totaal gezien significant minder vaak dan psychologen die tot andere subpopulaties behoren. Gezien het hoge aantal L.C.C.psychologen beïnvloedt het lagere responspercentage van hen het totale responspatroon vrij heftig.
Wanneer de resultaten over alle bij het onderzoek betrokken psychologen verwerkt zijn, zal het responspercentage daarom waarschijnlijk boven deze 63,4% uitstijgen.
De gegevens, welke voortspruiten uit een vergelijking op responspatroon tussen de L.C.C.-groep en de overige groepen, lijken erop te wijzen dat inderdaad een groot aantal van de destijds gevormde groepen nooit van de grond is gekomen.°
De bij deze mogelijk niet-gestarte regionale groepen aangesloten psychologen zouden dan ook ten onrechte door ons benaderd kunnen zijn. In de richting van een dergelijke verklaring wijst ook het gegeven, dat van de L.C.C.-groep 7,7% expliciet te kennen gaf dat nooit werkcontacten met huisartsen onderhouden waren, terwijl dit cijfer voor de overige groepen 1,1% bedraagt.

° Zo constateerde ook Ibelings in zijn evaluatie "Contacten huisartsen-psychologen" (Huisarts en Wetenschap, 1974, pag.267), welke ca. negen maanden na de officiële start van de groepen heeft plaatsgevonden, dat in elf van de 27 regio's nog niets op gang was gekomen. Het lijkt erop dat deze regio's ook later niet meer begonnen zijn.

V. RESULTATEN.

V.1. Inleiding.

Alhoewel het project SAP nog voor een groot gedeelte verkeert in het stadium van gegevens verzamelen, zal in dit interimrapport toch vast enige aandacht worden gewijd aan de eerste uitkomsten van de doorlichting. We willen er echter met nadruk op wijzen dat de hier besproken resultaten niet als stellige gegevens gehanteerd mogen worden. Wèl geven zij een indruk van de soort gegevens die uiteindelijk verwacht mogen worden en van de richting waarin die gegevens waarschijnlijk zullen gaan.

Vanwaar deze voorzichtigheid ?

- De opbouw van het bestand van psychologen is zó verlopen, dat bepaalde groeperingen beduidend later aan ons bekend zijn geworden en dientengevolgen later een vragenlijst hebben ontvangen, zodat de respons van deze groepen ook lager zal liggen. Bijvoorbeeld : psychologen die werkzaam zijn bij instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben pas begin oktober voor het eerst een vragenlijst ontvangen (wanneer zij althans op dat moment niet via een andere bron bij ons bekend waren). Er is aan hen ten tijde van de eerste analyse nog geen rappel toegezonden. Men kan dus aannemen dat deze groepering momenteel nog is ondervertegenwoordigd.
- Het afnemen van telefonische interviews is in september gestart en zal -naar wij verwachten- tot medio december voortduren. Gegevens van psychologen die geen activiteiten uitvoeren in relatie tot een bepaalde huisarts of een bepaalde groep huisartsen, maar een bepaalde activiteit in min of meer ongewijzigde vorm ten behoeve van steeds andere huisartsen uitvoeren, zijn dan ook nog niet voorhanden. De onderzoekers hebben daarom besloten om de manier waarop deze psychologen met huisartsen samenwerken in deze interimnota nog niet te beschrijven.

Resumerend : de in dit hoofdstuk beschreven resultaten betreffen de huidige respons aan vragenlijsten voor zover de betreffende psycholoog niet ook een telefonisch interview heeft aangevraagd. Deze beperkingen nopen de onderzoeker èn de lezer tot omzichtig hanteren van interpretaties en tot het afzien van stellige uitspraken. Het weergeven van deze eerste resultaten is, met andere woorden, oriënterend bedoeld.

Gezien het bovenstaande is voorlopig afgezien van uitgebreide statistische bewerkingen. De gegevens in de interimnota behelzen voornamelijk frequentietellingen.
In paragraaf IV.4. werd besproken hoeveel respons is verkregen op de eind juli verzonden vragenlijsten. Daar bleek dat 229 psychologen op een of andere manier hadden gereageerd.
21 psychologen gaven te kennen, dat zij nooit werkcontacten met huisartsen hadden onderhouden, terwijl 45 respondenten een telefonisch interview hadden aangevraagd en 31 respondenten de vragenlijst onvolledig hadden ingevuld. Bij de eerste analyses - welke hier behandeld gaan worden - is alleen gebruik gemaakt van de resterende 132 goed ingevulde vragenlijsten. In deze vragenlijsten zijn totaal 278 werkcontacten beschreven.

Bij de weergave van de resultaten wordt dezelfde opzet gehanteerd als in Hoofstuk III.3, waar de inhoud van de vragenlijst werd toegelicht. We gaan allereerst in op de opleiding tot psycholoog (paragraaf V.2.) en op de hoofdfunctie(s) die de psycholoog ten tijde van zijn werkcontacten heeft bekleed (paragraaf V.3.). Vervolgens wordt in een korte paragraaf (V.4.) besproken met wie de psycholoog werkcontacten heeft onderhouden. In paragraaf V.5. worden verschillende aspecten van de werkcontacten zelf nader onder de loep genomen. Het hoofdstuk "resultaten" wordt afgesloten met een korte discussie (paragraaf V.6.).

V.2. De opleiding tot psycholoog.

De 132 respondenten van wie de antwoorden in de huidige analyse worden betrokken hebben ons ook enige gegevens verstrekt over hun doctoraalopleiding psychologie en over de mate waarin de door hen genoten opleiding naar hun mening aansluit bij de werkzaamheden die zij in relatie tot huisartsen verrichten of verricht hebben.

V.2.1. De doctoraalopleiding.

De psychologen die werkcontacten met huisartsen onderhouden, hebben ons ondermeer geïnformeerd over de universiteit waar zij gestudeerd hebben, de door hen gevolgde hoofdrichting en het jaar waarin zij hun doctoraalexamen hebben behaald.
Aangezien wij nog niet de beschikking hebben over landelijke gegevens ten aanzien van deze aspecten van de doctoraalopleiding, zullen wij hier moeten volstaan met een beschrijving van de huidige populatie zonder deze te vergelijken met het landelijke gemiddelde. We zullen dus niet kunnen spreken in termen van over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groeperingen ten opzichte van de landelijke cijfers.

Jaar van afstuderen.

In tabel V.1. compileren wij enige gegevens over het jaar van het doctoraalexamen. In deze tabel is duidelijk te zien dat de nog niet zo lang geleden afgestudeerde psychologen de overhand hebben. Zo is het merendeel (79,5%) van de psychologen die werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden de laatste 15 jaar afgestudeerd.

jaar doctoraal examen	aantal psychologen dat het doctoraal-examen heeft afgelegd	gemiddeld aantal per jaar
1946 - 1950	4	0,8
1951 - 1960	23	2,3
1961 - 1970	58	5,8
1971 - 1975	44	8,8
1976	3	?

Tabel V.1. : jaar van afstuderen van de bij samenwerking betrokken psychologen.

Het aantal psychologen dat in 1976 is afgestudeerd en een werkcontact met een huisarts onderhoudt is vrij gering (tot op heden: 3). Ook de lichting 1975 leverde slechts 4 bij samenwerking betrokken psychologen op. Alhoewel de aantallen nog erg klein zijn voor stellige beweringen, is het interessant om op dit aspect gesplitst te blijven. Een dergelijke teruggang kan op meerdere manieren verklaard worden:
- de psycholoog vervult na de studie eerst zijn dienstplicht.
- de belangstelling van de jonge psycholoog voor dit soort relaties met huisartsen neemt af.
- de lichtingen 1975 en 1976 gaan pas in een later stadium werkcontacten met huisartsen aan, omdat men eerst ervaring wil opdoen.
- en dergelijke .

Universiteit.

De psychologen die werkcontacten met huisartsen hebben onderhouden, zijn aan de volgende universiteiten afgestudeerd:

Universiteit	aantal	percentage
Amsterdam G.U.	29	22,0 %
Amsterdam V.U.	19	14,4 %
Groningen	13	9,8 %
Leiden	12	9,1 %
Nijmegen	32	24,2 %
Utrecht	24	18,2 %
Buitenland	3	2,3 %

Tabel V.2. : overzicht van de aantallen respondenten, die aan een bepaalde universiteit hun doctoraalexamen hebben afgelegd.

De meeste psychologen hebben hun doctoraalexamen afgelegd aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen en de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam. Groningen en Leiden leverden beduidend minder psychologen met werkcontacten op dan de overige universiteiten.

Afstudeerrichting.

Één van de 132 respondenten heeft verzuimd zijn afstudeerrichting in te vullen. Van de overige psychologen zijn er 9 afgestudeerd in de periode waarin binnen de psychologie nog geen sprake was van aparte hoofdrichtingen. 12 personen hebben twee hoofdrichting gevolgd. In onderstaande tabel worden in kolom 1 de psychologen met één hoofdrichting gespecificeerd. Kolom 2 geeft aan hoe vaak een bepaalde afstudeerrichting is genoemd, terwijl deze getallen in kolom 3 ook in percentages worden uitgedrukt.

hoofdrichting	aantal psychologen met één hoofdrichting	frequentie hoofdrichting	
		aantal	percentage
- clinische psychologie	68	77	57,5 %
- sociale psychologie	17	24	17,9 %
- ontwikkelings psychologie	8	12	8,9 %
- funktieleer/ experimentele psychologie	8	8	6,0 %
- overig	9	13	9,7 %

Tabel V.3. : overzicht van de gevolgde hoofdrichtng.

Uit deze tabel wordt duidelijk dat het overgrote deel van de psychologen (meer dan de helft) is afgestudeerd in de sector Clinische Psychologie. De sector Sociale Psychologie neemt met 17,9% een tweede plaats in. De overige studierichtingen komen relatief duidelijk minder voor.

V.2.2. Aansluiting tussen opleiding en werken met/ten dienste van huisartsen.

123 psychologen die werkcontacten met huisartsen onderhielden hebben ons meegedeeld in welke mate de door hen genoten doctoraalopleiding huns inziens aansloot bij de door hen binnen werkcontacten uitgevoerde activiteiten. De door hen gegeven beoordelingen volgen in tabel V.4.
De ervaren aansluiting wordt niet onverdeel gunstig beoordeeld. Bijna de helft van de respondenten karakteriseert de aansluiting als tamelijk slecht of zelfs slecht. De meest positieve beoordeling wordt slechts gegeven door ruim 10% van de psychologen. Het lijkt dat de huidige doctoraalopleidingen nog niet goed zijn uitgerust voor het werk in of nabij de eerste lijn van de gezondheidszorg !

ervaren aansluiting opleiding - werkcontact	aantal	percentage
goed	13	10,57 %
tamelijk goed	35	28,45 %
middelmatig/neutraal	17	13,82 %
tamelijk slecht	29	23,58 %
slecht	29	23,58 %

Tabel V.4 : mening van de respondenten over de aansluiting van de gevolgde doctoraalopleiding op de binnen werkcontacten uitgevoerde activiteiten.

Aangezien het ons goed mogelijk leek, dat de in tabel V.4. naar voren komende diversiteit in beoordelingen (mede) wordt bepaald door de gevolgde doctoraalopleiding zijn in deze richting enige analyses uitgevoerd :

- ervaren aansluiting - jaar doctoraalexamen.

  Het lijkt erop, dat psychologen die in de jaren 1971 - 1976 zijn afgestudeerd, de aansluiting iets minder negatief beoordelen dan psychologen die in of vóór 1970 zijn afgestudeerd. Onderstaande kruistabel levert een sygnificante z-waarde op ($.02 < p < .05$).

beoordeling aansluiting	jaar doctoraalexamen	
	1946-1970	1971-1976
-(tamelijk) goed + middelmatig	35	29
-(tamelijk) slecht	43	16

Tabel V.5. : mening over de aansluiting tussen doctoraalopleiding en werkzaamheden in relatie tot huisartsen, uitgesplitst naar jaar van afstuderen.

- ervaren aansluiting - hoofdrichting.

  Deze combinatie kan op meerdere manieren geanalyseerd worden. De "breedte"van het opleidingspakket kan in het geding zijn (geen specialisatie, versus één hoofdrichting, versus twee hoofdrichtingen). Het is ook mogelijk, dat de soort hoofdrichting (Clinische Psychologie versus Sociale Psychologie, etc.) samenhangt met de ervaren aansluiting.

  Het blijkt geen verschil uit te maken of de aansluiting tussen doctoraalopleiding en het werk dat in relatie tot de huisartsen wordt uitgevoerd, wordt beoordeeld door een psycholoog "oude stijl" (geen specialisatie) of door een psycholoog die één hoofdrichting heeft gevolgd of door een psycholoog met twee hoofdrichtingen. Hierbij moet echter wel worden aangetekend dat de N van eerst- en laatstgenoemde categorie momenteel nog erg klein is, zodat de kans op significante resultaten ook nog gering is.
  Bij de analyses van de mogelijkheid dat de soort hoofdrichting samenhangt met de ervaren aansluiting zijn alléén de psychologen met één hoofdrichting betrokken (een uitsplitsing van combinaties is niet relevant; een mogelijk verschil is immers niet eenduidig ergens aan toe te schrijven). De hoofdrichting blijkt niet te differentiëren. Het is dus niet zo, dat bijvoorbeeld een sociaal psycholoog de aansluiting hoger aanslaat dan een experimenteel psycholoog.

Een en ander betekent, dat de verdeeldheid waarmee de aansluiting wordt beoordeeld òf op een complexe wijze samenhangt met de genoten doctoraalopleiding òf meer te maken heeft met hetgeen zich in de verschillende werkcontacten afspeelt. Een combinatie van beide mogelijkheden is erg waarschijnlijk.

V.3. De hoofdfunctie die de psycholoog vervult ten tijde van zijn werkcontact.

In de vragenlijst wordt geïnformeerd naar de hoofdfunctie van de psycholoog ten tijde van zijn eerste werkcontact. Mocht de psycholoog daarnaast of daarna ook nog andere hoofdfuncties hebben vervuld, dan wordt hem verzocht ook die te specificeren, zodat ook zijn latere werkcontacten (mede) in het licht van de hoofdfunctie kunnen worden bezien. Aangezien deze koppeling -latere hoofdfuncties combineren met latere werkcontacten- nog niet mogelijk is, beperken we ons tot de beschrijving van de hoofdfuncties, die de 132 psychologen gedurende hun eerste werkcontact vervulden. Alleen die hoofdfuncties zijn zeker gedurende het bestaan van de werkcontacten uitgeoefend.

Negen respondenten hebben hun hoofdfunctie niet beschreven, terwijl acht respondenten de hoofdfunctie niet behoefden te omschrijven, daar deze identiek was aan het eerste werkcontact.
De verdeling van de hoofdfuncties die ten tijde van de overige 115 werkcontacten zijn uitgeoefend was als volgt :

karakterisering hoofdfunctie	aantal	percentage
- free lance	11	9,57 %
- ambulante geestelijke gezondheidszorg	17	14,78 %
- intramuraal: algemeen/somatisch	11	9,56 %
- intramuraal: psychisch/psychiatr.	30	26,08 %
- bedrijf	3	2,61 %
- onderwijs	26	22,61 %
- beleids- en/of onderzoeksinstelling welzijnssector	10	8,70 %
- overige settings	7	6,09 %

Tabel V.6. : verdeling van de hoofdfuncties van psychologen ten tijde van hun eerste werkcontact.

Bij de inspectie van deze tabel moeten we er rekening mee houden dat algemeen-landelijke gegevens over de setting waarin de psycholoog werkt, ontbreken. Op grond van bovenstaande gegevens kan dus geen over- of ondervertegenwoordiging van een bepaalde hoofdfunctie worden geconstateerd. We kunnen wel zien, dat vooral psychologen uit de intramurale sfeer en het onderwijs een eerste werkcontact met huisartsen hebben aangeknoopt. De ambulante geestelijke gezondszorg leverde ook nog vrij veel psychologen op. De overige functies overstijgen geen van alle de 10%. De gegevens uit tabel V.6. wijzen er tevens op dat het vooral de psychologen uit de directie hulpverlening zijn, die een eerste werkcontact met huisartsen aanknoopten. Het zijn voornamelijk werkers in de intramurale, ambulante en free lance sector.

De gemeenten waar de respondenten hun hoofdfunctie vervullen, zijn onder andere ingedeeld naar urbanisatiegraagd. Van 19 respondenten ontbreken ons hier gegevens over.

urbanisatiegraad plaats hoofdfunctie	aantal	percentage
agrarisch gebied	7	6,2%
verstedelijkt platteland	5	4,4%
forensengemeente	12	10,6%
stad	37	32,8%
grote stad	52	46,0%

Tabel V.7.: urbanisatiegraad van de gemeente waarin de respondent zijn hoofdfunctie vervult.

De locatie van de hoofdfunctie die de psycholoog ten tijde van zijn eerste werkcontact vervulde, blijkt meestal een stad of een grote stad te zijn (respectievelijk 32,8 en 46%). Het agrarisch gebied en verstedelijkt platteland zijn nauwelijks vertegenwoordigd.

Tot slot enige gegevens over de tijd die de respondenten in de hiervoor beschreven hoofdfunctie investeerden. Van één respondent zijn ons hierover geen gegevens bekend.

Tijd in uren	aantal	percentage
minder dan 10	5	3,8%
van 10 tot 20	7	5,3%
van 20 tot 30	18	13,8%
van 30 tot 40	7	5,3%
full time (= 40)	94	71,8%

Tabel V.8.: tijdsinvestering in de hoofdfunctie ten tijde van het eerste werkcontact.

Bijna driekwart van de respondenten heeft een full-time functie. Minder dan half-time werkt slechts een klein aantal van de psychologen.

V.4. Met wie werkt de psycholoog samen?

Onder een werkcontact verstaan wij: een min of meer regelmatige relatie die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met anderen). Een werkcontact is zo dus vast gekoppeld aan een bepaalde persoon of een bepaalde groep personen. Hoe kunnen de werkcontacten op dit criterium worden ingedeeld?
Deze vraag is voor 18 werkcontacten niet of onvolledig beantwoord.

Wanneer alle overige werkcontacten in beschouwing genomen worden, blijkt 37% betrekking te hebben op één huisarts.
Zoals reeds in III.3.2. is uiteengezet, werd de respondenten verzocht de praktijkvorm van de huisarts te specificeren.

Hierbij is afgezien van een uitputtende rubricering. Men kon een keus maken uit de aanduidingen "solopraktijk" en "samenwerkingsverband". De psycholoog diende de omschrijving die naar zijn mening de praktijkvorm van de huisarts het beste karakteriseerde aan te kruisen.

Bij de werkcontacten die betrekking hebben op één huisarts is de praktijkvorm twee maal niet gespecificeerd. De omschrijving "de arts werkt in een solopraktijk" werd 65 maal (67,7%) aangekruist, terwijl de arts in 29 werkcontacten (30,2%) afkomstig was uit een samenwerkingsverband.
In de overige werkcontacten staat de psycholoog in relatie tot een groep huisartsen. 90 contacten (34,5%) hebben betrekking op meerdere huisartsen (alleen huisartsen). Deze groepen bestaan 30 keer (33,3%) uit huisartsen die in solo-praktijken werken; 29 keer (32,2%) uit huisartsen die in één of meer samenwerkingsverbanden werken; en weer 30 keer (33,3%) zowel uit huisartsen die in een solopraktijk werken, als uit huisartsen die in een samenwerkingsverband werken. Eén werkcontact is in dit opzicht niet gespecificeerd.
In de resterende 74 werkcontacten (28,5%) werkt de psycholoog samen met een groep die bestaat uit één of meer huisartsen en anderen. Ook bij deze categorie hebben de respondenten de praktijkvorm van de betrokken huisartsen gekarakteriseerd. De huisartsen werkten 16 maal (21,6%) in een solo-praktijk en 26 maal (35,1%) in één of meer samenwerkingsverbanden. In 27 werkcontacten (36,5%) tenslotte, participeerden huisartsen uit solo-praktijken èn samenwerkingsverbanden. Vijf werkcontacten binnen deze categorie waren niet gespecificeerd.

De voorgaande percentages betreffen alle werkcontacten, opgeacht of het voor de psycholoog zijn eerste of een daarop volgend werkcontact met huisartsen betrof. Een uitsplitsing met betrekking tot deze dimensie laat zien, dat het werken met een groep die bestaat uit huisartsen en anderen minder vaak voorkomt wanneer de psycholoog aan zijn tweede of latere werkcontact bezig is.
Er is, met anderen woorden, een lichte trend naar minder complexe samenwerkingsrelaties: wanneer een psycholoog eenmaal een werkcontact heeft onderhouden is hij de volgende keer sneller geneigd om met één huisarts of met een groep van enkel huisartsen te gaan samenwerken, en is hij minder snel geneigd om een werkcontact met een pluriforme groep, waarin naast huisartsen ook anderen participeren, te onderhouden.

Zoals gezegd bestaat 28,5% van de werkcontacten uit relaties tussen een psycholoog en een groep die bestaat uit één of meer huisartsen en anderen. De respondenten konden deze andere leden van de groep nader specificeren en dus ook meerdere disciplines benoemen. Hun antwoorden zijn uitgesplitst naar echelonnering en soort discipline ("somatisch" versus "psychosociaal" in de ruimste zin des woords). De verdeling van de gegeven specificaties op beide dimensies worden in de hierna volgende tabel weergegeven.

echelonnering	aard van de discipline	
	somatisch	psychosociaal
eerste lijn	20,2%	26,9%
tweede lijn/intramuraal	34,6%	18,3%

Tabel V.9.: Specificatie op echelonnering en aard van de discipline van andere leden van de doelgroep: "één of meer huisartsen en anderen".

Uit deze percentages blijkt dat "psychosociale" eerstelijns-hulpverleners (als bijvoorbeeld maatschappelijk werkenden) en "somatische" tweedelijns of intramurale hulpverleners (als bijvoorbeeld internisten) relatief sterk vertegenwoordigd zijn.

V.5. De werkcontacten tussen huisarts en psycholoog

De gegevens die hier worden besproken zijn ons aangereikt door 132 respondenten. Tesamen hebben zij in de loop der jaren 278 werkcontacten onderhouden.

In dit hoofdstuk wordt een aantal aspecten van deze 278 werkcontacten afzonderlijk behandeld. Onderlinge relaties tussen de verschillende variabelen zullen in een later stadium worden geanalyseerd.
Bij de beschrijving van de onderscheidene aspecten zal alleen worden gerapporteerd over die werkcontacten waarover voldoende gegevens bekend zijn. Wanneeer de respondent een bepaalde vraag niet of onvolledig heeft beantwoord worden zijn gegevens over die betreffende vraag buiten beschouwing gelaten.

V.5.1. De opkomst van samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog.

Volgens de huidige gegevens startte het eerste contact tussen huisarts en psycholoog in 1951. Een eenling destijds nog. En dat bleef het eerste decennium daarna nog zo voor de psychologen die op grond van hun deskundigheden in contact kwamen met huisartsen. In totaal zijn tot en met 1959 acht werkcontacten van de grond gekomen.
Sinds het eind van de vijftiger jaren kwam in de literatuur met betrekking tot de huisartsgeneeskunde steeds vaker en regelmatiger het fenomeen "psychosociale problematiek" aan de orde. Het werd herkend als een substantieel onderdeel van de huisartsentaak en de huisarts zocht naar wegen om hierop in te kunnen gaan. Sommigen legden in dit kader contact met psychologen. In de periode 1960 tot en met 1971 konden wij een gemiddelde van 4,7 nieuwe werkcontacten per jaar traceren. In 1971 hadden volgens onze huidige gegevens 29 psychologen samengewerkt met huisartsen. Zij hadden tesamen 66 werkcontacten onderhouden, hetgeen betekent dat veel psychologen een eerste werkcontact al snel lieten volgen door een tweede en eventueel een derde of vierde.
Hieruit kan worden afgelezen dat er wel animo bestond voor deze nieuwe vorm van samenwerking.

1972 luidt de periode van de grote opkomst in.

startjaar	aantal gestarte werkcontacten
1966	2
1967	7
1968	2
1969	4
1970	7
1971	9
1972	33
1973	30
1974	49
1975	48
1976	41

Tabel V.10.: Overzicht van de aantallen werkcontacten, die in een bepaald jaar gestart zijn.

(n.b.: tussen 1951 en 1959: totaal 8; tussen 1960 en 1965: totaal 25; onbekend: totaal 13).

Gemiddeld startten in de periode 1972 tot en met 1976 jaarlijks 42,2 werkcontacten. In september 1976 was het totaal aantal ooit gestarte werkcontacten (278) vergeleken met 1971 (66) dan ook drastisch vermeerderd.

Ook wanneer alle ooit gestarte werkcontacten in beschouwing worden genomen, valt het op dat een eerste werkcontact vaak gevolgd wordt door een tweede of zelfs meer werkcontacten:

- 52 psychologen hadden 1 werkcontact,
- 34 psychologen hadden 2 werkcontacten,
- 26 psychologen hadden 3 werkcontacten,
- 20 psychologen hadden 4 werkcontacten.

We zien dat 60,6% van de psychologen, die eens een werkcontact met een arts zijn gestart ook begint aan een tweede contact. Een aantal van hen (20 = 15,2%) is zelfs al aan zijn vierde werkcontact toe.
Voor een mogelijke verklaring van deze lichtelijk explosieve opkomst van samenwerkingscontacten tussen huisartsen en psychologen in de beginjaren '70 verwijzen wij naar de Historische Schets (Hoofdstuk I).
Overigens is het aardig te ontdekken dat de in dat hoofdstuk geschetste ontwikkelingsgang ook door de feiten uit deze enquête volledig bevestigd wordt: niet alleen verschenen er in de jaren '71-'72 veel artikelen in kranten en vakbladen over het fenomeen huisarts-psycholoog, en niet alleen kregen de overkoepelende instellingen belangstelling voor een nauwere samenwerking tussen de beide disciplines, ook de werkers in het veld begonnen elkaar in deze periode op grote schaal op te zoeken.

V.5.2. Kader waarbinnen de psycholoog in het werkcontact participeert.

Psychologen kunnen vanuit hun hoofdfunctie, als lid van een beroepsprganisatie, puur uit persoonlijke interesse of anderszins bepaalde werkcontacten onderhouden. Wanneer de werkcontacten op de dichotomie "in het kader van de hoofdfunctie" versus "in een ander kader" worden geplaatst, zien we dat voor ruim een kwart van de werkcontacten het laatste van toepassing is. 69,1% van de werkcontacten wordt in het kader van de hoofdfunctie vervuld, terwijl de overige 5,1% zowel in het kader van de hoofdfunctie als in een ander kader wordt onderhouden.
De thuisbasis van de psycholoog moet op grond van bovenstaande gegevens als een mogelijk belangrijke variabele worden beschouwd.

V.5.3. Initiatief tot het werkcontact.

Op een vraag naar de initiatiefnemer van de werkcontacten is voor 17 contacten geen antwoord verkregen. Ten aanzien van de resterende 261 werkcontacten geldt onderstaande verdeling:

	initiatiefnemer		
	huisarts	psycholoog	andere(n)
I. Eén initiatiefnemer:			
- aantal	94	50	52
- percentage over alle contacten	36,0%	19,2%	19,9%
II. Initiatief samen met andere:			
- huisarts	-	35	12
- psycholoog	35	-	3
- andere(n)	12	3	-
- beide overigen	15	15	15
III. Totaal genoemde initiatiefnemers:			
- aantal	156	103	82
- percentage	45,8%	30,2%	24,0%
- percentage over alle contacten	59,8%	39,5%	31,4%

Tabel V.11.: Overzicht van initiatiefnemers (N = 341) over alle werkcontacten (N = 261).

In de gevallen dat er één initiatiefnemer bestaat (rij I) blijkt dit meestal de huisarts te zijn. Hierbij moet wel worden opgemerkt, dat het aandeel van de huisartsen groter is wanneer de psycholoog aan zijn tweede, derde of vierde werkcontact begint (significant op het 5-procents niveau). Het is mogelijk dat huisartsen, wanneer zij eenmaal weten dat een bepaalde psycholoog een werkcontact met huisartsen onderhoudt of ooit onderhouden heeft, sneller geneigd zijn om bij hem aan de bel te trekken.

Het initiatief tot bijna een kwart van de werkcontacten (24,9%) is door meerdere personen genomen. De gegevens over deze werkcontacten zijn in rij II van tabel V.11. gespecificeerd. Door de aantallen uit de rijen I en II te sommeren wordt een overzicht verkregen van het aantal malen dat respectievelijk (mede) de huisarts, (mede) de psycholoog, en (mede) anderen het initiatief tot het werkcontact hebben ondernomen (rij III van tabel V.11.) De huisarts blijft de grootste initiatiefnemer. De verschillen die naar voren treden bij vergelijking van werkcontact 1 met de werkcontacten 2, 3 en 4 zijn niet meer significant.

Rest ons met betrekking tot het thema "initiatief" een kleine beschouwing te wijden aan de hiervoor genoemde groep "anderen", die voor bijna een derde van de werkcontacten als (mede-) initiatiefnemer is genoemd. Deze "anderen" kunnen als volgt worden gespecificeerd:
14 maal (17,1%) zijn personen genoemd waarmee de psycholoog binnen zijn eigen hoofdfunctie te maken heeft: het bestuur van de instelling, een collega, en dergelijk. Overkoepelende instellingen als bijvoorbeeld het N.I.P. of het N.H.G. werden 25 maal als specificatie gegeven (30,5%).
Andere betrokkenen (bijvoorbeeld behandelend specialisten, ouders van de patiënt en dergelijke) worden ook vaak als initiatiefnemer genoemd. (27 = 32,9%). De overige specificaties besloegen 19,5%.

V.5.4. Tijdsinvesting.

De tijd die aan de verschillende werkcontacten wordt besteed, varieert zeer sterk. Wanneer de 15 werkcontacten waarover geen of slechts onduidelijke gegevens bekend zijn buiten beschouwing worden gelaten, blijkt dat er bij het merendeel van de contacten (54%) sprake is van een incidentele tijdsinvestering van de kant van de psycholoog. In de loop van de tijd springt hij zo af en toe en op onregelmatige tijdstippen in.
121 werkcontacten (46%) vergen een regelmatige tijdsinvestering van de psycholoog. Dit hoeft niet te betekenen dat hij er véél tijd aan besteedt maar houdt wel in, dat op gezette tijden werkwordt verricht samen met of ten behoeve van de huisarts. Wanneer we de groep contacten met een regelmatige tijdsinvestering nader onder de loep nemen, kan een verdere uitsplitsing worden gegeven. In 15 procent van deze groep werkcontacten bedraagt de tijdsinvestering meer dan één dagdeel per week.

Tijdsinvestering in uren per week	aantal werkcontacten	aantal in percentages
minder dan 1 uur	48	39,7%
1 tot en met 4 uur	55	45,4%
5 tot en met 39 uur	15	12,4%
40 uur	3	2,5%

Tabel V.12.: Tijdsbesteding binnen de groep werkcontacten waarin sprake is van een regelmatige tijdsinvestering.

V.5.5. Werkzaamheden van de psycholoog.

De 132 psychologen van wie de vragenlijsten bij deze bespreking van de resultaten worden betrokken hebben over 278 werkcontacten gerapporteerd. Aangezien echter ten aanzien van de activiteiten binnen negen werkcontacten niets werd ingevuld hebben onderstaande gegevens betrekking op 269 werkcontacten.

De psychologen hebben gemiddeld iets meer dan twee werkcontacten onderhouden. De exacte verdeling van het aantal werkcontacten over de psychologen hebben wij reeds eerder in dit hoofdstuk (paragraaf V.5.) vermeld. Daar is gebleken dat 60,1% van de psychologen meer dan één werkcontact heeft onderhouden.
Een vergelijking tussen de psychologen met één en de psychologen met twee of meer werkcontacten heeft tot op heden nog niet plaatsgevonden.
Ook binnen de groep psychologen die twee of meer werkcontacten hebben onderhouden is nog niet geanalyseerd of er qua activiteiten verschuivingen hebben plaatsgevonden, wanneer het eerste werkcontact met latere wordt vergeleken.

De psychologen konden per werkcontact één of meer activiteiten aanstrepen. Deze mogelijkheid is geboden omdat het bieden van slechts één antwoordmogelijkheid (bijvoorbeeld door te vragen naar de voornaamste bezigheid) een overwaardering van bepaalde activiteiten ten koste van andere zou kunnen betekenen.
In 116 van de 269 werkcontacten werd één activiteit aangestreept (43,1%). In 59 werkcontacten (21,9%) voerde de psycholoog twee soorten activiteiten uit, terwijl bij 46 werkcontacten (17,1%) drie activiteiten werden aangestreept. De resterende werkcontacten behelsden vier of meer activiteiten (17,9%). In totaal is 586 maal een activiteit aangekruist.

In de vragenlijst zijn acht mogelijke alternatieven aangeboden. Daarnaast was er een categorie "overig", waarbij men andere werkzaamheden, zo mogelijk gespecificeerd, kon opvoeren. In onderstaande tabel wordt een aantal gegevens over deze negen soorten activiteiten samengevat.

Activiteiten	werkcontacten met 1 activiteit (N=116)			alle activiteiten over alle contacten.		
	1	2	3	4	5	6
- diagnostiek via zien	10	8,62%	3,7%	81	13,8%	30,1%
- idem via beschrijving	3	2,59%	1,1%	38	6,5%	14,1%
- telefonische consultatie	8	6,90%	3,0%	86	14,7%	32,0%
- idem via bespreking	6	5,17%	2,2%	87	14,9%	32,3%
- therapie	31	26,72%	11,5%	135	23,0%	50,2%
- agogische begeleiding	10	8,62%	3,7%	41	7,0%	15,2%
- bij-/ nascholing	12	10,34%	4,5%	39	6,7%	14,5%
- research	12	10,34%	4,5%	29	4,9%	10,8%
- overige	24	10,70%	8,9%	50	8,5%	18,6%

Tabel V.13.: Mate waarin activiteiten binnen werkcontacten voorkomen.

(voor nadere toelichting zie volgende bladzijde)

Toelichting:

Kolom 1: aantal bij werkcontacten waarin slechts één activiteit wordt genoemd;
Kolom 2: percentage van de werkcontacten waarin slechts één activiteit wordt genoemd;
Kolom 3: percentage over alle werkcontacten heen;
Kolom 4: totaal aantal keren genoemd (te weten alleen of in combinatie met anderen);
Kolom 5: percentage van de in totaal genoemde activiteiten (N = 586)
Kolom 6: percentage van alle werkcontacten (N = 269).

Het linker gedeelte van de tabel behandelt de 116 werkcontacten met één activiteit. Uit de kolommen 1 en 2 blijkt, dat therapie het meeste voorkomt en op een vrij eenzame hoogte staat. De overige activiteiten doen niet veel voor elkaar onder. Alleen diagnostiek via beschrijving is zeer schaars. Het is echter niet verwonderlijk dat het niet vaak voorkomt dat huisarts en psycholoog alleen maar op die wijze min of meer regelmatig met elkaar in contact komen: het is een vrij "afstandelijke" activiteit.
De derde kolom geeft aan in hoeveel procent van de 269 werkcontacten een bepaalde activiteit als enige genoemde activiteit voorkomt.

Het rechter gedeelte van de tabel (de kolommen 4 tot en met 6) behandelt alle genoemde activiteiten (586) over alle werkcontacten (260). In kolom 4 wordt weergegeven hoe vaak een bepaalde activiteit al dan niet in combinatie met andere werkzaamheden wordt genoemd. Deze aantallen worden vervolgens in percentages uitgedrukt (kolom 5). Therapeutische activiteiten komen ook overall gerekend het meeste voor (23%), terwijl diagnostiek via zien, telefonische consultatie en consultatie via bespreking elk in de tachtig keer (± 14%) worden genoemd. Niet op directe hulpverlening gerichte activiteiten als agogigische begeleiding, bij- /nascholing en research alsmede diagnostiek via beschrijving vormen elk 5 à 9% van de genoemde werkzaamheden. Kolom 6 geeft aan in hoeveel procent van de 269 werkcontacten elke activiteit afzonderlijk of in combinatie voorkomt.

De gegevens uit tabel V.13. kunnen nog enigszins getransformeerd/vereenvoudigd worden door de beide diagnostische activiteiten en ook de beide vormen van consultatie samen te nemen. De opzet van de tabel blijft gelijk.

	werkcontact met één activiteit (N=116)			alle genoemde activiteiten (N=586) over alle werkcontacten (N=269)		
activiteiten	1	2	3	4	5	6
1. diagnostiek	13	11,21%	4,8%	119	20,3%	36,8%
2. consultatie	14	12,07%	5,2%	173	29,5%	43,5%
3. therapie	31	26,72%	11,5%	135	23,0%	50,2%
4. agogische begel.	10	8,62%	3,7%	41	7,0%	15,2%
5. bij-/nascholing	12	10,34%	4,5%	39	6,7%	14,5%
6. research	12	10,34%	4,5%	29	4,9%	10,8%
7. overige	24	20,70%	8,9%	50	8,5%	18,6%

Tabel V.14.: Mate, waarin activiteiten binnen werkcontacten voorkomen (II). (voor de verklaring der kolomcijfers, zie bovenaan deze pagina)

Een substantieel deel van de activiteiten die de psycholoog in relatie tot de huisarts uitvoert kan nu worden benoemd. Immers: *in 50% van de beschreven werkcontacten wordt minimaal therapie gedaan; in 43,5% van de werkcontacten komt (ook) consultatie voor; in 36,8% van de werkcontacten is sprake van minimaal diagnotisch werken.* Deze drie soorten activiteiten komen ook veel in onderlinge combinaties voor.
Activiteiten als agogische begeleiding, bij-/nascholing en research komen elk (ook) in 11 à 15% van de werkcontacten voor.
Aangezien de uitspraken op grond van de gegevens in het linker gedeelte van de tabel (werkcontacten met één activiteit) niet direct wijzen in de richting van bovengenoemde conclusies, is getoetst of in werkcontacten waarin slechts één activiteit wordt genoemd over het algemeen andere werkzaamheden door de psycholoog worden verricht dan in werkcontacten, waarin meerdere activiteiten worden aangekruist. De activiteiten 4 tot en met 7 zijn bij deze toetsing samengenomen.

activiteiten	frequentie binnen werkcontacten met één activiteit	frequentie binnen werkcontacten met meer activiteiten
1. diagnostiek	13	106
2. consultatie	14	159
3. therapie	31	104
4. tot en met 7. resterende werkzaamheden	58	101

Tabel V.15.: Mate, waarin activiteiten binnen werkcontacten voorkomen (III)

De meeste resultaten blijken inderdaad signifikant te zijn. Diagnostiek en consultatie komen bij werkcontacten, waarin meerdere activiteiten worden genoemd beduidend vaker voor ($Z = 2,71$; $p < .01$ respectievelijk $Z = 4,59$; $p < .001$) terwijl de "resterende werkzaamheden", waarin voornamelijk activiteiten zijn verzameld, die niet op de directe hulpverlening zijn gericht, juist relatief minder vaak voorkomen ($Z = 6,18$; $p < 0,0001$). Ten aanzien van de therapeutische activiteiten kan geen significant verschil tussen beide soorten werkcontacten worden gevonden.

Met betrekking tot het thema activiteiten rest ons in dit verslag nog een summiere nadere specificatie van de zogeheten "overige werkzaamheden". Zoals reeds eerder is aangestipt, is in de vragenlijst - naast de acht voorgestructureerd aangeboden activiteiten - een categorie "overig" opgenomen, waarin men gespecificeerd andere werkzaamheden kon opvoeren. Deze categorie is 50 maal aangekruisd, terwijl in totaal 66 specificaties zijn toegevoegd.
Deze specificaties betroffen 13 keer beleid en organisatie, 11 maal rapportage en 8 maal overleg naar aanleiding van verwijzing. De resterende specificaties varieerden van verwachtingen uitwisselen tot overleg over een opbouwcentrum.

V.5.6. Ruimte, waar zich de werkzaamheden afspelen.

De respondenten hebben over 266 van de 278 werkcontacten bruikbare informatie verschaft met betrekking tot de locatie, waarin het contact met de huisarts plaatsvindt.

Aangezien de werkzaamheden die een psycholoog in relatie tot een bepaalde huisarts(engroep) verricht, zich op meerdere plaatsen kunnen afspelen, kan de respondent ook meerdere ruimtes aankruisen. In het merendeel van de werkcontacten (ruim 60%) wordt van één ruimte gebruik gemaakt. In de overige werkcontacten speelt het werk zich af in twee tot vijf verschillende ruimtes.
In de vragenlijst zijn vijf mogelijke locaties aangeboden. Daarnaast was er een categorie "elders", waarbij men andere ruimtes -zo mogelijk gespecificeerd- kon opvoeren.
In onderstaande tabel zijn een aantal gegevens over deze 6 mogelijkheden opgenomen.

	werkcontacten,waarin één ruimte gebruikt wordt (N=162)			alle genoemde ruimtes over alle werkcontacten		
	1	2	3	4	5	6
1. telefoon	29	17.9%	10.9%	90	21.3%	33.8%
2. werkadres psycholoog	53	32.7%	19.9%	115	27.2%	43.2%
3. privé adres psycholoog	9	5.6%	3.4%	49	11.6%	18.4%
4. privé adres huisarts	4	2.5%	1.5%	31	7.3%	11.6%
5. werkadres huisarts	30	18.5%	11.3%	72	17.0%	27.0%
6. elders	37	22.8%	13.9%	66	15.6%	24.8%

Tabel V.16.: Mate, waarin binnen werkcontacten van bepaalde locaties gebruik wordt gemaakt.
Kolom 1: aantal bij werkcontacten met één ruimte
Kolom 2: percentage van de werkcontacten met één ruimte
Kolom 3: percentage over alle werkcontacten heen
Kolom 4: totaal aantal keren genoemd
Kolom 5: percentage van de in totaal genoemde ruimten (N = 423)
Kolom 6: percentage van alle werkcontacten (N = 266)

Het linker gedeelte van de tabel behandelt de 162 werkcontacten met één ruimte. Men maakt het meeste gebruik van het werkadres van de psycholoog. De privé-adressen van huisarts en psycholoog worden nauwelijks benut als enige contactruimte.
Het rechter gedeelte van de tabel geeft een aantal data over alle ruimten (423) die in alle besproken werkcontacten (266) zijn aangekruist. Het werkadres van de psycholoog blijft hoge ogen gooien, terwijl ook de telefoon en het werkadres van de huisarts vrij frequent worden genoemd en in veel werkcontacten (mede) worden gebruikt.
De privé-adressen van huisarts en psycholoog worden nu vaker gebruikt. Voor een resumé van de locatie, waarvan in werkcon-

tacten gebruik wordt gemaakt, bezien we een aantal verschillende combinaties van de tot nu toe behandelde categorieën:

1. in 60,9% van alle werkcontacten wordt (mede) gebruik gemaakt van het werkadres van huisarts en/of psycholoog;
2. in 53,7% van alle werkcontacten wordt (ook) het privé- en/of werkadres van de psycholoog genoemd;
3. in 33,8% van alle werkcontacten wordt (ook) telefonisch contact onderhouden;
4. in 33,4% van alle werkcontacten wordt (ook) het privé- en/of werkadres van de huisarts genoemd;
5. in 24% van alle werkcontacten wordt (mede) gebruik gemaakt van het privé-adres van huisarts en/of psycholoog.

Tot nu toe is nog niet gesproken over de invulling van de categorie "elders", die in bijna een kwart van de werkcontacten (ook) is aangekruist.
Deze categorie is 62 keer gespecificeerd. Vrij frequent (23 maal) werd een gehuurde vergaderruimte genoemd. De overige specificaties varieerden zeer sterk en zullen hier dan ook niet nader worden besproken.

V.5.7. Financiering.

Aangezien ons over de financiering van 23 werkcontacten niets bekend is, hebben onderstaande gegevens en uitspraken betrekking op 255 samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog.
De respondenten kregen bij de vraag naar de financiering 7 benoemde categorieën en één categorie "financiering door anderen" voorgelegd. Men kon indien nodig, meerdere categorieën aankruisen.
Bij 225 werkcontacten (88,2%) was slechts één categorie van toepassing. We kunnen dus stellen dat de samenstelling van de financiering bij de meeste werkcontacten niet complex genoemd kan worden. Binnen 22 werkcontacten (8,6%) werden de werkzaamheden uit twee bronnen gefinancierd (hierbij moet worden aangetekend dat ook de afwezigheid van financiering als "bron" wordt aangemerkt). Bij de overige werkcontacten werden 3 categorieën aangekruist.

Bij de beschrijving van de financiering werden dus in totaal 293 financieringsmogelijkheden aangekruist. De verdeling was als volgt:

Financieringsbron	aantal	percentage van totaal genoemde mogelijkheden	percentage van alle werkcontacten
1. niet gefinancierd	79	27,0%	31,0%
2. huisarts	13	4,4%	5,1%
3. groepspraktijk/gezondheidscentrum	8	2,7%	3,1%
4. thuisbasis psycho loog	98	33,5%	38,4%
5. ziekenfonds	18	6,1%	7,1%
6. speciale subsidie	11	3,8%	4,3%
7. ministerie VOMIL	1	0,3%	0,4%
8. anderen	65	22,2%	25,5%

Tabel V.17.: Genoemde financieringsmogelijkheden (N = 293) over alle werkcontacten (N = 255)

In bijna 100 werkcontacten werd de financiering (mede) verzorgd door de instelling, waar de psycholoog zijn hoofdfunctie vervulde. De financiering van het werkcontact kwam 89 keer volledig voor rekening van de thuisbasis van de psycholoog. In de overige 12 werkcontacten financierde men slechts een gedeelte van de werkzaamheden en werden de overige activiteiten anderszins gefinancierd.
De categorie "niet gefinancierd" was voor 68 werkcontacten volledig van toepassing. In 11 gevallen werden slechts bepaalde gedeelten van het werk niet gefinancierd.
De mogelijkheden "huisarts" en "groepspraktijk/gezondheidscentrum" werden 21 maal genoemd, waarvan éénmaal gezamenlijk. Dit houdt in, dat de persoon en personen met wie de psycholoog zijn werkcontact onderhoudt, in bijna 8% van de werkcontacten als (mede) financiers werden genoemd. Elf werkcontacten werden volledig op deze manier betaald.
Volgens de respondenten werden de werkzaamheden binnen 4 werkcontacten volledig door de ziekenfondsen gehonoreerd. Daarnaast werden de ziekenfondsen nog 14 maal in combinatie met een andere categorie aangekruist.
Speciale subsidies - bijvoorbeeld via de stimuleringsregeling of via het preventiefonds - stonden volledig borg voor 3 werkcontacten, terwijl zij ook binnen 8 werkcontacten een gedeelte van de werkzaamheden financierden.
Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne subsidieerde één werkcontact volledig.

Rest ons een korte beschouwing te wijden aan de categorie "financiering door anderen", die bij ruim een kwart van de werkcontacten (mede) werd aangekruist.
De specificatie van de categorie behelsde soms meerdere personen/instanties, hetgeen tot gevolg heeft dat in totaal 86 "anderen" werden benoemd: de cliënt (33x), gemeente of bedrijf (14x) en 39 x een scala aan mogelijke andere financiers.
Bij de financiering door "anderen" blijkt er een verschil (X^2 = 6,98, $.02 < p < .05$) te bestaan tussen de eerste en de latere werkcontacten: het aandeel van gemeente/bedrijf is groter en het aandeel van de cliënt is kleiner wanneer de psycholoog aan zijn tweede, derde en/of vierde werkcontact bezig is.

	werkcontact 1	werkcontact 2/3/4
cliënt	21	12
gemeente/bedrijf	3	11
overigen	20	19

Tabel V.18.: Specificaties "andere" financiers.

Het is mogelijk, dat de psycholoog in zijn latere werkcontacten naar nieuwe of nog niet beproefde manieren zoekt voor de financiering. Een andere mogelijke verklaring voor het verschil heeft betrekking op de sociale voorzieningen in Nederland. We zien immers, dat de werkcontacten 2, 3 en 4 zich vooral in de jaren zeventig beginnen af te spelen. In deze periode zijn voorzieningen als bijvoorbeeld de bijstandswet aanzienlijk verbeterd én beter bekend geraakt.

V.5.8. Tevredenheid.

Aangezien de onderzoekers niet alleen geïnteresseerd waren in de feitelijke stand van zaken met betrekking tot een aantal aspecten van de onderhouden werkcontacten, is ook een vraag opgenomen naar enige subjectieve oordelen van de respondent. Men diende op een aantal vijfpuntsschalen aan te geven hoe tevreden men was over:
- de inhoud van het werken met/in relatie tot huisartsen;
- de tijd, die men in de werkcontacten investeerde;
- de organisatie c.q. structuur van de werkcontacten;
- de manier waarop de werkcontacten gefinancierd werden;
- eventuele verschuivingen, die binnen werkcontacten waren opgetreden.

De reacties van de respondenten zullen in deze paragraaf worden besproken, waarbij de tevredenheid met eventuele verschuivingen - gezien het vrij geringe aantal gerapporteerde verschuivingen tot nu toe - voorlopig niet aan de orde zullen komen.

Tevredenheid met de werkinhoud.

Over twintig werkcontacten is niet in deze termen gerespondeerd; onderstaande gegevens hebben dus betrekking op 258 contacten tussen huisarts en psycholoog.

tevredenheid	aantal	percentage
zeer tevreden	68	26,4%
redelijk tevreden	136	52,7%
neutraal	21	8,1%
redelijk ontevreden	23	8,9%
zeer ontevreden	10	3,9%

Tabel V.19.: Tevredenheid ten aanzien van werkinhoud over 258 werkcontacten.

We mogen concluderen, dat de inhoud van de werkzaamheden binnen de verschillende werkcontacten door de respondenten meestal positief beoordeeld wordt: over 79,1% van de werkcontacten is men redelijk tot zeer tevreden.

Tevredenheid met de tijdsinvesting.

Over 259 werkcontacten is een dergelijke beoordeling gegeven.

tevredenheid	aantal	percentage
zeer tevreden	37	14,3%
redelijk tevreden	142	54,8%
neutraal	33	12,7%
redelijk ontevreden	37	14,3%
zeer ontevreden	10	3,9%

Tabel V.20.: Tevredenheid ten aanzien van tijdsinvestering over 259 werkcontacten.

Alhoewel iets minder geprofileerd dan bij de werkinhoud, zien we ook hier een vrij grote mate van tevredenheid. De tijdsinvesting wordt bij 69,1% van de werkcontacten redelijk tot zeer positief beoordeeld.

Tevredenheid met de organisatie / met de structuur.

Ten aanzien van een vrij groot aantal werkcontacten (43 = 15.5%!) is geen beoordeling over de organisatie/de structuur gegeven. Onderstaande gegevens hebben dan ook betrekking op 235 werkcontacten.

tevredenheid	aantal	percentage
zeer tevreden	28	11,9%
redelijk tevreden	79	33,6%
neutraal	45	19,2%
redelijk ontevreden	72	30,6%
zeer ontevreden	11	4,7%

Tabel V.21.: Tevredenheid ten aanzien van organisatie/structuur over 235 werkcontacten.

Gezien de "normale" scores op tevredenheidsvragen (2/3 tevreden; 1/3 niet tevreden), is bovenstaande verdeling vrij verrassend.
De tevredenheid over de organisatie/structuur van de verschillende werkcontacten varieert vrij sterk. Ruim 45% van de werkcontacten wordt op dit vlak (redelijk) positief en ruim 35% (redelijk) negatief beoordeeld. Men blijkt overigens over tweede en eventuele latere werkcontacten duidelijk positiever te oordelen dan over het eerste werkcontact. ($Z = 3.30$; $p < .001$).

tevredenheid	aantal 1e werkcontact	aantal 2e, 3e en 4e werkcontact
zeer/redelijk tevreden	38	69
neutraal + zeer/redelijk ontevreden	73	55

Tabel V.21.: Tevredenheid over organisatie/structuur, uitgesplitst naar eerste versus tweede, derde en vierde werkcontact.

Tevredenheid met de financiering.

Ook hier zien wij een vrij groot aantal werkcontacten (49 = 17.6%) waarover geen oordeel is gegeven. Het is mogelijk dat een aantal psychologen, van wie het werk door de thuisbasis of anderszins zonder meer gefinancierd werd, deze vraag voor hen niet van toepassing achtte.
De data hebben betrekking op 229 werkcontacten.

tevredenheid	aantal	percentage
zeer tevreden	34	14,9%
redelijk tevreden	50	21,8%
neutraal	69	30,1%
redelijk ontevreden	27	11,8%
zeer ontevreden	39	21,4%

Tabel V.22.: Tevredenheid ten aanzien van financiering over 229 werkcontacten.

De financiering van de werkcontacten wordt niet onverdeeld gunstig beoordeeld. Over 36,7% van de werkcontacten is men in dit opzicht (redelijk) tevreden, over 33,2% oordeelt men (redelijk) negatief. Dat het oordeel "neutraal" het meeste wordt gegeven hangt mogelijkerwijs samen met de aan het begin van dit paragraafje geformuleerde overweging.

Tevredenheid.

We mogen concluderen, dat men redelijk tot zeer tevreden is over de werkinhoud van en tijdsinvestering binnen de meeste werkcontacten (respectievelijk 79,1 en 69,1%). De organisatie/structuur en de financiering van de verschillende werkcontacten worden niet zo positief ontvangen (redelijk tot zeer tevreden: respectievelijk 45,5 en 36,7%).

V.5.9. Gewenste veranderingen.

De psychologen konden per werkcontact in eigen woorden omschrijven welke veranderingen zij eventueel graag zouden zien plaatsvinden. Voor 120 van de 278 werkcontacten zijn aldus gewenste veranderingen geformuleerd. De door de respondenten omschreven wensen zijn door de onderzoekers in een aantal categorieën ondergebracht.
In totaal zijn voor de 120 werkcontacten 197 wensen naar voren gebracht.

gewenste veranderingen	aantal	percentage van aantal	percentage van 120 werkcontacten
tijdsinvesting	29	14,7%	24,17%
financiering	47	23,9%	39,17%
werkzaamheden	25	12,7%	20,83%
organisatie/structuur	32	16,2%	26,66%
huisarts	22	11,2%	18,33%
psycholoog	7	3,6%	5,83%
samenwerking algemeen	32	16,2%	22,67%
overige	3	1,5%	2,50%

Tabel V.24.: Gewenste veranderingen in 120 werkcontacten.

In bijna 40% van de onderhavige werkcontacten wil men de financiering wijzigen. Op het tweede plan komen wensen met betrekking tot de organisatie/structuur, de samenwerking in het algemeen en de tijdsinvestering: deze aspecten zijn elk bij ongeveer een kwart van de werkcontacten genoemd. Binnen circa 20% van de werkcontacten worden veranderingen op het gebied van de werkinhoud gewenst.
Interessant zijn de categorieën "huisarts" en "psycholoog". Hierin zijn uitspraken in de trant van "de huisarts moet beter/meer/anders...." of "de psycholoog moet beter/meer/anders.." opgenomen. We zien dat de psychologen - respondenten aanmerkelijk minder vaak eisen stellen of verandering wensen ten aanzien van zichzelf c.q. de eigen discipline dan ten aanzien van de huisarts c.q. de huisartsgeneeskunde! Het is aannemelijk dat deze gegevens grotendeeld moeten worden teruggevoerd op het feit dat de psycholoog (en niet de huisarts) veranderingen geformuleerd heeft. In de historische schets (hoofdstuk I) heb-

ben wij immers gezien dat beide disciplines (moeten) zoeken naar de meeste geëigende vorm om zich op welke manier dan ook gezamenlijk in te zetten voor de patiënt, die de huisarts consulteert.

V.6. Samenvatting en discussie.

In dit hoofdstuk zijn de gegevens besproken, die 132 psychologen ons hadden verschaft over in het totaal 278 werkcontacten. De meest saillante resultaten laten wij hieronder de revue passeren.

De psychologen, die werkcontacten met huisartsen onderhouden, zijn voor het merendeel de laatste 15 jaar afgestudeerd. De meeste van hen hebben tijdens hun *doctoraalopleiding* de clinische psychologie bestudeerd. De beoordeling over de mate waarin de doctoraalopleiding aansluit bij de in relatie tot huisartsen verrichte werkzaamheden, valt niet overdeeld gunstig uit. Bijna de helft van de respondenten karakteriseerde deze aansluiting als tamelijk slecht of slecht. Hierbij moet worden aangetekend, dat het oordeel van de psychologen die in de jaren '71-'76 zijn afgestudeerd, iets minder negatief is.
De *hoofdfuncties* die de respondenten tijdens hun eerste werkcontact hebben bekleed, lagen vooral in de intramurale en de onderwijssector.

Een werkcontact is volgens onze definitie vast gekoppeld aan een bepaalde *huisarts* of een bepaalde groep huisartsen. Zevenendertig procent van de werkcontacten was aldus gekoppeld aan één huisarts, terwijl 34,5% van de werkcontacten werd onderhouden in relatie tot een groep, die bestond uit alléén huisartsen. De resterende 28,5% van de werkcontacten betrof groepen, die bestonden uit huisartsen en anderen.

Samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog zijn na 1972 in grote getale *ontstaan*. Vanaf die tijd werden jaarlijks gemiddeld ruim 42 werkcontacten aangeknoopt, tegen een gemiddelde van ruim 3 per jaar in de periode van 1951 tot en met 1971.

Bij het *initiatief* tot de verschillende werkcontacten speelde de huisarts een belangrijke rol. In bijna 60% van de werkcontacten is de huisarts alleen of in combinatie met anderen initiatiefnemer geweest.

In meer dan de helft van de werkcontacten vonden meerdere *activiteiten* plaats. Therapie, consultatie en diagnostiek bleken werkzaamheden te zijn die in vele werkcontacten (mede) tot het takenpakket van de psycholoog behoorden. Zo werd in de helft van de werkcontacten minimaal therapie gedaan. Agogische begeleiding, bij-/nascholing en research behoorden elk in tussen de 10 en de 15% van de werkcontacten tot de taak van de psycholoog.

De werkzaamheden die de psycholoog verrichtte, werden in bijna 8% van de contacten (mede) door de huisarts gefinancierd. De belangrijkste *financier* bleek de thuisbasis van de psycholoog te zijn (38% van de werkcontacten). In ruim een kwart van de contacten werden werkzaamheden ook door de cliënt, de gemeente, het bedrijf e.d. gefinancierd. Voorts werden binnen 31% van de werkcontacten activiteiten van de psycholoog niet gefinancierd.
Met betrekking tot het aspect *locatie* bleek binnen het merendeel (52,7%) van de werkcontacten het werk- en/of privé-adres van de psycholoog genoemd te worden. Het werk- en/of privé-adres van de huisarts en de telefoon werden elk bij ruim een derde van de werkcontacten aangestreept.

De *tijdsinvestering* was in het merendeel van de werkcontacten incidenteel. Wanneer de psycholoog regelmatig tijd besteedde aan de werkcontacten, oversteeg de tijdsinvestering slechts sporadisch één dagdeel per week.

In de meeste werkcontacten was men *tevreden* met de inhoud van de werkzaamheden en de tijd, die men eraan kon besteden. Over de organisatie/de structuur en de financiering van de contacten oordeelde men beduidend minder gunstig.
Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij de respondenten die graag veranderingen zouden zien voor 40% van de werkcontacten *veranderingen* op het gebied van de financiering wenselijk werden geacht.
De organisatie/structuur, de samenwerking in het algemeen en de tijdsinvestering werden elk bij ongeveer een kwart van deze groep als wenselijke veranderingen aangemerkt. Ook de werkinhoud werd vrij vaak genoemd.

In het hoofdstuk "resultaten" is nog maar een gedeelte van de totaal mogelijke respons verwerkt, noodzakelijke verdergaande analyses hebben nog niet plaatsgevonden en ook de gegevens uit de telefonische interviews zijn nog niet in het geding geweest. Vergaande conclusies mogen dan ook op grond van het huidige materiaal niet getrokken worden. De huidige gegevens verschaffen de onderzoeker én de lezer wel enige oriëntatie-punten en kunnen stimuleren tot verdere en critische analyse.

VI. EEN KORTE BLIK VOORUIT.

In de inleiding is een resumé gegeven van het onderzoeksplan "Doorlichting Samenwerking Huisarts-Psycholoog". Daarin is gesteld dat het project SAP dient te inventariseren wat er zoal speelt of gespeeld heeft binnen de bestaande en afgebroken werkcontacten tussen huisarts en psycholoog. In de doorlichting zou informatie moeten worden verzameld over de taakinhoud en -afbakening, de formele organisatie, de relaties met andere hulpverleners in de regio en het verloop van de samenwerking door de tijd heen. Daarbij was men niet alleen geinteresseerd in de feitelijke stand van zaken, maar ook in meer evaluatieve vragen als:
- hoe tevreden is men met de onderhouden werkcontacten
- wat ziet men als belemmerende en stimulerende factoren rond de onderlinge samenwerking
- hoe denkt men dat het werkcontact verder zal verlopen en wat voor consequenties heeft dat
- welke mogelijke alternatieve ontwikkelingen zijn te suggereren
- en dergelijke.

Wanneer de huidige stand van zaken binnen het project SAP wordt vergeleken met deze plannen, kunnen we de hoofdlijnen van de nog resterende werkzaamheden schetsen.
Allereerst zal het verzamelen van gegevens moeten worden afgerond middels het verzenden van rappels en het afnemen van telefonische interviews. Daarna kan begonnen worden met een nadere analyse van het materiaal. Hierbij zullen in eerste instantie wederom rechte tellingen worden uitgevoerd. Het betreft dus soortgelijke bewerkingen als in dit rapport (hoofdstuk V.) zijn beschreven, maar dan over de totale responsgroep. Het is daarom mogelijk dat op grond van de tegen die tijd bekende gegevens correcties moeten worden aangebracht op de in deze nota weergegeven eerste resultaten.
In het volgend jaar uit te brengen eindrapport zullen tevens verder uitgewerkte of meer genuanceerde uitspraken worden geformuleerd met betrekking tot :
1. de door de psycholoog genoten doctoraalopleiding,
2. de hoofdfunctie die de psycholoog vervult ten tijde van zijn werkcontact, en de echelonnering daarvan,
3. de werkzaamheden die hij in relatie tot huisartsen verricht
4. de manier waarop deze activiteiten worden betaald.

Deze onderwerpen zullen bij de verdere analyses dan ook centraal staan, waarbij de hierover verzamelde gegevens in verband worden gebracht met andere mogelijk belangrijke variabelen als:
- het al dan niet voortbestaan van het werkcontact (en de redenen voor de eventuele beëindiging),
- de tevredenheid met het werkcontact,
- de eventueel wenselijk geachte veranderingen.

Met behulp van de tot nu toe gebruikte onderzoeksmethoden (vragenlijst en telefonisch interview) zijn in een relatief korte periode van zoveel mogelijk psychologen in zoveel mogelijk verschillende werksituaties gegevens verkregen.

Deze gegevens zijn talrijk, maar niet erg gedetailleerd. Wanneer men daarnaast ook nog meer kwalitatief materiaal wil verzamelen, moet een andere onderzoeksmethode gebruikt worden. Aangezien ook binnen het project SAP de behoefte leeft aan een verdere verdieping van de gegevens, zullen begin 1977 dan ook een aantal interviews worden gehouden met bij samenwerking betrokken psychologen (en misschien ook huisartsen).
In deze gesprekken zullen de vier bovengenoemde onderwerpen (doctoraalopleiding, hoofdfunctie, werkzaamheden en financiering) en hun mogelijke relaties met andere variabelen aan de orde komen. Gezien de ons nog resterende, vrij beperkte tijd, zullen de aldus te verzamelen gegevens een casuïstisch karakter hebben. Er zullen een tiental interviews worden afgenomen.

Met behulp van deze gesprekken willen wij kwalitatieve gegevens krijgen over de samenwerkingsrelaties die op twee variabelen verschillen:
- er zijn al dan niet aanwijzingen voor de aanwezigheid van (structurele) factoren, die de samenwerking afremmen dan wel stimuleren. Als indelingscriterium kan hiervoor gebruik worden gemaakt van het onderscheid tussen de nog lopende en de (niet op natuurlijke wijze) beëindigde werkcontacten òf van het onderscheid tussen contacten, waarover men qua organisatie/structuur al dan niet tevreden is.
- de werkzaamheden die de psycholoog verricht. Drie soorten activiteiten zullen nader onder de loep worden genomen: therapie, consultatie en bij-/nascholing.
  Deze drie soorten activiteiten zijn immers wezenlijk verschillend van karakter. Therapie op verwijzing van de huisarts is een vorm van directe hulpverlening; er is een rechtstreekse relatie tussen de psycholoog en de individuele patient. Consultatie behoort tot de indirecte hulpverleningsactiviteiten; de psycholoog adviseert de individuele huisarts desgevraagd over de te volgen hulpverleningsstrategie ten behoeve van een bepaalde patient. Bij- en nascholing behoort tot de categorie "algemene deskundigheidsbevordering" van de huisarts. De activiteiten van de psycholoog staan hier niet meer rechtstreeks in relatie tot de hulpverlening aan een bepaalde patient; het repertoir van een aantal artsen wordt uitgebreid, waarna deze huisartsen -naar men hoopt- de algemeen geleerde vaardigheden kunnen omzetten in concrete hulpverlening aan individuele patienten.

Aldus zijn een zestal soorten samenwerkingsrelaties te onderscheiden:
1. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op therapie; er zijn remmende factoren aanwezig,
2. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op therapie; er zijn geen aanwijzingen voor remmende factoren,
3. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op consultatie; er zijn remmende factoren aanwezig,
4. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op consultatie; er zijn geen aanwijzingen voor remmende factoren,
5. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op bij-/nascholing; er zijn remmende factoren aanwezig,
6. binnen de werkzaamheden van de psycholoog ligt het accent op bij-/nascholing; er zijn geen aanwijzingen voor remmende factoren.

Deze zes vormen zullen elk casuistisch (middels een à twee interviews) worden onderzocht. Zo kan naast de veelheid aan gegevens uit de vragenlijsten en telefonische interviews ook meer kwalitatief zicht worden verkregen op het al dan niet functioneren van bepaalde soorten werkcontacten tussen huisarts en psycholoog en op vormen van samenwerking die mogelijk nader onderzoek waard zijn.

Wanneer de werkzaamheden op het gebied van materiaal verzamelen en verwerken op de bovenbeschreven wijze zijn afgerond, hopen wij in ons eindverslag een vrij volledig beeld te kunnen schetsen van de vormen waarin huisartsen en psychologen met wisselend succes hebben samengewerkt of nog samenwerken. Een dergelijke schets, waarin ook enige waarschijnlijk tot mislukking gedoemde of mogelijk veel belovende vormen van werkcontacten casuïstisch worden beschreven, kan enerzijds belangrijke aanwijzingen opleveren voor het in de (naaste) toekomst te voeren beleid ten aanzien van de psycholoog in de gezondheidszorg en anderzijds de zo noodzakelijke aanknopingspunten opleveren voor verder diepgaand en mogelijk vergelijkend onderzoek naar de manier waarop en de structuur waarin de psycholoog de hulpverlening in de eerste lijn kan versterken.

LITERATUURLIJST.

1. J. Bazelmans, N. Wijffels, Psychologen in de tweedelijns gezondheidszorg, met name in de algemene ziekenhuizen, Metamedica, 1976, vol. 55, pag. 214.

2. A.H.M. van Beeck-Rondach e.a., De huispsycholoog, een droombeeld? Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1973, vol.51, pag. 718.

3. J. Bergsma, De huisartsen en de ziekenhuispsycholoog: een praktijkervaring, Huisarts en Wetenschap, 1972, vol.15, pag. 428.

4. T.M.G. van Berkesteijn, Huisarts en Psycholoog, verslag van de Tweede Landelijke Contactdag Huisartsen en Psychologen, Medisch Contact, 1974, vol. 29, pag.1631.

5. F.A. Folkersma, C.J. Senten, De samenwerking tussen huisartsen en psychologen in de welzijnszorg, Vakgroep Klinische Psychologie, R.U. Leiden, juni 1974.

6. K. Gill, Landelijke Studiedag samenwerking huisarts/psycholoog in de eerste lijn, Huisarts en Wetenschap, 1974, vol. 17, pag. 387.

7. C.Hosman, J. Swarte, Aan het front van de psychische problematiek, uitgegeven onder auspiciën van het N.C.G.V., Utrecht, december 1973, Nederlands Instituut van Psychologen.

8. W.P. van den Hout, Een psycholoog in een eerste echelonsteam? Een bittere noodzaak! Huisarts en Wetenschap, 1975, vol.3, pag. 115.

9. J.Ibelings, Contacten huisartsen - psychologen; stand van zaken eind 1973, Huisarts en Wetenschap, 1974, vol.17, pag.267

10. P.D. Kerkhof, Referaat: "De huispsycholoog, een droombeeld?", Huisarts en Wetenschap, 1974, vol.17, pag.74

11. A.F.W. Kok, Samenwerking tussen huisarts en psycholoog, verslag van de landelijke studiedag, Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1974, no.11, pag. 555.

12. De plaats van de medicus in het eerste echelon; discussienota van de commissie eerste echelon. Uitgebracht in opdracht van het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, Utrecht, september 1975. Zie ook Medisch Contact, vol.5, januari 1976.

13. H.A, Kossmann, Huisarts en geestelijke gezondheidszorg, twee schema's, Medisch Contact, 1972, pag. 31.

14. Nederlands Huisartsen Genoodschap, Het Woudschoten Rapport, Utrecht, 1964.

15. Nederlands Huisartsen Instituut, De psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg, Utrecht, 1973.

16. Nederlands Huisartsen Instituut, Samenwerking in varianten: een bundel interviews.

17. Huisarts - Psycholoog, verslag landelijke bijeenkomst, 14 september 1974 te Woudschoten, De Psycholoog, jrg. IX, 1974, pag. 481.

18. L.J.M. de Wit, Samenwerking huisarts - psycholoog, verslag uitgebracht door een midden-limburgse consultatiegroep, De Psycholoog, jrg.XI, nr.9, oktober 1976, pag.399.

19. E.G. van Wijgerden-Nix, e.a., Interim-rapport van een werkgroep samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts, Huisarts en Wetenschap, 1976, vol.19, pag.217.

20. A.M. Zeeuwen, W. Zwanikken, Psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg, Metamedica, 1973, vol.3, pag.366.

21. B.M. van der Zijl, Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijks praktijkvoering van elkander verwachten?, Huisarts en Wetenschap, 1972, vol.15, pag.425.

BIJLAGEN

- BEGELEIDENDE BRIEF
- ALGEMENE INSTRUCTIE VRAGENLIJST
- VRAGENLIJST
- VRAGENLIJST TELEFONISCH INTERVIEW
- RAPPELBRIEF REGIONALE GROEPEN
- RAPPELBRIEF

PSH 72 HS/MC

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072

Geachte

./. Bijgaand treft U een vragenlijst aan die bedoeld is voor alle psychologen die in hun werk regelmatig contact met huisartsen hebben of hebben gehad.

Deze enquête maakt deel uit van het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts Psycholoog", dat op instigatie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne door het Nederlands Huisartsen Instituut wordt uitgevoerd.
Het project wordt door het Ministerie van Volksgezondheid gesubsidieerd vanwege haar beleidsrelevante betekenis: de resultaten van het project zullen een rol gaan spelen bij *"de beantwoording van de vraag wat de optimale structuur dient te zijn, waarbinnen de psycholoog zijn werkzaamheden zou moeten verrichten, alsmede wat zijn taak daarbinnen zou moeten zijn"*.

In de vragenlijst worden Uw ervaringen in het kader van Uw werkcontacten met huisartsen geinventariseerd. Alle mogelijke soorten van werkcontacten hebben onze belangstelling, variërend van agogische begeleiding tot wetenschappelijk onderzoek, en het geven van consultatie aan huisartsen tot zelf therapie doen naar aanleiding van een verwijzing.
Er wordt daarbij zowel gevraagd naar de nog bestaande als naar de reeds afgebroken werkcontacten. Deze laatste categorie is voor ons belangrijk aangezien waarschijnlijk juist hier de belemmerende factoren in de samenwerking tussen huisartsen en psychologen aan het licht zullen komen.

Voor een uitleg van de vragenlijst verwijzen wij naar de algemene instructie Wanneer U toch nog vragen mocht hebben bij het invullen van de enquête kunt U zich telefonisch wenden tot het Nederlands Huisartsen Instituut (tel. 030 - 319946) tot mej. Hannie Schut of mej. Jozien Bensing.

Wij zouden het erg op prijs stellen indien U de moeite zou willen nemen om bijgaande vragenlijst in te vullen en zo Uw medewerking aan dit project te verlenen. Wij vertrouwen erop dat een grote response van de kant van de met huisartsen samenwerkende psychologen ons in staat zal stellen een bijdrage te leveren aan de discussie, die momenteel zowel op beleidsniveau als in het veld zelf worden gevoerd over de inschakeling van de psycholoog in de gezondheidszorg en over de plaats die hij daarin zou moeten innemen.

- In de hoop -

In de hoop spoedig Uw reactie tegemoet te mogen zien, verblijven wij,

hoogachtend,

mej. drs. J.M. Bensing,
psychologe

Bijlagen (4): - algemene instructie
- naamkaartje
- antwoordenveloppe
- vragenlijst

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946

vragenlijst

huisarts – psycholoog

ALGEMENE INSTRUCTIE

Bijgaand treft u een vragenlijst aan die bedoeld is voor alle psychologen die werkcontacten onderhouden met huisartsen of ooit in hun loopbaan hebben onderhouden.
Onder een werkcontact verstaan wij:

> *een min of meer regelmatige relatie die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met andere hulpverleners en/of anderen).*

Ieder werkcontact is zo per definitie vastgekoppeld aan een bepaalde huisarts of een bepaalde groep van huisartsen . Wanneer u eenzelfde soort activiteit uitvoert ten behoeve van of samen met verschillende groepen huisartsen wordt dan ook van verschillende werkcontacten gesproken.

De inhoud van een werkcontact kan zeer gevarieerd zijn. Te denken valt aan activiteiten als diagnostisch werk ten behoeve van de huisarts, consultatie, overleg naar aanleiding van verwijzingen, gezamenlijke vergaderingen, training; de psycholoog kan ook werkzaamheden uitvoeren waar de arts niet zo rechtstreeks bij betrokken hoeft te zijn als wetenschappelijk onderzoek, therapie naar aanleiding van een verwijzing door de huisarts en dergelijke.
Binnen een werkcontact kan één soort activiteit verricht worden, bijvoorbeeld consultatie. Het is echter ook heel goed mogelijk dat de psycholoog binnen een werkcontact meerdere soorten activiteiten onderneemt, bijvoorbeeld therapie en diagnostiek.

De vragenlijst is zodanig ontwikkeld dat ieder werkcontact dat u met een of meer huisartsen onderhouden heeft of onderhoudt apart beschreven kan worden. Er is ruimte geschapen voor de beschrijving van vier van deze werkcontacten.

Het is denkbaar dat u aan deze vier beschrijvingsmogelijkheden niet voldoende heeft. Psychologen die met steeds wisselende groepen huisartsen werken (als trainers, cursusleiders, adviseurs, e.d.) "bedienen" immers vaak een groot aantal groepen huisartsen per jaar.
Het zou ondoenlijk zijn om deze werkcontacten allemaal afzonderlijk te beschrijven middels een vragenlijst. We hebben daarom besloten om de psychologen die één of meer activiteiten in min of meer ongewijzigde vorm binnen steeds andere werkcontacten uitgevoerd hebben of uitvoeren telefonisch te benaderen voor een beschrijving van deze werkcontacten.

Wanneer u tot deze categorie psychologen behoort wordt u verzocht op het bijgaande kaartje in het hok boven uw naam en adres een kruisje te zetten. U wordt dan spoedig door ons benaderd voor een afspraak voor een telefonisch interview.

Wanneer u als psycholoog zowel activiteiten verricht (heeft) ten behoeve van een of meer vaste doelgroepen als activiteiten ten behoeve van steeds wisselende doelgroepen, wordt u verzocht de eerstgenoemde categorie werkcontacten in bijgaande vragenlijst te beschrijven en voor de laatstgenoemde categorie werkcontacten op het bijgevoegde kaartje een kruis te zetten in het hokje boven uw naam en adres. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer u zowel een adviseursrelatie heeft met een gezondheidscentrum als regelmatig gesprekstrainingen verzorgt voor willekeurige huisartsengroepen.

Wij verzoeken alle psychologen die deze vragenlijst krijgen toegestuurd om minimaal het witte gedeelte van de vragenlijst in te vullen. In dit gedeelte van de vragenlijst zijn enkele algemene vragen over uw opleiding en werk als psycholoog opgenomen. Wij verzoeken u dit witte gedeelte ook in te vullen, wanneer u het hokje op de bijgaande kaart hebt aangekruist; het telefonisch interview kan dan immers bekort worden.

Tot slot vragen wij u op bijgaande kaart eveneens uw naam en adres in te vullen. Dit verzoek heeft meerdere gronden. De voornaamste reden is dat wij ons hebben voorgenomen een aantal van u in het najaar te benaderen om meer inhoudelijk in te gaan op de bevorderende en belemmerende aspecten van de samenwerking tussen psycholoog en huisarts(en). Tevens willen wij de psychologen die aan het onderzoek meewerken na afloop graag een verslag doen toekomen, waarin de voornaamste resultaten zijn vermeld.
Tot slot is het in het kader van het onderzoek belangrijk te weten wie reeds heeft gerespondeerd, zodat tijdig een rappel verzonden kan worden.
De gegevens uit de vragenlijsten zullen anoniem verwerkt worden. Wanneer wij uw papieren hebben ontvangen, zullen ze een codenummer krijgen, waarna de vragenlijst van de kaart wordt gescheiden.

Vriendelijk dank voor uw medewerking.

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946

vragenlijst

huisarts – psycholoog

Codenummer .....

Wij verzoeken u in de vragen 1 tot en met 3 enige gegevens over uw opleiding als psycholoog in te vullen.

1. In welk jaar hebt u uw doctoraalexamen afgelegd?

   19 .....

2. Aan welke universiteit?

   ..... te .....

3. Wat was uw hoofdrichting?

   .....

De vragen 4 tot en met 11 betreffen uw hoofdfunctie(s) als psycholoog (de zogenaamde "thuisbasis"). Deze vragen zijn opgenomen, omdat de Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog mede bedoeld is om een bijdrage te leveren aan de beantwoording van de vraag, welke plaats de psycholoog in de gezondheidszorg zou kunnen of moeten innemen.

4. Wat was uw hoofdfunctie ten tijde van uw eerste werkcontact met huisartsen?

   ☐ Mijn hoofdfunctie was identiek aan dit werkcontact.

   ☐ Mijn hoofdfunctie was niet identiek aan dit werkcontact en kan als volgt worden omschreven:

   Hoofdfunctie A

   Omschrijving inhoud functie: .....

   .....

   (soort) instelling: .....

   plaats: .....

   (bijvoorbeeld: onderzoek bij universitair huisartsen instituut te Rotterdam; Gestalttherapie, free lance, te Amsterdam)

5. Was dit een full-time functie?

ja / nee *

Zo ja, ga verder naar vraag 7.

6. Zo nee, hoeveel uren van een normale 40-urige werkweek nam deze functie in beslag?

..... uren

7. Kunt u aangeven gedurende welke periode u deze functie bekleed heeft?

Gestart: maand ..... jaar .....

Eventueel gestopt: maand ..... jaar .....

8. Heeft u daarnaast of daarna nog andere hoofdfunctie(s) bekleed?

ja / nee *

Indien u deze vraag met "nee" heeft beantwoord, kunt u overgaan tot het invullen van het groene gedeelte van de vragenlijst (zie ook de algemene instructie).
Indien u deze vraag met "ja" heeft beantwoord, verzoeken wij u de volgende vragen 9 tot en met 11 in te vullen.

9. Kunt u aangeven, gedurende welke periode u die andere hoofdfunctie(s) bekleed heeft?

Hoofdfunctie B

Gestart: maand ..... jaar .....

Eventueel gestopt: maand ..... jaar .....

Hoofdfunctie C

Gestart: maand ..... jaar .....

Eventueel gestopt: maand ..... jaar .....

Hoofdfunctie D

Gestart: maand ..... jaar .....

Eventueel gestopt: maand ..... jaar .....

* doorhalen wat niet van toepassing is.

10. (Vergelijk vraag 4) Kunt u deze hoofdfunctie(s) omschrijven?

Hoofdfunctie B

Omschrijving inhoud functie .....

.....

(soort) instelling: .....

plaats: .....

Hoofdfunctie C

Omschrijving inhoud functie .....

.....

(soort) instelling: .....

plaats: .....

Hoofdfunctie D

Omschrijving inhoud functie .....

.....

(soort) instelling: .....

plaats: .....

11. (Vergelijk vraag 5 en 6) Kunt u de tijdsinvestering binnen deze hoofdfunctie(s) aangeven?

Hoofdfunctie B

full time / part time, te weten ..... uur van een 40-urige werkweek

Hoofdfunctie C

full time / part time, te weten ..... uur van een 40-urige werkweek

Hoofdfunctie D

full time / part time, te weten ..... uur van een 40-urige werkweek

Het vervolg van deze vragenlijst behandelt uw werkcontacten met huisartsen. Onder een werkcontact verstaan wij:

> *een min of meer regelmatige relatie die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met andere hulpverleners en/of anderen).*

Ieder werkcontact is dus vast gekoppeld aan een bepaalde huisarts of een bepaalde groep huisarten.

In deze vragenlijst wordt elk werkcontact afzonderlijk behandeld. Er is ruimte voor de beschrijving van vier werkcontacten. Het is denkbaar dat u daaraan niet voldoende heeft. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als u met steeds wisselende groepen huisartsen gewerkt heeft of werkt. U hebt dan al middels een kruisje op de bijgevoegde kaart aangegeven dat u over die werkcontacten telefonisch geïnterviewd zult worden. U wordt verzocht om in deze vragenlijst alleen de werkcontacten te beschrijven, waarbinnen u activiteiten (heeft) verricht ten behoeve van min of meer vaste doelgroepen.

In het vervolg van de vragenlijst wordt allereerst geïnformeerd naar enkele historische gegevens over uw eerste en eventuele overige werkcontacten. Vervolgens wordt ingegaan op enige structurele, inhoudelijke en organisatorische aspecten van deze werkcontacten.
Indien in de loop van de tijd een belangrijke verschuiving heeft plaatsgevonden in bijvoorbeeld de inhoud of vorm van een bepaald werkcontact kunt u bij de betreffende vragen verwijzen naar uw antwoord op vraag 28. U krijgt daar de gelegenheid om per werkcontact eventuele verschuivingen uitgebreid en in uw eigen woorden te beschrijven.

De nu volgende vragen 12 tot en met 15 hebben betrekking op uw eerste werkcontact.

12. Van wanneer dateert uw eerste min of meer regelmatige werkcontact met huisarts(en)?

Werkkontact 1:

gestart: maand ..... jaar .....

13. Bestaat dit werkcontact nog? ja / sluimerend / nee *

Indien ja, ga verder nâ vraag 15.

14. a. Indien dit werkcontact sluimerend is, kunt u dan aangeven wanneer uw laatste contact heeft plaatsgevonden?

laatste contact: maand ..... jaar .....

b. Indien dit werkcontact niet meer bestaat, kunt u dan aangeven wanneer dit gestopt is?

gestopt: maand ..... jaar .....

15. Kunt u, indien uw eerste werkcontact niet meer bestaat, in het kort beschrijven waarom het gestopt is?

Reden(en) beëindiging werkcontact 1:

De nu volgende vragen 16 tot en met 20 betreffen uw eventuele andere werkcontacten.

16. Heeft u ten tijde van uw eerste werkcontact of na beëindiging daarvan nog andere werkcontacten gehad?

ja / nee *

Zo nee, ga verder naar vraag 21.

* doorhalen wat niet van toepassing is.

17. Zo ja, kunt u aangeven wanneer deze werkcontacten gestart zijn?

Werkcontact 2:

gestart: maand ..... jaar .....

Werkcontact 3:

gestart: maand ..... jaar .....

Werkcontact 4:

gestart: maand ..... jaar .....

18. Bestaat deze werkcontacten nog?

Werkcontact 2: ja / sluimerend / nee *

Werkcontact 3: ja / sluimerend / nee *

Werkcontact 4: ja / sluimerend / nee *

Indien voor alle drie werkcontacten "ja", ga verder nâ vraag 20.

19. a. Indien deze werkcontacten sluimerend zijn, wanneer heeft het laatste contact plaatsgevonden?

Werkcontact 2:

laatste contact: maand ..... jaar .....

Werkcontact 3:

laatste contact: maand ..... jaar .....

Werkcontact 4:

laatste contact: maand ..... jaar .....

b. Indien deze werkcontacten niet meer bestaan, kunt u per werkcontact de einddatum aangeven?

Werkcontact 2:

gestopt: maand ..... jaar .....

Werkcontact 3:

gestopt: maand ..... jaar .....

Werkcontact 4:

gestopt: maand ..... jaar .....

* doorhalen wat niet van toepassing is.

20. Kunt u, indien één of meer van de bovengenoemde werkcontacten niet meer bestaan, in het kort beschrijven waarom het/zij gestopt is/zijn?

Reden(en) beëindiging werkcontact 2:

Reden(en) beëindiging werkcontact 3:

Reden(en) beëindiging werkcontact 4:

In de nu volgende vragen 21 tot en met 27 worden per genoemd werkcontact enkele organisatorische en structurele zaken verder uitgediept. Bij elke vraag zijn vier antwoordkolommen opgenomen, welke aan de bovenzijde genummerd zijn. De nummers corresponderen met de eerder door u beschreven werkcontacten. De antwoordkolom die met een 1 is genummerd, heeft dus steeds betrekking op het door u in de vragen 12 tot en met 15 genoemde eerste werkcontact. De antwoordkolommen 2, 3 en 4 betreffen de door u in de vragen 16 tot en met 20 genoemde werkcontacten.

Wij informeren in de nu volgende vragen naar de laatst geldende situatie. Mochten er in de loop van de tijd binnen één of meerdere werkcontacten verschuivingen zijn opgetreden ten aanzien van het takenpakket, de tijdsinvestering, de financiering en dergelijke, dan verzoeken wij u om deze zo uitgebreid mogelijk en in uw eigen woorden te beschrijven bij vraag 28.

21. *In de algemene instructie is het begrip werkcontact gedefinieerd als een min of meer regelmatige relatie, die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met andere hulpverleners en/of anderen). In deze vraag verzoeken wij u aan te geven met wie u de verschillende werkcontacten heeft onderhouden of onderhoudt. Hiertoe kruist u allereerst op de volgende pagina per werkcontact één van de grote hokken aan. Wanneer u bijvoorbeeld binnen uw eerste werkcontact een groepspraktijk begeleidt, kruist u op de volgende pagina in kolom 1 het tweede hok - II meerdere huisartsen (alléén huisartsen) aan.*
Vervolgens brengt u door middel van het plaatsen van een kruisje in één van de kleinere hokken een specificatie aan.
Wij vragen u hiertoe de praktijkvorm van de betreffende huisarts(en) te benoemen. We hebben afgezien van een uitputtende rubricering, waarin de vele verschillende praktijkvormen, waarin huisartsen kunnen werken, alle afzonderlijk genoemd worden.
Wij verzoeken u voor de beschrijving van de praktijkvorm van de betreffende huisarts(en) een keus te maken uit de aanduidingen "solo - praktijk" en "samenwerkingsverbanden". Indien de praktijkvorm van de in het werkcontact participerende huisarts(en) niet zonder meer als zodanig te benoemen is (bijvoorbeeld bij intensieve waarnemingsrelaties of associaties), vragen wij u tóch een keus te maken uit de aangeboden omschrijvingen.
Dit kunt u doen door de omschrijving die naar uw mening de praktijkvorm van de betreffende huisarts(en) het beste karakteriseert, aan te kruisen.

Kunt u op de volgende pagina aankruisen en specificeren met wie u de verschillende werkcontacten heeft onderhouden of onderhoudt?

	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4
I Eén huisarts	I	I	I	I
a. hij werkt in een solo-praktijk	☐	☐	☐	☐
b. hij werkt in een samenwerkingsverband	☐	☐	☐	☐
II Meerdere huisartsen (alléén huisartsen)	II	II	II	II
a. zij werken in een solo-praktijk	☐	☐	☐	☐
b. zij werken in één of meer samenwerkingsverbanden	☐	☐	☐	☐
c. sommigen van hen werken in een solo-praktijk, anderen werken in (een) samenwerkingsverband(en)	☐	☐	☐	☐
III Huisarts(en) + andere(n)	III	III	III	III
a. de huisartsen werken in een solo-praktijk	☐	☐	☐	☐
b. de huisartsen werken in één of meer samenwerkingsverbanden	☐	☐	☐	☐
c. sommige huisartsen werken in solo-praktijken; anderen werken in (een) samenwerkingsverband(en)	☐	☐	☐	☐
d. specificatie andere leden van de groep	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4
22. Bent u in het kader van uw hoofdfunctie of in een ander kader bij de genoemde werkcontacten betrokken (geweest)?				
a. hoofdfunctie				
b. ander kader				
te weten	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
23. Op wiens initiatief gingen de genoemde werkcontacten van start? Indien van toepassing meerdere alternatieven aankruisen.				
a. eigen initiatief				
b. initiatief huisartsen				
c. initiatief andere(n)				
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
24. Hadden of hebben de bedoelde werkcontacten een incidenteel of een regelmatig karakter? Wilt u, indien dit laatste van toepassing is, aangeven wat de tijdsinvestering per werkcontact was of is? Uitdrukken in uren per week óf uren per maand. U wordt verzocht hierbij ook rekening te houden met de tijd, die u besteedt aan voorbereiding, uitwerking en dergelijke.				
a. incidenteel				
b. regelmatig				
te weten:	per week* / maand	per week* / maand	per week* / maand	per week* / maand

* doorhalen wat niet van toepassing is.

	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4
22. Bent u in het kader van uw hoofdfunctie of in een ander kader bij de genoemde werkcontacten betrokken (geweest)?				
a. hoofdfunctie				
b. ander kader				
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
23. Op wiens initiatief gingen de genoemde werkcontacten van start? Indien van toepassing meerdere alternatieven aankruisen.				
a. eigen initiatief				
b. initiatief hulpverlenen				
c. initiatief andere(n)				
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
24. Hadden of hebben de bedoelde werkcontacten een incidenteel of een regelmatig karakter? Wilt u, indien dit laatste van toepassing is, aangeven wat de tijdsinvestering per werkcontact was of is? Uitdrukken in uren per week of uren per maand. U wordt verzocht hierbij ook rekening te houden met de tijd, die u besteedt aan voorbereiding, uitwerking en dergelijke.				
a. incidenteel				
b. regelmatig				
te weten:	☐ per week* / maand	☐ per week* / maand	☐ per week* / maand	☐ per week* / maand

* doorhalen wat niet van toepassing is.

25. *U wordt in deze vraag verzocht de werkzaamheden, die u in het kader van de voornoemde werkcontacten verricht (heeft), nader te specificeren. Bij de antwoord-mogelijkheden die u worden aangeboden, is onder meer bij- /nascholing opgenomen. Hieronder vallen werkzaamheden als training in gespreksvoering, cursussen gezinsbebadering, Boerhaave-cursussen en dergelijke.*

Kunt u de werkzaamheden, die u in het kader van de voornoemde werkcontacten verricht (heeft), hieronder nader specificeren?
Wilt U, indien u binnen een werkcontact verschillende werkzaamheden verricht (heeft), door middel van een schatting in procenten aangeven hoeveel tijd u relatief aan elke activiteit besteed heeft of besteedt (totaal per werkcontact: 100 %)?

	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4
a. diagnostiek ten behoeve van de huisarts middels zien van patiënt				
b. diagnostiek ten behoeve van de huisarts middels beschrijving arts				
c. telefonische consultatie				
d. consultatie via bespreking				
e. therapie n.a.v. verwijzing huisarts				
f. agogische begeleiding				
g. bij- /nascholing				
h. research				
i. overige werkzaamheden				
te weten	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4

26. Kunt u per werkcontact aangeven, waar de bovengenoemde werkzaamheden over het algemeen plaatsvonden of plaatsvinden?
Indien u meerdere mogelijkheden wilt aankruisen, kunt u dan middels een schatting in procenten aangeven in welke mate van de verschillende mogelijkheden gebruik werd of wordt gemaakt?

a. per telefoon				
b. werkadres psycholoog ("thuisbasis")				
c. privé-adres psycholoog				
d. privé-adres huisarts(en)				
e. werkadres huisarts(en)				
f. elders,				
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

27. Kunt u per werkcontact aangeven door wie de tijd, die u aan de bedoelde werkzaamheden besteedt, wordt gefinancierd?
Wanneer meerdere mogelijkheden van toepassing zijn of waren, gaarne de relatieve bijdrage schatten in procenten.

a. niet gefinancierd				
b. door huisartsen				
c. door groepspraktijk/ gezondheidscentrum				
d. door thuisbasis psycholoog				
e. door Ministerie VOMIL				
f. door ziekenfondsen				
g. via speciale subsidie,				
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
h. door andere(n),				
te weten,	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

28. *In de vragenlijst is steeds geïnformeerd naar de laatst geldende situatie. Het is echter heel goed mogelijk dat daarvóór verschuivingen zijn opgetreden. Deze kunnen bijvoorbeeld liggen op het gebied van tijdsinvestering, werkinhoud, financiering, organisatie/structuur van het werkcontact, en dergelijke.*

Wilt u hieronder eventuele verschuivingen, welke in de loop van de tijd zijn opgetreden, per werkcontact zo uitgebreid mogelijk en in uw eigen woorden beschrijven?

werkcontact 1

werkcontact 2

werkcontact 3

werkcontact 4

29. *Teneinde enige indruk te krijgen van uw tevredenheid met de genoemde werkcontacten zullen in deze vraag van elk werkcontact enkele aspecten nader onder de loep worden genomen. Het betreft een subjectief oordeel over de reeds behandelde feitelijke stand van zaken.*

U wordt verzocht om per werkcontact en per aspect aan te geven hoe tevreden u bent, waarbij de volgende coderingen gebruikt kunnen worden:

- - zeer ontevreden
- redelijk ontevreden
0 neutraal
+ redelijk tevreden
+ + zeer tevreden

Hoe tevreden bent u met elk van de hieronder vermelde aspecten van de genoemde werkcontacten?

aspecten	werkcontact 1	werkcontact 2	werkcontact 3	werkcontact 4
- tijdsinvestering				
- werkinhoud				
- financiering				
- organisatie / structuur				
- eventuele verschuivingen				

30. *Het is mogelijk, dat de in deze vragenlijst beschreven werkcontacten in de loop van de tijd een naar uw idee wenselijke, stabiele vorm hebben gekregen. Indien dat (nog) niet het geval is verzoeken wij u hieronder en op de volgende pagina in eigen woorden per werkcontact aan te geven op welke gebieden u veranderingen zou wensen.*

Kunt u per werkcontact beschrijven wat u graag veranderd zou willen zien?

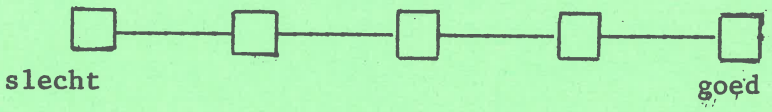
werkcontact 1:

werkcontact 2:

werkcontact 3:

werkcontact 4:

1. Kunt u tot slot op onderstaande vijfpuntsschaal aangeven in welke mate de door u gevolgde doctoraalopleiding aansluit bij de werkzaamheden die u in het kader van uw werkcontacten met huisartsen verricht of verricht heeft?



ij verzoeken u deze vragenlijst met het ingevulde kaartje middels bijgevoegde ntwoordenveloppe te zenden aan het N.H.I.,

riendelijk dank voor Uw medewerking!

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946

vragenlijst

huisarts – psycholoog

TELEFONISCH INTERVIEW

Codenummer .....

Samenvatten waarvoor dit telefonisch interview bedoeld is, zonodig verwijzen naar de groene vragenlijst, attenderen dat de in de brief genoemde onderwerpen aan de orde komen.

De antwoorden op de vragen 1 en 2 dienen te worden ingevoerd in het schema.

1. Kunt U vertellen welke soorten activiteiten U in de loop van de tijd heeft verricht in Uw werkcontacten met huisartsen?

2. Verrichtte U ..... * met steeds één huisarts of met groepen, die alleen uit huisartsen bestonden, of met groepen, waaraan naast huisartsen ook anderen deelnamen?

* *Noem de eerst of eerstvolgende soort activiteit, die van toepassing is.*

Zonodig herhalen met betrekking tot andere soorten activiteiten.

Groepen werkcontacten resumeren en vertellen, dat nu per groep een aantal vragen worden gesteld. Duidelijk aankondigen met welke groep begonnen wordt en de omschrijving van deze groep werkcontacten zo af en toe bij de vragen herhalen.
Noteer waarnodig het betreffende celnummer!

celnummer → [ ] [ ] [ ] [ ]

3. Kunt U een schatting geven van het aantal (groepen) huisartsen, dat U met deze activiteit bereikte?

[ ] [ ] [ ] [ ]

4. Wanneer startte U hiermee?

[..... 19..] [..... 19..] [..... 19..] [..... 19..]

celnummer → [ ] [ ] [ ] [ ]

5. Onderhoudt U nog steeds dergelijke werkcontacten?

ja / nee

Bij "ja", vraag 6 niet stellen.

6. Wanneer bent U ermee gestopt?

einddatum: ..... 19.. | ..... 19.. | ..... 19.. | ..... 19..

Aangeven dat nu met betrekking tot dezelfde groep werkcontacten enige organisatorische en structurele aspecten worden behandeld.
Wij informeren naar de laatst geldende situatie. Op eventuele verschuivingen wordt later teruggekomen.

7. Vindt de activiteit over het algemeen plaats binnen het kader van Uw hoofdfunctie of binnen een ander kader?

a. binnen hoofdfunctie	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b. ander(e) kader(s)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8. Op wiens initiatief bent U met deze activiteit begonnen?
Indien van toepassing, meerdere alternatieven aankruisen.

a. eigen initiatief	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b. initiatief huisarts(en)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
c. initiatief andere(n)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
te weten:	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

celnummer →

9. Kunt U aangeven hoeveel tijd U gemiddeld aan deze activiteiten besteedt?

10. Kunt U aangeven, waar de bedoelde werkcontacten over het algemeen plaatsvinden?

Indien meerdere mogelijkheden van toepassing zijn, schatting in procenten vragen.

a. per telefoon

b. werkadres psycholoog ("thuisbasis")

c. privé-adres psycholoog

d. privé-adres huisarts(en)

e. werkadres huisarts(en)

f. elders, te weten: ....

....

....

....

11. Kunt U vertellen door wie de tijd, die U aan deze werkzaamheden besteedt, gefinancierd wordt?

Indien meerdere mogelijkheden van toepassing zijn, de relatieve bijdrage in procenten laten schatten.

celnummer →				
a. niet gefinancierd				
b. door huisartsen				
c. door groepspraktijk/gezondheidscentrum				
d. door thuisbasis psycholoog				
e. door Ministerie VOMIL				
f. door ziekenfondsen				
g. via speciale subsidie				
te weten,	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
h. door andere(n)				
te weten,	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12. *Tot nu toe is steeds geïnformeerd naar de laatst geldende situatie. Het is echter heel goed mogelijk dat daarvóór verschuivingen zijn opgetreden. Deze kunnen bijvoorbeeld liggen op het gebied van de exacte inhoud van de activiteit, de financiering, de tijdsinvestering, de organisatie/structuur van de werkcontacten, en dergelijke.*

Zijn er in de loop van de tijd verschuivingen opgetreden binnen deze groep werkcontacten?

Op welk vlak lagen zij en waaruit bestonden zij?

1. (celnummer ....)

2. (celnummer ....)

3. (celnummer ....)

4. (celnummer ....)

celnummer → [ ] [ ] [ ] [ ]

13. *Aangeven, dat wij geïnteresseerd zijn in het subjectieve oordeel van de psycholoog over de feitelijke stand van zaken.*
Probeer de respondent te laten antwoorden in termen van

zeer ontevreden	- -
redelijk ontevreden	-
neutraal	0
redelijk tevreden	+
zeer tevreden	+ +

Kunt U per aspect aangeven hoe tevreden U bent met de tot nu toe besproken werkcontacten?

aspecten:

- tijdsinvestering				
- financiering				
- organisatie/structuur				
- eventuele verschuivingen				

14. *Inleiden dat men misschien vindt dat de groep werkcontacten een wenselijke stabiele vorm heeft gekregen, maar dat dit ook (nog) niet het geval kan zijn.*

Zoudt U binnen deze groep werkcontacten veranderingen wensen? Zo ja, op welk gebied zouden die liggen?

1. (celnummer ....)

2. (celnummer ....)

3. (celnummer ....)

4. (celnummer ....)

Zo nodig de volgende kategorie werkcontacten (zie schema) definiëren en weer starten bij vraag 3.

15. In welke mate sluit de door U gevolgde doctoraalopleiding aan bij de werkzaamheden, die U in het kader van Uw werkcontact met huisartsen verricht heeft?

slecht ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ goed

VRIENDELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

CODENUMMER .....

: viteit	Soort huisartsen-doelgroep		
	I Eén huisarts	II Meerdere huisartsen (alléén huisartsen)	III Eén of meer huisartsen + andere(n)
j-/nascholing	A.I.	A.II.	A.III
j-/nascholing	B.I.	B.II.	B.III
j-/nascholing	C.I.	C.II.	C.III
j-/nascholing	D.I.	D.II.	D.III
erapie	E.I.	E.II.	E.III.
visering	F.I.	F.II.	F.III.
derzoek	G.I.	G.II.	G.III.
	H.I.	H.II.	H.III.
	I.I.	I.II.	I.III.

a: overzicht soort aktiviteit - soort huisartsendoelgroep

PSH 79 HS/MC

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072

Enkele weken gelegen verzochten wij U mee te werken aan het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog". Bij die gelegenheid ontving U een vragenlijst, die informeerde naar enkele aspecten van Uw werkcontact(en) met huisartsen.
Tot op heden mochten wij nog geen reactie van U ontvangen. Omdat wij een verantwoord en representatief beeld willen krijgen van de werkcontacten die hebben bestaan tussen huisarts en psycholoog, is het gewenst dat een zo groot mogelijke respons wordt verkregen.
Wij verzoeken U dan ook om alsnog aan het doorlichtingsproject mee te werken door de vragenlijst, die wij U hierbij nogmaals toezenden in te sturen.

In 1972 hebt U gereageerd op de enquête, die is gehouden onder de N.H.G.- en de N.I.P.-leden. Uit Uw reactie sprak een interesse in contacten tussen huisartsen en psychologen en U bent dan ook destijds door de Landelijke Contact Commissie Huisarts-Psycholoog ingedeeld in één van de 27 regionale groepen. Via deze L.C.C. hebben wij de beschikking over Uw naam en adres gekregen.
Een deel van deze regionale groepen functioneert nog, andere daarentegen zijn na enige zittingen opgeheven. Mogelijk maakte U deel uit van een van de laatst genoemde groepen en achtte U het derhalve niet noodzakelijk om de U toegezonden vragenlijst in te vullen. Voor ons zijn deze afgebroken werkcontacten echter even belangrijk als de nog bestaande werkcontacten tussen huisarts en psycholoog.
Wij willen bijvoorbeeld graag beschikken over gegevens, die betrekking hebben op de redenen voor de beëindiging van werkcontacten of op de structuur van de beëindigde werkcontacten.
Wij zouden het dan ook op prijs stellen, indien U - ongeacht de uitgebreidheid of de duur van Uw werkcontact met huisartsen - bijgaande vragenlijst ingevuld aan ons wilt retourneren.

- Het is mogelijk -

Het is mogelijk dat U geheel ten onrechte door ons bent benaderd.
Misschien wilt U in dat geval Uw ingevulde naamkaartje met de aantekening "nooit werkcontacten met huisartsen gehad" aan ons toezenden.
Wij kunnen ons bestand dan corrigeren.

Vriendelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT,

Hannie Schut

Bijlagen (4): - algemene instructie
- naamkaartje
- antwoordenveloppe
- vragenlijst.

PSH 80 HS/MC

nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072

Enkele weken geleden verzochten wij U mee te werken aan het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog". Bij die gelegenheid ontving U een vragenlijst, die informeerde naar enkele aspecten van Uw werkcontact(en) met huisartsen.
Tot op heden mochten wij nog geen reactie van U ontvangen. Om een verantwoord en representatief beeld te krijgen van de werkcontacten, die hebben bestaan tussen huisarts en psycholoog, is het echter gewenst dat een zo groot mogelijke respons wordt verkregen.

Het is mogelijk nuttig om U erop te attenderen, dat onze interesse niet alleen uitgaat naar de bestaande, maar ook naar de afgebroken werkcontacten tussen huisarts en psycholoog.
Zo willen wij bijvoorbeeld graag gegevens verzamelen over de redenen voor de beëindiging van werkcontacten of over de structuur van de beëindigde werkcontacten.
Wij zouden U dan ook willen verzoeken om bijgaande vragenlijst - ongeacht de uitgebreidheid of de duur van Uw werkcontact met huisartsen - ingevuld aan ons te retourneren.

Het is mogelijk dat U geheel ten onrechte door ons bent benaderd. Misschien wilt U in dat geval Uw ingevulde naamkaartje met de aantekening "nooit werkcontacten met huisartsen gehad" aan ons retourneren. Wij kunnen dan een correctie in ons bestand aanbrengen.

Vriendelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Hannie Schut,

Bijlagen (4): - algemene instructie
- naamkaartje
- antwoordenveloppe
- vragenlijst