



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Afhandeling van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk

I.M.J. van Beljouw
P.F.M. Verhaak

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 9789069059846

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	6
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergrond van dit onderzoek	7
1.2 Onderzoeksvragen	9
1.3 Opbouw van dit rapport	9
2 Werkwijze en methoden van onderzoek	11
2.1 Onderzoeksopzet	11
2.2 Het interview	11
2.3 De registratie	12
2.4 De verwijfsfunctionaris	13
2.5 Data-analyse	14
3 Omvang van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk	15
3.1 Aantal sociale hulpvragen	15
3.2 Informatie van de geregistreerde sociale hulpvragen	16
3.3 Veelvuldig voorkomende hulpvragen	19
3.4 De afhandeling van sociale hulpvragen	20
3.5 Belasting van de huisarts	21
3.6 De beroepsopvatting van de huisarts en de afhandeling van sociale hulpvragen	21
3.7 Relatie met de WMO	22
4 De verwijfsfunctionaris	23
4.1 Overgedragen patiënten en hulpvragen	23
4.2 Werkwijze	24
5 Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen	27
5.1 Ervaren knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen	27
5.2 Voor- en nadelen van de pilot met een verwijfsfunctionaris	28
5.3 Andere mogelijke oplossingen	29
5.4 De noodzaak om als huisarts ondersteund te worden op het gebied van sociale hulpvragen	29
6 Discussie	31
6.1 Belangrijkste bevindingen	31
6.2 Hoe groot is het probleem met de afhandeling van sociale hulpvragen?	32
6.3 Beperkingen van het onderzoek	33
6.4 Aanbevelingen	34
Literatuur	35

Bijlage A: interviewschema 1	37
Bijlage B: interviewschema 2	39
Bijlage C: interviewschema verwijsfunctionaris	41
Bijlage D: printscreens van de elektronische registratie module	43

Samenvatting

In het voorjaar van 2008 merkte de voorzitter van een huisartsengroep (HAGRO) op in toenemende mate belast te worden door het aantal sociale hulpvragen dat zich in de huisartspraktijk aandient. Sociale hulpvragen hebben betrekking op de verhouding van de patiënt met diens omgeving, zoals problemen met huisvesting, werk, financiën en relaties met anderen. De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zou bij die belasting een rol kunnen spelen. Men verzocht ROS Zorgimpuls om ondersteuning. Zorgimpuls stelde voor zeven maanden een praktijkondersteuner beschikbaar die de verwijzing van een patiënt met sociale problematiek naar passende hulpverlening van de huisarts kon overnemen. Daarnaast werd het NIVEL verzocht om onderzoek te doen naar de aard en omvang van het aantal sociale hulpvragen in de huisartspraktijk, de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen. Eén daarvan betreft de inzet van een verwijsfunctionaris, waarmee in dit onderzoek geëxperimenteerd is. Aan het onderzoek werkten zes huisartsen mee, die in de periode van mei tot en met november 2008 alle sociale hulpvragen die zij voorgelegd kregen registreerden, en daarnaast twee maal meewerkten aan een interview.

Uit de resultaten komt naar voren dat het aantal sociale hulpvragen dat de huisartsen per week voorgelegd krijgen, in grote mate verschilt; cijfers lopen uiteen van minder dan 1 tot 25-30 per week. Sociale hulpvragen die regelmatig gezien worden betreffen problemen met huisvesting, financiën, interpersoonlijke problemen en problemen op het gebied van werk en opleiding en gezin en opvoeding. Bovendien komen comorbide problemen op psychisch of somatisch gebied vaak voor. Het merendeel van de huisartsen gaven aan de patiënt in veel gevallen zelf te behandelen. Daarnaast werd het maatschappelijk werk frequent genoemd als geschikte vervolgstap.

Behalve variatie in het aantal sociale hulpvragen dat gezien wordt, bestaan er nog meer verschillen in de ervaringen van de huisartsen met het afhandelen van sociale hulpvragen. Slechts drie van de zes huisartsen benadrukken in hoge mate belast te worden door het aantal sociale hulpvragen dat aan hen voorgelegd wordt. Aansluitend komt uit de interviews naar voren dat er duidelijke verschillen bestaan in de opvattingen die de huisartsen hebben over hun rol in de afhandeling van sociale hulpvragen. Hoewel voorafgaand aan het onderzoek verondersteld werd dat de toenemende belasting door het aantal sociale hulpvragen die (sommige) huisartsen ervaren samenhangt met de invoering van de WMO, is er slechts één huisarts die een verband ziet.

Er werd door de huisartsen weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om patiënten met sociale problematiek over te dragen aan de verwijsfunctionaris. De patiënten waarvoor deze ondersteuner werd ingezet, waren voornamelijk allochtoon, laag opgeleid en wisten niet hoe zij de weg konden vinden naar het juiste loket. Een groot deel van de hulpvragen bestond uit het vinden van een geschikte woning.

De meest genoemde knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen betroffen het

ontbreken van een goede en recente sociale kaart, een gebrekkige motivatie en initiatief van de patiënt, het slechte functioneren van het algemeen maatschappelijk werk in de wijk en de slechte toegankelijkheid en bereikbaarheid van de hulpverlening. Mogelijke oplossingen worden door de huisartsen voornamelijk gezien in de beschikbaarheid van een sociale kaart en verbetering van de zichtbaarheid van instanties die sociale hulpverlening bieden, met name het algemeen maatschappelijk werk.. Ook de mogelijke oplossing van de inzet van de verwijzingsfunctionaris werd uitvoerig geëvalueerd. Twee huisartsen gaven aan een behoefte te hebben om ondersteund te worden, en waren enthousiast over de pilot met de praktijkondersteuner. De andere artsen bleken weinig problemen te ervaren in de afhandeling van sociale hulpvragen, en kenden daardoor weinig behoefte om ondersteund te worden.

Aanbevelingen die de afhandeling van sociale hulpvragen kunnen verbeteren betreffen het beschikbaar stellen van een goede en recente sociale kaart, het opstellen van een ‘sociale standaard’ en het verbinden van een maatschappelijk werk(st)er als contactpersoon aan een HAGRO. Daarnaast wordt benadrukt dat de inzet van een praktijkondersteuner voor sociale problematiek voor sommige huisartsen waardevol kan zijn, mits goed afgestemd op de ondersteuningsbehoefte en de visie van de arts op de afhandeling van sociale hulpvragen.

Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond van dit onderzoek

In het voorjaar van 2008 merkte de voorzitter van een huisartsengroep (HAGRO) in Rotterdam-Zuid op in toenemende mate belast te worden door het aantal sociale hulpvragen dat zich in de huisartspraktijk aandient. Een sociale hulpvraag heeft betrekking op de verhouding tussen de patiënt en diens omgeving, zoals problemen met werk, financiën, relaties met anderen, de toegang tot de zorg en het sociaal-cultureel systeem. De huisartsen zijn zich verenigd hebben binnen de betreffende HAGRO zijn werkzaam in een gebied met relatief veel allochtone inwoners (variërend van 65,4% tot 80,6%; CBS, 2008). Zij investeren veel tijd om de patiënt de weg te wijzen naar het juiste loket. De voorzitter van de HAGRO heeft ROS Zorgimpuls, een stichting die ondersteuning biedt aan de eerstelijns gezondheidszorg in de gemeente Rotterdam, verzocht om ondersteuning op dit gebied. Zorgimpuls besloot daartoe, en verzocht het NIVEL om een onderzoek uit te voeren naar de afhandeling van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk.

ROS Zorgimpuls vermoedde dat de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) op 1 januari 2007 mogelijk verband houdt met de gesignaleerde toename van sociale problematiek in de huisartspraktijk. De WMO heeft als doel om alle burgers aan alle facetten van de samenleving deel te laten nemen, en omvat beleid op het terrein van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn en zorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO, omdat verondersteld wordt dat zij beter in staat zijn om een samenhangend beleid te voeren op het gebied van wonen, zorg en welzijn dan de landelijke overheid. In de WMO is een aantal bestaande wetten gebundeld, welke in sommige gevallen al onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vielen (de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WvG) en de Welzijnswet), en in andere gevallen nog niet, zoals delen van de AWBZ (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, 2007).

Naast bijvoorbeeld woningaanpassingen, aanvraag van hulpmiddelen en ondersteuning van wijkcentra, vallen ook een aanzienlijk aantal voorzieningen onder de WMO die betrekking hebben op maatschappelijke zorg, zoals hulp bij het huishouden, algemeen maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, verslavingszorg en zorg voor jeugdigen (SGBO, 2006). Een aantal van deze voorzieningen werden voorheen al door de gemeenten geregeld, zoals algemeen maatschappelijk werk. Echter, een belangrijk deel van de zorg is door de invoering van de WMO overgeheveld van landelijke subsidieregelingen naar de gemeenten, bijvoorbeeld huishoudelijke zorg en de aanvraag van hulpmiddelen zoals een rolstoel. Hierdoor is sprake van nieuwe procedures voor bijvoorbeeld het aanvragen huishoudelijke zorg, en een nieuw en wellicht ondoorzichtig aanbod van diverse voorzieningen. Daarnaast wordt door de WMO de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van burgers benadrukt. Het vermoeden bestaat dat veel patiënten sinds de invoering van de WMO niet meer weten waar ze met hun hulpvraag terecht kunnen, en deze vervolgens bij hun huisarts deponeren.

Een groot deel van deze hulpvragen is WMO-gerelateerd; voor de aanpak van deze problemen zal contact gelegd worden met instanties en voorzieningen die door de WMO georganiseerd worden, zoals maatschappelijk werk en schuldhulpverlening. Echter, niet alle sociale hulpvragen zijn vanzelfsprekend WMO-gerelateerd, zoals problemen met het vinden van een geschikte woning. Omdat sociale en WMO-gerelateerde hulpvragen dusdanig met elkaar verweven zijn, is er voor gekozen om in dit onderzoek te kijken naar de omvang en knelpunten bij de afhandeling van sociale vragen, waarbij speciale aandacht is voor de mogelijke gevolgen die de invoering van de WMO met zich mee heeft gebracht.

Hoewel de aanpak van veel sociale problemen door de WMO en daardoor door de gemeenten georganiseerd wordt, is het niet onlogisch dat patiënten dergelijke hulpvragen aan hun huisarts voorleggen. In de eerste plaats zijn deze hulpvragen vaak gekoppeld aan een gezondheidsprobleem, en daarnaast biedt de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem integrale, continue en persoonlijke zorg waardoor de huisarts ook voor deze aspecten rond ziekte en gezondheid kan worden benaderd. In de nota “een dynamische eerstelijnszorg” beschrijft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Klink, 2008) dat de eerstelijnszorg, waarin een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts, een laagdrempelig aanspreekpunt is voor de patiënt voor alle zorgvragen. Hierbij is het wenselijk dat de patiënt door de eerstelijnszorgverlener wegwijs wordt gemaakt in het zorgaanbod, waarbij expliciet het gebied van de maatschappelijke ondersteuning wordt genoemd.

Naast het in kaart brengen van de precieze omvang van sociale problematiek in de huisartspraktijk, wordt er in dit rapport tevens gekeken naar mogelijkheden die de huisarts ondersteunen in de afhandeling van sociale hulpvragen. Eén daarvan betreft de inzet van een praktijkondersteuner. Hoewel de huisarts medisch inhoudelijk gezien de eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorg voor de patiënt, betekent dit niet dat de huisarts deze wegwijsfunctie zelf behoort te vervullen. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor ondersteuning van de huisarts, om zijn/haar werkdruk te verlagen. De doktersassistente dient bijvoorbeeld vaak de griep prik toe, verwijdert hechtingen en controleert op hypertensie (Noordman et al., 2008). Daarnaast beschikt circa 62% van de huisartspraktijken over een praktijkondersteuner (Hingstman et al., 2007), die veelal controles op hart- en vaatziekten, astma, COPD en diabetes uitvoert (Noordman et al., 2008). Sinds 1999 kan de huisarts tevens ondersteund worden door een Praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH), bijvoorbeeld in de doorverwijzing van patiënten met psychische klachten naar de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Op dezelfde manier zou een POH ingezet kunnen worden om patiënten met maatschappelijke problemen de weg naar het juiste loket te wijzen. In dit onderzoek wordt bij wijze van experiment een algemeen maatschappelijk werkster als verwijsfunctionaris in de huisartspraktijken gestationeerd, om hen te ondersteunen in de afhandeling van sociale hulpvragen. Huisartsen kregen de mogelijkheid om patiënten met een sociale hulpvraag over te dragen aan de verwijsfunctionaris, die vervolgens samen met de patiënt de problemen in kaart bracht, adviezen gaf (zoals het aanvragen van een woonpas) en de patiënt zo nodig doorverwees naar het juiste loket voor aanvullende hulpverlening. Naast het evalueren van de voor- en nadelen van de inzet van een verwijsfunctionaris, wordt in dit onderzoek tevens bekeken wat mogelijke andere oplossingen kunnen zijn.

1.2 Onderzoeksvragen

Op basis van de gegevens die in dit onderzoek verzameld zijn, beogen wij de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat is de omvang van sociale hulpvragen in de huisartspraktijken in Rotterdam-Zuid?
2. Welke knelpunten ervaren de huisartsen en de verwijsfunctionaris in de afhandeling van sociale hulpvragen?
3. Welke oplossingen zijn mogelijk voor deze knelpunten?

1.3 Opbouw van dit rapport

In hoofdstuk twee zal nadere uitleg gegeven worden over de werkwijze en methoden van het onderzoek, en de inzet van de verwijsfunctionaris. Aansluitend zal in hoofdstuk drie de omvang van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk geschetst worden, waarin besproken wordt hoeveel sociale hulpvragen huisartsen gemiddeld voorgelegd krijgen tijdens hun spreekuur, welke hulpvragen regelmatig voorkomen, hoe deze hulpvragen worden afgehandeld en welke rol de beroepsopvatting van de huisarts hierin speelt. Vervolgens komen in hoofdstuk vier de ervaringen van de verwijsfunctionaris in de afhandeling van sociale hulpvragen aan de orde, waarna in hoofdstuk vijf de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen besproken worden. Tenslotte zullen in hoofdstuk zeven de belangrijkste conclusies en aanbevelingen op een rij gezet worden.

2 Werkwijze en methoden van onderzoek

2.1 Onderzoeksopzet

Het betreft een verkennend en beschrijvend onderzoek binnen één HAGRO, bestaande uit één duopraktijk en zeven solopraktijken. Het onderzoek vloeit voort uit een verzoek van deze HAGRO om ondersteuning in de afhandeling van sociale hulpvragen. Gedurende zeven maanden werd hen de mogelijkheid geboden om patiënten met een sociale hulpvraag door te verwijzen naar een voor dit onderzoek aangestelde verwijsfunctionaris (0,2 fte), die met de patiënt bekeek welke stappen ondernomen konden worden om passende hulp te ontvangen. Als tegenprestatie werd van de huisartsen gevraagd om gedurende deze zeven maanden alle sociale problematiek die zich bij hen aandiende te registreren, en om twee keer (aan het begin en aan het einde van de registratieperiode) deel te nemen aan een interview. Daarnaast heeft ROS Zorgimpuls een financiële vergoeding beschikbaar gesteld voor de huisartsen ter compensatie van de geïnvesteerde tijd.

De opdrachtgever heeft schriftelijke informatie over de opzet van het onderzoek en de gewenste inzet onder de huisartsen verspreid. Kort daarna heeft een van de onderzoekers (PV) tijdens een HAGRO-vergadering aanvullende uitleg gegeven over het onderzoek en de registratieprocedure. Tevens was de verwijsfunctionaris aanwezig, waardoor zij met de huisartsen kennis kon maken. Uiteindelijk besloten zes van de negen huisartsen om aan het onderzoek mee te werken. De drie huisartsen die niet deelnamen aan het onderzoek vonden de tijdsinvestering die van hen gevraagd werd te groot.

2.2 Het interview

Voorafgaand en na afloop van de registratieperiode hebben de huisartsen deelgenomen aan een interview dat door een van de onderzoekers (IB) werd afgenomen. Vijf huisartsen hebben aan beide interviews meegedaan, één huisarts stemde wegens tijdgebrek alleen in met het afnemen van het eerste interview. Daarnaast werd na afloop van de registratieperiode een interview afgenomen bij de verwijsfunctionaris. De interviews duurden circa 60 minuten en vonden plaats in de praktijk van de desbetreffende zorgverlener. Door een samenloop van logistieke problemen, huisartsen die twijfelden of ze wel mee wilden werken aan het onderzoek en de naderende zomervakantie is het eerste interview afgenomen tijdens de ruime tijdspanne van 21 mei tot en met 12 augustus 2008. Het tweede interview vond plaats tussen 12 november en 10 december 2008.

Tijdens het eerste interview werd onder andere gevraagd naar kennis van de huisarts over de WMO en diens voorzieningen, een schatting van het aantal en soort sociale hulpvragen dat wekelijks aan de orde komt, de intensiteit van de bemoeienis van de huisarts in de afhandeling van deze hulpvragen, de verwijsmogelijkheden die de huisarts heeft voor deze problematiek, de inschatting van het aantal patiënten dat bij het juiste loket arriveert, het deel van de patiënten waarvoor geen goede hulp beschikbaar is en de ervaren knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen en mogelijke oplossingen daarvoor.

Tijdens het tweede interview werden deze onderwerpen, waaronder de ervaren knelpunten, kort langsgelopen om te bekijken of de situatie in de tussentijd veranderd was. Daarnaast werd gevraagd naar het oordeel van de huisarts over de relatie tussen de invoering van de WMO en het aantal sociale hulpvragen, en werd de rol van de verwijsfunctionaris geëvalueerd. Er werd onder andere nagegaan welke soort hulpvragen naar de verwijsfunctionaris zijn doorverwezen, hoe de onderlinge communicatie verliep, welk deel van de patiënten met een sociale hulpvraag die aan de verwijsfunctionaris waren overgedragen aan het juiste loket kwamen, wat de belangrijkste voor- en nadelen zijn van het inzetten van deze ondersteuner en welke andere oplossingen denkbaar zijn. In het interview met de verwijsfunctionaris werd ingegaan op het aantal en soort hulpvragen die de huisartsen aan haar overdroegen, de onderlinge communicatie, haar werkwijze en visie op de knelpunten en mogelijke oplossingen rond de afhandeling van sociale hulpvragen. De interviewschema's zijn weergegeven in bijlage A t/m C. Tenslotte werden alle interviews met behulp van een digitale voicerecorder opgenomen en letterlijk uitgetypt, waarna de uitwerkingen door de huisartsen en verwijsfunctionaris werden geautoriseerd.

2.3 De registratie

Er werd met de deelnemende huisartsen afgesproken om gedurende zeven maanden alle sociale hulpvragen die zij voorgelegd kregen te registreren. Er was sprake van een sociale klacht als deze gecodeerd zou worden met een Z-code (sociale problemen) in de International Classification of Primary Care (ICPC); een classificatiesysteem dat door huisartsen gebruikt wordt om klachten en diagnosen te registreren. Tot het codehoofdstuk Z behoren globaal de volgende klachten: problemen met financiën, huisvesting, sociaal/cultureel systeem, werk of werkloosheid, opleiding, sociale verzekering, justitie, partnerrelatie, ouder-kind relatie, overlijden of ziekte van familieleden, geweld en sociale functiebeperkingen. Daarnaast was het van belang dat het sociale probleem voor de patiënt een hulpvraag vormde. Als een patiënt terzijde noemde relatieproblemen te hebben, maar hiervoor geen hulp te wensen, behoorde deze patiënt niet geregistreerd te worden ten behoeve van het onderzoek. De registratieperiode liep van 6 mei tot en met 28 november 2008. Wegens de reeds genoemde problemen zijn niet alle huisartsen gelijktijdig gestart met het registreren van de sociale hulpvragen die zij voorgelegd kregen. Het plaatsen van de eerste registratie door elke huisarts vond plaats tussen 8 mei en 5 augustus 2008.

Registraties konden door middel van de elektronische registratie module PsyDirect geplaatst worden, wat slechts enkele minuten vergde. De huisarts kon vanachter het eigen bureau inloggen, en de module gedurende het spreekuur open laten staan om direct patiënten te kunnen registreren. Al vrij snel bleek echter dat vier van de zes huisartsen liever gebruik maakten van papieren registratieformulieren omdat zij geen internet hadden, hier niet goed mee over weg konden of het prettiger vonden werken. Zij kregen de beschikking over een papierblok met registratieformulieren die een exacte kopie vormden van het formulier in de registratiemodule. De betreffende huisartsen faxten hun ingevulde formulieren naar de opdrachtgever, waarna hun stagiaire of een onderzoeker (IB) de formulieren in de elektronische registratie module plaatste. Op het registratieformulier werd de volgende informatie ingevuld: 1) persoons- en contactgegevens van de patiënt; 2) een aantal multiple-choice vragen over het type sociale klachten, uitgesplitst naar sociaal-maatschappelijke problemen (zoals problemen

met huisvesting en financiën), en psychosociale problemen (zoals interpersoonlijke problemen en problemen op het werk). Tevens kon worden aangegeven of er psychische en/of gezondheidsproblemen optraden die vervolgens gespecificeerd konden worden; 3) de ernst van de problematiek; 4) een globale probleemomschrijving; 5) het probleemtype, waarbij een keuze gemaakt kon worden uit een aantal alternatieven; en 6) de vervolgstap: wil de huisarts zelf behandelen, zelf verwijzen of de verwijsfunctionaris inschakelen voor verdere verwijzing? In de laatste twee gevallen kon gespecificeerd worden naar welke discipline de huisarts zou willen verwijzen, en of er tussen huisarts en patiënt overeenstemming was bereikt over de keuze van passende hulpverlening. In geval van inschakeling van de verwijsfunctionaris, kon de verwijzsvraag gespecificeerd worden. Printscreens van de elektronische registratie module zijn weergegeven in bijlage D.

De geplaatste registraties waren direct op de eigen locatie raadpleegbaar voor de verwijsfunctionaris, die daardoor kort na de overdracht contact op kon nemen met de geregistreerde patiënt om een afspraak te maken. Dat wil zeggen, wanneer de patiënt door de huisarts elektronisch werd aangemeld. Aangezien de papieren registratieformulieren eerst ingevoerd moesten worden, werden zij met enige vertraging in de module geplaatst. Om dit te ondervangen werd afgesproken dat de huisartsen telefonisch contact opnamen met de verwijsfunctionaris wanneer enige spoed geboden was. De verwijsfunctionaris kon tevens haar aantekeningen in de module plaatsen, waardoor zij ook beschikbaar waren voor de huisartsen. Ook de onderzoekers hadden toegang tot de elektronische database, waarbij de persoons- en contactgegevens van de patiënt niet werden weergegeven. Hierdoor konden zij monitoren of er met enige regelmaat registraties geplaatst werden. Wanneer dit niet het geval was, dan werd contact opgenomen met de desbetreffende huisartsen om na te gaan of er moeilijkheden optraden in het registreren, of om hen er aan te herinneren de registraties regelmatig te plaatsen. Daarnaast heeft tweemaal een tussentijdse terugkoppeling plaatsgevonden, waarbij de huisartsen aan de hand van grafieken hun eigen resultaten konden spiegelen aan die van hun collega's. Dit om de huisartsen te motiveren zoveel mogelijk van de door hun waargenomen sociale hulpvragen ook daadwerkelijk te registreren. Er bleek namelijk sprake te zijn van een grote discrepantie tussen het aantal geplaatste registraties (N=134) en het aantal verwachte registraties (ruim 2000), gebaseerd op de schatting van het aantal sociale hulpvragen per week die alle huisartsen tijdens het eerste interview gaven.

2.4 De verwijsfunctionaris

Gedurende de looptijd van de dataverzameling is een vrijgevestigde maatschappelijk werkster aangesteld als verwijsfunctionaris om de deelnemende huisartsen te ondersteunen in de afhandeling van sociale hulpvragen. Belangrijke voordelen van deze verwijsfunctionaris waren dat zij per patiënt meer tijd beschikbaar had, en meer kennis bezat op het gebied van maatschappelijke hulpverlening dan de huisarts. De deelnemende huisartsen kregen de mogelijkheid om via het registratieformulier patiënten met een sociale hulpvraag door te verwijzen naar deze ondersteuner. Wanneer er haast bij geboden was namen zij telefonisch contact op. Vervolgens maakte de verwijsfunctionaris een afspraak met de patiënt in de praktijk van de huisarts, of als deze geen extra kamer beschikbaar kon stellen, in de praktijk van een collega-arts. De verwijsfunctionaris legde aan de patiënt uit dat zij een beperkte en kortdurende rol had: ze luisterde naar het verhaal dat patiënten vertelden, probeerde in kaart te brengen waar de problemen lagen en keek of zij deze op korte termijn op kon lossen. Bijvoorbeeld: aan een patiënt die het niet lukte om zelf een andere woning te vinden, raadde zij aan om een woonpas aan te vragen bij de

woningbouwvereniging, legde uit hoe de procedure werkt, adviseerde om ook eens te kijken naar het particuliere huizenaanbod en vertelde hoe de patiënt urgentie aan kon vragen. Vaak was één gesprek voldoende om patiënten weer op weg te helpen. Wanneer dit niet lukte, dan bekeek de verwijsfunctionaris samen met de patiënt welke stappen ondernomen moesten worden om passende hulpverlening te vinden.

2.5 Data-analyse

De analyse van de verzamelde gegevens heeft zich voornamelijk gericht op de verkregen kwalitatieve informatie uit de interviews. De geplaatste registraties zijn helaas niet bruikbaar voor uitgebreide statistische analyse, in tegenstelling tot de verwachte toepassing voorafgaand aan dit onderzoek. De registraties zijn voor circa de helft afkomstig van één huisarts, andere huisartsen hebben respectievelijk 1%, 10%, 13% en 21% van het totaal aantal registraties geplaatst. Hierdoor zijn de gegevens niet volledig en vormen vermoedelijk geen correcte afspiegeling van de praktijksituatie. Desalniettemin hebben zij wel een beschrijvende waarde, en is het interessant om te bekijken hoe deze grote discrepantie tussen daadwerkelijk en verwacht aantal geplaatste registraties kan worden verklaard.

3 Omvang van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk

In dit hoofdstuk wordt de omvang van de sociale hulpvragen in de huisartspraktijk vanuit de ervaringen van de huisartsen zelf besproken. Eerst wordt onderzocht hoeveel sociale hulpvragen aan de huisartsen voorgelegd zijn, gebaseerd op schattingen van de artsen zelf en het aantal hulpvragen dat zij registreerden. Vervolgens wordt eerst gekeken naar de omvang en inhoud van de sociale hulpvragen die geregistreerd zijn. Daarna wordt besproken wat de huisartsen hierover vertelden tijdens de interviews.

3.1 Aantal sociale hulpvragen

Aan het begin van de registratieperiode werd aan alle deelnemende huisartsen gevraagd hoeveel sociale hulpvragen zij gemiddeld per week ontvangen, waarbij expliciet benoemd werd dat het moest gaan om hulpvragen die door de patiënt ook als zodanig voorgelegd werden (zie tabel 3.1). De schattingen liepen uiteen van 5 tot 35 sociale hulpvragen per week. Het gemiddeld aantal geplaatste registraties per week, waarbij rekening is gehouden met de datum waarop de individuele huisartsen startten met registreren en hun zomervakantie, laat hele andere cijfers zien. Twee huisartsen hadden gemiddeld minder dan één sociale hulpvraag per week geregistreerd, drie registreerden er circa 1 per week, en één huisarts plaatste gemiddeld 2.5 registraties per week. Toen de huisartsen aan het einde van de registratieperiode opnieuw gevraagd werd om een schatting te geven, bleek dat vier van de zes huisartsen hun nieuwe schatting baseerden op het aantal hulpvragen dat zij daadwerkelijk geregistreerd hadden. Zij gaven achteraf aan dat hun eerste schatting waarschijnlijk te hoog was doordat zij ook patiënten hadden meegeteld die impliciet een sociaal probleem aan de orde brachten, maar waarbij dit geen hulpvraag betrof. Eén huisarts vertelde dat de registraties slechts de top van de ijsberg vormen, maar beaamde tevens dat er veel impliciete sociale problemen spelen. Hij stelde zijn schatting naar beneden bij van 25 naar 5 tot 10 sociale hulpvragen per week. Slechts één huisarts gaf aan dat de schatting die tijdens het eerste interview benoemd werd correct was, maar dat er slechts 2 hulpvragen per week geregistreerd waren door tijdsdruk. Daarnaast zijn niet alle patiënten geregistreerd omdat het voor deze huisarts, die elektronisch registreerde, onmogelijk was om bij twijfel na te gaan of een bepaalde patiënt al eerder geregistreerd was of niet, aangezien de module in het overzicht alleen de formulernummers en geen patiëntgegevens weergaf. Tevens heeft deze arts elke patiënt slechts één keer geregistreerd, terwijl deze tijdens de onderzoeksperiode bijvoorbeeld wel meerdere malen een consult had aangevraagd.

Tabel 3.1 Het door de huisartsen geschatte aantal sociale hulpvragen dat zij per week voorgelegd krijgen, benoemd tijdens de interviews en gemeld tijdens registratieperiode

Aantal sociale hulpvragen per week					
Huisarts	Geschat per week, tijdens 1 ^e interview	Geregistreerd; totaal N=134	Aantal weken waarin geregistreerd is.	Geregistreerd; gemiddeld per week**	Geschat per week, tijdens 2 ^e interview
1	5	14	18	< 1	< 1
2	5-10	15	14	1	1
3*	15-20	2	15	< 1	-
4	25	29	19	1.5	5-10
5	25	18	20	1	<1
6	25-35	56**	23	2.5	25-35

*Huisarts heeft alleen deelgenomen aan het eerste interview

** Elke patiënt is maar één keer geregistreerd

3.2 Informatie van de geregistreerde sociale hulpvragen

Huisartsen konden op het registratieformulier aangeven van welke sociale problemen sprake was (die waren opgesplitst in sociaal-maatschappelijke en psychosociale hulpvragen), en of er sprake was van comorbide klachten op psychisch of somatisch vlak. Uit tabel 3.2 blijkt dat de geregistreerde hulpvragen even vaak een sociaal-maatschappelijke als een psychosociale klacht betroffen (N=119; 88%). Het ging vaak om problemen met huisvesting (18.5%), financiën (12.6%), interpersoonlijke problemen (45.2%), problemen op het gebied van werk en opleiding (20.7%) en gezin en opvoeding (23.7%). Daarnaast valt op dat er een sociale hulpvraag vaak gepaard gaat met comorbiditeit op psychisch (79.3%) of somatisch gebied (58.9%). Problemen met stemming (41.5%), in aanpassing en verwerking (20.0%) en lichamelijke problemen zonder duidelijke lichamelijke oorzaak (20.0%) werden frequent genoteerd.

Tabel 3.2 Inhoud van de geregistreerde sociale hulpvragen (N=134)

Sociaal- maatschappelijk*	%	N	Psychosociaal*	%	N	Psychisch*	%	N	Somatisch*	%	N
	88	119		88	119		79	107		59	70
Huisvesting	18,5	25	Interpersoonlijke problemen	45,2	61	Stemming	41,5	56	Lichamelijke klachten zonder duidelijke lichamelijke oorzaak	20	27
(Maatschappelijke) Instanties	17,8	24	Werk en opleiding	20,7	28	Identiteit/ zelfbeeld	9,6	13	Slapen en eten	15,6	21
Financiën	12,6	17	Gezin en opvoeding	23,7	32	Aanpassing en verwerking	20	27	Seksualiteit	2,2	3
Maatschappelijke participatie	25,2	34	Anders	0,7	1	persoonlijkheid of cognitieve /conatieve functies	5,9	8	Chronisch ziek	14,1	19
Huishoudelijke zorg	8,2	11				Afhankelijkheid van middelen	3,7	5	Anders	5,2	7
Vraag om voorziening	8,2	11				Anders	1,5	2			
Anders	7,7	9									

* Indien van toepassing konden meerdere hulpvragen per patiënt geregistreerd worden.

Tabel 3.3 toont dat de registreerde hulpvragen voornamelijk matig in ernst waren (43.7%). Daarnaast ging het om problemen die hoofdzakelijk sociaal-maatschappelijk waren (30.4%) of uit een combinatie van diverse probleemttypen bestonden (32.6%), zie tabel 4. Gemiddeld werd per consult 1.8 sociale hulpvraag en 1.3 (comorbide) psychische of somatische hulpvraag met de huisarts besproken.

Tabel 3.3 Ernst van de geregistreerde hulpvragen (N=134)

Ernst van de problematiek	%	N
Licht	25,2	34
Matig	43,7	59
Ernstig	30,4	41

Tabel 3.4 Probleemtype van de registreerde hulpvragen (N=134)

Probleemtype	%	N
Combinatie van typen	32,8	44
Vnl. sociaal-maatschappelijk	30,6	41
Vnl. psychosociaal	17,2	23
Vnl. psychisch	13,4	18
Waarschijnlijk ernstig psychiatrische/ verslavingsproblematiek	0,8	1
Nog onduidelijk	5,2	7

De huisartsen gaven aan dat het zelf behandelen van de cliënt in 36% van de gevallen in hun ogen de meest geschikte vervolgstap was. Daarnaast gaven zij frequent aan doorverwijzing naar het maatschappelijk werk een geschikte vervolgstap te vinden (25%). Ook het WMO-loket werd regelmatig genoemd (13%). Wanneer gekeken wordt naar de toegepaste vervolgstap, blijkt dat de huisartsen bij de helft van de patiënten aangegeven hebben deze zelf te behandelen, wat meer is dan de zojuist genoemde 36% waarin zelf behandelen een goede vervolgstap lijkt. Een derde van de patiënten is door de huisarts verwezen naar aanvullende hulpverlening en 11% is overgedragen aan de verwijsfunctionaris.

Tabel 3.5 Geschikte vervolgstap volgens huisarts versus toegepaste vervolgstap van de geregistreerde sociale hulpvragen

Geschikte vervolgstap volgens huisarts	%	N
Maatschappelijk werk	25,4	34
Eerstelijnspsycholoog	2,2	3
SPV	8,2	11
WMO-loket	12,7	17
2 ^e lijns GGZ	6,0	8
Zelf behandelen	36,6	49
Andere gemeentelijke instelling	9,0	12
Toegepaste vervolgstap		
Voorlopig zelf behandelen	56,7	76
Cliënt zelf verwijzen	32,1	43
De verwijzingsfunctionaris inschakelen	11,2	15

3.3 Veelvuldig voorkomende hulpvragen

Wanneer tijdens het interviewgevraagd werd naar veelvuldig voorkomende sociale hulpvragen, benoemden vijf van de zes huisartsen problemen met het vinden van een geschikte woning. Vier huisartsen zagen daarnaast regelmatig relatieproblemen of mishandeling, problemen rondom werk (conflicten op het werk, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid) en problemen met financiën. Twee huisartsen noemden tevens veelvuldig onterechte verzoeken om informatie van het UWV, de sociale dienst of thuiszorg die om een advies vragen dat eigenlijk door een keuringsarts gegeven moet worden. Ook problemen met jeugdigen of opvoeding werden twee keer genoemd. Tenslotte werd één maal gesproken over verslavingsproblematiek en (vaak onjuiste) verzoeken van scholen voor logopedie of ADHD-behandeling terwijl er volgens de huisarts eigenlijk sprake was van een cultureel probleem. De frequentie waarmee bepaalde hulpvragen voorkomen, wordt grotendeels teruggezien in de registraties (zie tabel 2). Opvallend is dat van alle sociaal-maatschappelijke hulpvragen, problemen met maatschappelijke participatie (d.w.z. dagbesteding, scholing, arbeid en vrije tijd) het frequentst voorkwamen in de registraties (25%), terwijl dit niet als zodanig door de artsen werd vermeld tijdens het interview.

Naast het vóórkomen van sociale problematiek, schatten vijf huisartsen dat in circa 80 tot 90% van de gevallen tevens sprake is van comorbiditeit op psychisch of somatisch vlak. De huisartsen benadrukken dat zij werkzaam zijn in een achterstandswijk, waar veel problemen met elkaar samenhangen, en waarbij de problematiek vaak het gevolg is van een situatie die in de loop der jaren gecreëerd is. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om hoofdpijn, chronische ziekte, slaapproblemen, maagklachten, stemmingsstoornissen en psychisch onwelbevinden. Slechts één huisarts zei af en toe comorbiditeit te zien, met name bij patiënten die veelvuldig op het spreekuur verschijnen. Ook de registraties laten zien dat er vaak sprake was van comorbiditeit.

3.4 De afhandeling van sociale hulpvragen

Hoe handelen huisartsen normaal gesproken wanneer zij een sociale vraag voorgelegd krijgen? De meesten proberen de patiënten zoveel mogelijk zelf te helpen; vijf van de zes artsen gaven tijdens het interview aan weinig patiënten met een sociale klacht door te verwijzen, circa 10%. Een huisarts zei: “ik verwijs liever niet als het niet hoeft, want ik vermoed dat mensen ergens in de verwijzing verdwalen, omdat ze niet bij het juiste loket komen, of omdat ze het niet duidelijk kunnen maken”. Een ander vertelde: “in eerste instantie probeer ik het altijd zelf. Maar als je er na een paar consulten niet uitkomt, dan stuur je dat door”. Slechts één huisarts zei 50 tot 60% van zijn patiënten door te verwijzen. Uit de registraties van deze arts komt naar voren dat 93% doorverwezen werd naar aanvullende hulpverlening, slechts 7% werd zelf behandeld. De artsen gaven aan door te verwijzen wanneer de problematiek te ernstig is, de patiënt meer tijd nodig heeft tijdens een consult dan de huisarts kan bieden en wanneer er een andere deskundigheid nodig is.

Instanties waar de huisartsen regelmatig naar zeggen door te verwijzen wordt, zijn het maatschappelijk werk, GGZ, thuiszorg, schuldhulpverlening en verslavingszorg. Daarnaast wordt door een enkele huisarts nog de eigen SPV'er, de allochtone zorgconsulente, de woningbouwvereniging en een eerstelijnspsycholoog genoemd. Vier huisartsen benoemden dat het maatschappelijk werk in hun wijk 'plat ligt': mensen worden niet adequaat behandeld. Bovendien is er geen terugrapportage waardoor de huisarts niet weet wat zij te bieden heeft. Een huisarts verwijst hierdoor werkende patiënten naar het bedrijfsmaatschappelijk werk. Er werd opgemerkt dat een goed functionerend maatschappelijk werk een goede optie zou zijn als verwijsloket voor veel patiënten die door de huisarts gezien worden, wat ondersteund wordt door de registraties: het maatschappelijk werk wordt frequent aangemerkt als geschikte vervolgstap.

De huisartsen vonden het moeilijk om in te schatten welk deel van hun patiënten die zij doorverwijzen bij het juiste loket terecht komt, omdat zij vaak geen terugrapportage ontvingen van de instantie waar naar doorverwezen is. Er werden schattingen gegeven variërend van 10 tot 60%. Waar vier artsen het wel met elkaar over eens waren, is dat zeker de helft van deze patiënten, die een duidelijke vraag om hulp op tafel hadden gelegd, na verloop van tijd afhaakte. De huisartsen vermoedden dat dit er mee te maken heeft dat de lijdensdruk niet meer groot genoeg is om het probleem aan te pakken, dat patiënten voornamelijk uit onvrede naar de huisarts zijn gekomen maar niet echt de intentie hebben om zelf iets aan hun problemen te doen, of omdat de hulpverlening niet biedt wat zij voor ogen hadden.

Naast het deel van de patiënten dat doorverwezen kan worden, gaven vier huisartsen aan dat meer dan de helft van hun patiënten sociale problemen heeft waar geen oplossing voor bestaat, of waar mensen geen hulp voor willen. Hierbij kunnen de artsen niets anders dan een luisterend oor bieden. Patiënten willen dan graag hun verhaal kwijt, maar willen of durven niets aan de situatie te doen. Volgens een huisarts zitten mensen in een vastgegroeid patroon, en is het eng en kost het moeite om er iets aan te doen. Daarnaast werd opgemerkt dat een deel van deze patiënten niet erkennen dat hun lichamelijke klachten veroorzaakt worden door sociale problemen, zoals bij financiële schulden: 'als mensen dat niet kunnen of willen inzien, dan sta je met je rug tegen de muur'.

3.5 Belasting van de huisarts

Drie huisartsen, waaronder de twee artsen die de meeste registraties hebben geplaatst, vertelden stellig extra belast te worden door het aantal sociale hulpvragen tijdens hun spreekuur. Twee van hen benoemden dat een consult over een sociale hulpvraag langer duurt. Een arts legde uit een standaard te hebben voor het behandelen van lichamelijke problemen, maar niet voor sociale problemen waardoor het niet altijd duidelijk is hoe een patiënt het best geholpen kan worden. Vier huisartsen zeiden dat de duur van een sociaal consult meestal vergelijkbaar is met een regulier consult, hoewel er uitzonderingen zijn. Daarnaast werd door drie huisartsen aangegeven dat de consulten meer administratief werk met zich meebrengen, omdat zij voor verschillende instanties zoals het UWV en het CIZ informatie moeten uitzoeken en soms namens patiënten naar een instantie bellen, omdat zij dit zelf niet kunnen. Twee artsen hebben sporadisch extra administratief werk door deze consulten; één huisarts helemaal niet.

3.6 De beroepsopvatting van de huisarts en de afhandeling van sociale hulpvragen

Wanneer de huisartsen tijdens het tweede interview gevraagd werd welke rol hun beroepsopvatting speelt in de manier waarop zij met sociale hulpvragen omgaan, vonden alle huisartsen dat de afhandeling van dit soort hulpvragen tot hun takenpakket als arts behoren.

Daarnaast wordt uit de interviews duidelijk dat de huisartsen op een verschillende manier tegen hun rol in de afhandeling van sociale problematiek aankijken, al wordt het niet expliciet zo benoemd. Vier huisartsen proberen hun werkterrein goed af te bakenen, waarbij zij veel verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen. Een huisarts zei bijvoorbeeld: ‘ik ben namelijk niet de papa van de patiënt, ik ben de dokter van de patiënt. [...] Het maatschappelijk werk zit hier om de hoek, en of het lukt om die deur door te gaan: ik houd me er niet mee bezig. Ik weet waar ze zitten, en of ze elke dag dicht zijn, dat weet ik niet. Dus misschien loopt het helemaal niet wat ik doe, maar daar bemoei ik me verder niet mee’. Of, een ander vertelde: ‘ik weet van tevoren dat mijn mogelijkheden om die mensen te helpen beperkt zijn. Dus het heeft geen zin om vijftien minuten met die mensen te praten, want daarmee los ik voor hen en voor mij niks op.’ Daartegenover staat een huisarts die zich erg verantwoordelijk voelt en zichzelf als een soort spil in de hulpverlening ziet: “omdat je heel veel van mensen afweet, en omdat je in een positie bent om te helpen, vaak”. Of een huisarts die vertelde nooit ‘nee’ te zeggen, en daardoor iedereen “maar loopt te pampieren en te verwennen”.

Een ander aspect wat hier mee te maken heeft is in hoeverre een huisarts open staat voor de sociale problematiek van de patiënt, wat volgens een huisarts mede bepaalt of de patiënt zijn/haar problemen thuis ter sprake brengt. Ook een andere arts erkende: “ik denk dat een heel groot deel van het blijven liggen van maatschappelijke problemen ook komt omdat deze huisarts daar niet altijd als de bok op de haverkist zit. Misschien door tunnelvisie, of misschien ook angst: als ik er niet naar vraag, hoef ik ook niet te behandelen”.

3.7 Relatie met de WMO

Tijdens het eerste interview werd de huisartsen gevraagd naar hun kennis over de WMO. Twee van hen wisten niet wat de WMO inhoudt en welke voorzieningen daarbij horen. De overigen konden een aantal van de voornaamste voorzieningen noemen. Tijdens het tweede interview werd aan de vijf deelnemende artsen gevraagd of zij een relatie zagen tussen de invoering van de WMO en het toenemend aantal sociale hulpvragen dat zij gepresenteerd krijgen. Twee artsen merkten op geen bijzondere toename te zien in dit soort hulpvragen. Een derde huisarts vond dat het aantal sociale hulpvragen beperkt is gebleven, en weet de geringe toename aan het feit in een achterstandswijk te werken en niet aan de invoering van de WMO: patiënten wisten eerder ook niet waar ze terecht konden met hun hulpvraag. Een andere huisarts twijfelde of de WMO hier een rol in speelt, en denkt dat het te maken heeft met de algehele maatschappelijke tendens waarin van alle burgers verwacht wordt dat zij zelfstandig hun zaken kunnen regelen, oplossen en begrijpen, terwijl dat in Rotterdam-Zuid lang niet altijd het geval is. De huisarts licht toe: minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat er bijvoorbeeld van uit door alle burgers via een brief te informeren over het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) dat zij zelf bezwaar zullen aantekenen als zij het er niet mee eens zijn. Maar dan moet een patiënt toch minstens lagere school hebben gehad, kunnen lezen en schrijven en de post open durven te maken om hier iets van te begrijpen. Een laatste huisarts, die erg veel verzoeken krijgt om informatie te verschaffen ten behoeve van een thuiszorgindicatie, is er van overtuigd dat de WMO weldegelijk een rol speelt in het toenemend aantal sociale hulpvragen: door de WMO is er ruimte gecreëerd voor commerciële bedrijfjes die advies verstrekken over thuiszorgindicaties en patiënten in de wijk 'werven', die vervolgens bij deze huisarts om informatie komen vragen.

Ook de verwijzingsfunctionaris, een vrijgevestigde maatschappelijk werkster met jarenlange ervaring op het gebied van maatschappelijke ondersteuning werd gevraagd naar haar visie op een eventuele relatie tussen de WMO en het aantal sociale hulpvragen. Zij betwijfelt of er door de invoering van de WMO meer patiënten met een sociale hulpvraag hun huisarts consulteren omdat zij de weg naar het juiste loket niet (meer) weten te vinden. Zij gaf aan dat alleen op het gebied van thuiszorg en het aanvragen van hulpmiddelen veranderingen merkbaar zijn voor patiënten, en juist die hulpvragen zijn geen enkele keer bij haar terechtgekomen.

4 De verwijsfunctionaris

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de ervaringen van de verwijsfunctionaris in de afhandeling van sociale hulpvragen. Er wordt besproken hoeveel patiënten met een sociale hulpvraag aan haar zijn overgedragen, om welke problemen het ging en hoe zij te werk ging.

4.1 Overgedragen patiënten en hulpvragen

In totaal zijn 15 sociale hulpvragen overgedragen aan de verwijsfunctionaris, waarvan de kenmerken worden weergegeven in tabel 4.1. Van de zes huisartsen, schakelden er vier de verwijsfunctionaris in. Eén huisarts had de verwijsfunctionaris niet ingeschakeld omdat zij niet aan de praktijk verbonden was; de andere huisarts was niet beschikbaar voor een tweede interview waardoor niet kon worden nagegaan waarom hij geen patiënten aan de verwijsfunctionaris heeft overgedragen. De helft van het aantal doorverwezen hulpvragen was afkomstig van één huisarts, anderen waren verantwoordelijk voor respectievelijk 13%, 27% en 7% van het aantal doorverwezen hulpvragen.

Tabel 4.1 Kenmerken van de sociale hulpvragen die aan de verwijsfunctionaris zijn overgedragen

	Doorverwezen hulpvragen naar de verwijsfunctionaris N = 15	
	%	N
Huisarts		
1	6.7	1
2	0	0
3*	0	0
4	13.3	2
5	26.7	4
6	53.3	8
Ernst van de problematiek		
Licht	6.7	1
Matig	46.7	7
Ernstig	40.0	6
Probleemtype		
Vnl. sociaal – maatschappelijk	53.3	8
Vnl. psychosociaal	13.3	2
Een combinatie van typen	26.7	4
Nog onduidelijk	6.7	1

tabel 4.1 wordt vervolgd

vervolg tabel 4.1

	Doorverwezen hulpvragen naar de verwijfsfunctionaris	
	N = 15	
	%	N
Geschikte doorverwijzing volgens huisarts		
Maatschappelijk werk	93.3	14
2 ^e lijns GGZ	6.7	1
Aantal sociale hulpvragen per consult (gem)	2.3	15
Aantal comorbide klachten per consult (psychisch/somatisch) (gem)	1.4	15

*Huisarts heeft alleen deelgenomen aan het eerste interview

De ernst van de overgedragen hulpvragen was voornamelijk matig (47%) of ernstig (40%). Hoofdzakelijk was sprake van een sociaal-maatschappelijk probleem (53%) zoals problemen met huisvesting en financiën. De huisartsen schatten in dat doorverwijzing naar het maatschappelijk werk voor 93% van de patiënten met een sociale hulpvraag geschikt zou zijn. Drie van de vier huisartsen beaamden dat zij de verwijfsfunctionaris voornamelijk zagen als maatschappelijk werkster in plaats van een ondersteuner die de patiënten de juiste weg naar een loket wijst. Per consult werden gemiddeld 2.3 sociale problemen en 1.4 comorbide psychische of somatische problemen klachten besproken.

De achterliggende redenering van de huisartsen om sociale hulpvragen wel of niet over te dragen aan de verwijfsfunctionaris varieert. Een huisarts wist niet waar de patiënt anders naar doorverwezen kon worden, een ander verwees alleen patiënten met ernstige hulpvragen die zo spoedig mogelijk geholpen moesten worden. Een derde arts stuurde alleen problemen met huisvesting door omdat hij voor andere hulpvragen niet voldoende aanleiding zag om ze over te dragen aan de verwijfsfunctionaris. Een laatste arts droeg de patiënten over waarbij sprake was van multiproblematiek die niet bij één loket geholpen konden worden. Bij deze patiënten was het erg van belang dat een hulpverlener alle probleemgebieden in ogenschouw nam, en de verwijfsfunctionaris leek hiervoor de geschikte persoon te zijn. Deze arts, die de helft van het aantal overgedragen patiënten aanbracht, vertelde de overige hulpvragen zelf te behandelen om de verwijfsfunctionaris niet te overbelasten, maar had zeker het dubbele aantal overgedragen als bekend was geweest dat de andere collega's weinig patiënten overdroegen. Twee artszen zagen er geen aanleiding voor om meer patiënten aan de verwijfsfunctionaris over te dragen. Een laatste arts heeft patiënten zelf geadviseerd als er geen sprake was van een urgente hulpvraag, en was er door tijdgebrek niet aan toe gekomen om de verwijfsfunctionaris meer in te zetten.

4.2 Werkwijze

Het viel de verwijfsfunctionaris op dat er vooral veel hulpvragen aan haar zijn overgedragen die betrekking hadden op problemen met huisvesting. Daarnaast bemerkte zij dat ongeveer 90% van de patiënten allochtoon was, laag opgeleid en niet wetend hoe ze de juiste weg naar de hulpverlening moeten bewandelen. De verwijfsfunctionaris dacht dat de mate van urgentie de belangrijkste beweegreden is geweest voor huisartsen om patiënten aan haar over te dragen. Dat heeft er ook voor gezorgd dat zij patiënten niet zozeer heeft doorverwezen maar grotendeels direct zelf geholpen heeft, en niet alleen door de artszen als maatschappelijk werkster gezien werd, maar volgens eigen zeggen ook veelal zo heeft gefunctioneerd: er moest vaak direct actie ondernomen worden.

De verwijsfunctionaris heeft 12 patiënten begeleid; één patiënt kwam niet opdagen, één patiënt liet weten inmiddels al andere hulp gevonden te hebben en van een derde patiënt waren de contactgegevens onjuist en was de betreffende huisarts niet te bereiken voor de juiste gegevens. Gemiddeld besteedde de verwijsfunctionaris 76 minuten per patiënt, met een minimum van vijf minuten en een maximum van 190 minuten. Hierbij gaat het om gesprekstijd, maar ook om tijd die besteed is aan het contact leggen met instanties. Ruim de helft van de patiënten (N=7) heeft zij advies gegeven omtrent het zoeken van een woning (zoals het aanvragen van een woonpas en op zoek te gaan naar het aanbod van particuliere verhuurders), het aanvragen van een (Wajong-)uitkering en/of het aanvragen van woningaanpassingen. Drie patiënten heeft zij geadviseerd via de huisarts een urgentieverklaring aan te vragen voor de woningbouwvereniging. Vijf patiënten heeft zij (daarnaast) geadviseerd om contact op te nemen met het algemeen maatschappelijk werk, en één patiënt heeft zij aangeraden om een advocaat in de arm te nemen. Voor twee patiënten met ernstige problemen waar direct een oplossing voor moest worden gevonden heeft zij zelf herhaaldelijk contact gelegd met de woningbouwvereniging (bij uithuisplaatsing), met het UWV, deurwaarders en de kredietbank. Bij een andere patiënt, die zij al eerder adviezen had gegeven maar die hiermee niet zelf aan de slag kon gaan, heeft zij een gesprek gevoerd met de patiënt en haar partner. Twee patiënten heeft zij uiteindelijk naar zichzelf, als vrijgevestigde maatschappelijk werkster, doorverwezen. Met twee huisartsen heeft de verwijsfunctionaris intensief contact gehad, die ze typeert als erg sociaal betrokken bij hun patiënten en waarbij de communicatie prima verliep. Met één huisarts heeft ze geen contact gehad, met de andere drie oppervlakkig. Bij één van deze artsen verliep de communicatie niet goed: het registratieformulier bevatte foutieve contactgegevens, belangrijke informatie ontbrak, en de desbetreffende huisarts was niet bereikbaar voor informatie. De verwijsfunctionaris heeft de geregistreerde hulpvragen die door de artsen zelf zijn afgehandeld niet bekeken, maar toen zij tijdens het interview een willekeurige registratie opende, oordeelde ze dat deze patiënt wellicht beter aan haar overgedragen had kunnen worden: “omdat ik dan mensen net een stukje op pad breng, en het dan overlaat aan iemand die daar in gespecialiseerd is”. Bovendien had zij verwacht dat de huisartsen haar voor veel meer sociale hulpvragen in zouden zetten, gezien de problematiek die in de wijk speelt.

5 Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen

5.1 Ervaren knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen

Het meest genoemde knelpunt in een adequate afhandeling van sociale hulpvragen dat bij de huisarts zelf ligt, betreft het ontbreken van een goede sociale kaart. Vier artsen gaven aan daardoor niet goed te weten waar zij patiënten naar door kunnen verwijzen. Daarnaast werd door twee huisartsen benoemd dat zij door de complexiteit van de problemen soms niet weten welk probleem prioriteit heeft, en waar dus als eerste hulp op ingezet moet worden. Tenslotte kwam aan de orde dat de huisarts niet altijd voldoende tijd heeft om de patiënt op adequate wijze te helpen, dat de motivatie bij de huisarts wel eens ontbreekt als een patiënt regelmatig niet op afspraken met instanties verschijnt maar wel tekens bij de huisarts aanklopt, en de mogelijkheid dat de hulpvraag van de patiënt niet bij de arts doordringt, of waarbij de arts de hulpvraag niet láát doordringen omdat deze aan het einde van het consult gesteld wordt (de zogenoemde deurknopvraag).

De belangrijkste patiëntfactoren die door de huisartsen gezien worden als knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen betreffen een gebrekkige motivatie en initiatief (vier maal genoemd), de taalbarrière en laag opleidingsniveau (drie maal genoemd), lage sociale vaardigheid of angst om de stap naar aanvullende hulpverlening te maken (drie maal genoemd), een verkeerde verwachting van de hulpverlening of prognose (=het moet morgen over zijn; twee maal genoemd) en niet kunnen of willen inzien welke rol sociale aspecten in de eigen problemen spelen (twee maal genoemd).

Tenslotte werd er door de huisartsen ook een aantal knelpunten aangemerkt bij de WMO-hulpverlening. Wat in vijf van de zes gesprekken naar voren komt, is dat het algemeen maatschappelijk werk in Rotterdam-Zuid zeer slecht functioneert. Daarnaast gaven drie huisartsen aan dat instanties slecht toegankelijk zijn: instellingen zoals de RIAGG veranderen regelmatig van naam, locatie en telefoonnummer en zijn hierdoor moeilijk benaderbaar. Tevens werd twee maal opgemerkt dat er geen onderlinge coördinatie is tussen verschillende instanties of hulpverleners die bij dezelfde patiënt betrokken zijn, dat er geen terugkoppeling naar de huisarts plaatsvindt, dat de instanties lange wachttijden hanteren, dat ze niet erg welwillend zijn om met de huisarts samen te werken. Een enkele huisarts gaf aan dat instanties en hun zorgaanbod onzichtbaar zijn en dat bij de aanvraag van thuiszorg een goed adviesorgaan ontbreekt dat zich tussen de huisarts en het CIZ bevindt om een voorselectie te maken in de aanvragen. Dit zou de kans verkleinen dat patiënten hun huisarts benaderen voor een medische verklaring in de hoop meer kans van slagen te hebben bij de aanvraag. Aansluitend ontbreekt goede patiëntvoorlichting over wat de huisarts wel en vooral niet kan betekenen op dit gebied.

De verwijzingsfunctionaris sluit zich aan bij de knelpunten die door de huisarts benoemd zijn. Volgens haar is de drempel voor veel patiënten om hulp te zoeken te hoog, omdat het vaak niet duidelijk is waar ze naar toe kunnen. Namen en telefoonnummers van instanties veranderen regelmatig. Hier is zij zelf ook tegenaan gelopen. Omdat zij in een andere gemeente werkzaam is, waren er nog geen bestaande contacten met het maatschappelijk werk in Rotterdam-Zuid, wat wekenlang niet bereikbaar was. Uiteindelijk kreeg zij te

horen dat het betreffende telefoonnummer niet van het maatschappelijk werk was, terwijl dit veelvuldig op internet vermeld stond. Bovendien heeft ze na enkele verwijzingen naar het maatschappelijk werk nooit een terugrapportage ontvangen. Als ander belangrijk knelpunt noemde ze dat de kwaliteit van het algemeen maatschappelijk werk is afgenomen. Patiënten krijgen vaak slechts vijf gesprekken, wat in veel gevallen te weinig is. Daarnaast zijn de hulpverleners niet altijd opgeleid op HBO-niveau, wat duidelijk terug te zien is in de kwaliteit van de hulpverlening.

5.2 Voor- en nadelen van de pilot met een verwijsfunctionaris

Twee huisartsen, die eerder stellig hebben aangegeven belast te worden door het grote aantal sociale hulpvragen, waren duidelijk enthousiast over de experimentele inzet van een verwijsfunctionaris voor de afhandeling van psychosociale hulpvragen in hun praktijk. De ene huisarts, die veel gebruik heeft gemaakt van de ondersteuning, waardeerde met name dat de verwijsfunctionaris in de geboden hulp alle probleemgebieden van een patiënt integreerde en de huisarts niet alleen werk uit handen nam door de verwijzing op zich te nemen, maar ook doordat een aantal van deze patiënten duidelijk minder vaak het spreekuur bezocht. Zonder de hulp van de verwijsfunctionaris had het meer tijd gekost om de hulpvraag af te handelen, en bovendien waren er twee patiënten blijven 'zweven' die nu goed terecht zijn gekomen. De huisarts had al eerder pogingen ondernomen om hen naar het juiste loket te verwijzen, maar deze patiënten kwamen letterlijk niet aan of slaagden er niet in om hun hulpvraag adequaat uit te leggen. De andere huisarts was vooral te spreken over de laagdrempelige en goede toegang tot de verwijsfunctionaris en de goede terugrapportage. Zonder haar hulp zou het de arts meer tijd hebben gekost, en zou hij de patiënten naar het maatschappelijk werk doorverwezen hebben. Hoewel hij het lastig vond om te beoordelen of zijn patiënten nu beter terecht zijn gekomen, geeft hij aan nu goede feedback te hebben ontvangen waardoor hij in ieder geval wist wat er gebeurde. Als belangrijk nadeel van de opzet van de pilot noemde hij het feit dat de verwijsfunctionaris werkzaam is in een andere gemeente en hierdoor geen deel uit maakt van de bestaande structuren in de hulpverlening in de wijk. Dit zou een goede gelegenheid zijn geweest om korte lijnen te creëren met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk in Rotterdam-Zuid. Daarnaast had hij de verwijsfunctionaris graag in zijn praktijk ontvangen, maar wegens een verbouwing was dit niet mogelijk.

De andere twee artsen die patiënten hebben overgedragen aan de verwijsfunctionaris vonden het lastig om de pilot te beoordelen. Eén van hen heeft slechts één patiënt doorverwezen die uiteindelijk weer naar hem terug is verwezen voor een urgentieverklaring; de andere huisarts had de terugkoppeling via het registratiesysteem nog niet bekeken en kon hierdoor niet oordelen over de al dan niet bereikte resultaten. Wel vond hij het een voordeel dat er een bekend aanspreekpunt bestond om patiënten aan over te dragen.

Tenslotte waren er twee artsen die geen gebruik hebben gemaakt van de hulp van de verwijsfunctionaris. Het betrof de huisarts die geen deel heeft genomen aan het tweede interview, waardoor hem niet gevraagd kon worden naar de reden hiervoor. De andere huisarts gaf tijdens het eerste interview al aan geen patiënten aan de ondersteuner over te dragen, omdat de toegevoegde waarde van een verwijsfunctionaris voor patiënten in de wijk voor hem niet duidelijk was. Hij vond het een belangrijk nadeel dat de ondersteuner wel in de praktijk patiënten kon ontvangen, maar niet als zodanig aan de praktijk

verbonden was. Het vergt van de patiënt moed om een sociale hulpvraag bij zijn vertrouwde huisarts op tafel te leggen, en volgens de arts zou het erg belemmerend zijn om van de patiënt te verwachten daarna het verhaal nogmaals te vertellen aan een onbekende verwijsfunctionaris. De huisartsen die wel gebruik hebben gemaakt van de hulp van de verwijsfunctionaris ontvingen daarentegen geen signalen van patiënten dat zij problemen hadden met de onbekendheid met deze ondersteuner. Echter, een huisarts, die pas een jaar in zijn praktijk werkzaam is, bemerkte wel een toename in het aantal sociale hulpvragen dat aan hem gepresenteerd wordt naarmate hij langer in zijn praktijk zit en patiënten hem beter kennen en vertrouwen.

5.3 Andere mogelijke oplossingen

Een mogelijke oplossing in de afhandeling van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk wordt gevormd door de verwijsfunctionaris, die zich tussen de huisarts en de WMO-hulpverlening bevindt. Eén huisarts zag alleen een verwijsfunctionaris als oplossing van de huidige knelpunten: een persoon die goed bereikbaar is, met alle instellingen contact heeft en goed de weg weet op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning. Daarentegen kunnen mogelijke oplossingen ook gezocht worden bij de huisarts zelf of de WMO-hulpverlening. Twee huisartsen gaven aan dat zij erg geholpen zullen zijn door een goede en recente sociale kaart van de wijk. De overige aanbevelingen richten zich op de WMO-hulpverlening. Zo werd genoemd dat de zichtbaarheid van de instellingen verbeterd moet worden, dat er meer contact is tussen huisarts en instantie en dat er een toetsingsorgaan opgezet moet worden tussen de aanvrager van thuiszorg en het CIZ, om te bekijken of de aanvraag wel reëel is. Daarnaast merkte een huisarts kritisch op dat het aanbod van de WMO-hulpverlening goed kan zijn, maar dat alles ophoudt wanneer er te weinig plaats is, bijvoorbeeld bij de crisisdienst of de woningbouwvereniging.

5.4 De noodzaak om als huisarts ondersteund te worden op het gebied van sociale hulpvragen

Tijdens het laatste interview werd aan de vijf huisartsen gevraagd hoe belangrijk het voor hen is om ondersteund te worden in de afhandeling van sociale hulpvragen. Drie artsen gaven aan hier niet echt behoefte aan te hebben: een van hen vertelde wel graag over een duidelijke sociale kaart te beschikken, maar heeft geen ondersteuner nodig die werk uit handen neemt: “Ik zit niet met de handen in het haar. Ze komen inderdaad, en ik stuur ze wel ergens naar toe. Dan hoop ik dat ze het goede pad weten te vinden. Ik ben inderdaad wel laconiek er onder.” Een andere huisarts sloot daarbij aan: er bereiken hem geen berichten van patiënten die de weg naar het juiste loket niet kunnen vinden, bovendien verwijst hij vaak naar het maatschappelijk werk dat om de hoek zit. Wellicht wil hij het overwegen om een POH op maatschappelijk gebied, als die functie opgezet wordt, in de praktijk te stationeren, maar dat is afhankelijk van de relatie tussen de kosten en hetgeen deze ondersteuner te bieden heeft. De derde huisarts benoemde geen problemen te hebben in de afhandeling van sociale hulpvragen, en dus ook geen behoefte aan extra ondersteuning. Wellicht zou ook deze huisarts gebruik maken van een ondersteuner op maatschappelijk gebied wanneer hij/zij gestationeerd zou zijn in de nabijgelegen praktijk van een collega, “maar ik ga geen behoeftes kweken”. De andere twee huisartsen vonden het wel belangrijk dat er ondersteuning komt op dit gebied. De ene huisarts benoemde dat het veel tijd kost om patiënten naar het juiste loket te verwijzen, en dat patiënten lang niet altijd goed terecht komen. Hierin zou een praktijkondersteuner op maatschappelijk vlak

veel kunnen betekenen. De andere huisarts zou graag door iemand ondersteund worden die daadwerkelijk tijd heeft om goed naar de patiënten te luisteren, en om het nodige werk uit handen te nemen.

6 Discussie

6.1 Belangrijkste bevindingen

Er blijkt een grote variatie te bestaan in het aantal sociale hulpvragen dat verschillende huisartsen in Rotterdam-Zuid aangeven wekelijks voorgelegd te krijgen. De schattingen van het aantal consulten over een sociale klacht lopen uiteen van 1 of minder, 5-10 en zelfs 25-35 per week. Deze gegevens kunnen vergeleken worden met cijfers afkomstig van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH bevat informatie over onder andere aandoeningen, verrichtingen en verwijzingen verkregen uit de elektronische patiëntendossiers van 74 geautomatiseerde huisartspraktijken in 2007. Op basis van de gegevens van huisartspraktijken met patiënten woonachtig in achterstandswijken, wordt verwacht dat er wekelijks circa 1.3 tot 2.4 consulten met een sociale hulpvraag plaatsvinden, afhankelijk van de praktijkgrootte van de huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek. De drie huisartsen die aangaven (minder dan) 1 sociale hulpvraag per week voorgelegd te krijgen, scoren daarmee onder het gemiddelde; de twee artsen die geconfronteerd worden met 5-10 of 25-35 sociale hulpvragen per week zitten ruim daarboven. Het is opmerkelijk dat er zulke grote verschillen bestaan in het aantal sociale hulpvragen dat zich aandient bij huisartsen die werkzaam zijn in dezelfde deelgemeente. Hiervoor zijn een aantal verklaringen aan te wijzen.

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat de HAGRO bestaat uit verschillende typen huisartsen. Hoewel zij allen aangeven dat het afhandelen van sociale hulpvragen tot hun takenpakket behoort, brengen zij dit allemaal op een andere manier in de praktijk. Vier huisartsen proberen hun werkterrein goed af te bakenen en leggen veel verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. Zij ervaren weinig extra belasting, en bieden patiënten met een sociale hulpvraag voornamelijk een luisterend oor. Ze hebben namelijk de indruk dat patiënten niet geholpen willen worden maar hun verhaal kwijt willen of niet weten, of zij weten niet goed hoe ze de patiënt kunnen helpen. Een huisarts verwijst de patiënten voornamelijk door naar het maatschappelijk werk in de wijk, hoewel collega-artsen aangeven dat het maatschappelijk werk daar niet meer gevestigd is. Er bestaat de indruk dat deze vier huisartsen minder open staan voor de sociale problematiek van hun patiënten, en voornamelijk ingaan op de expliciete hulpvragen die door de patiënt gesteld worden. Deze artsen zien de sociale problematiek in de wijk grotendeels als een context waarin zij proberen om de medische klachten van hun patiënten te behandelen, dan als een probleem dat hun inzet vereist.

Daar tegenover staan twee huisartsen die zich een grote rol toedichten in de afhandeling van sociale hulpvragen. Zij gaan een stap verder om hun patiënt naar het juiste loket te begeleiden, en geven aan in grote mate belast te worden door de sociale problematiek die zich bij hen aandient. Wanneer een patiënt zich met (impliciete) klachten meldt zoals hoofdpijn of slaapproblemen, vragen zij tevens naar het sociale welbevinden van de patiënt. Uit ervaring weten zij dat er achter slaapproblemen regelmatig grote financiële schulden schuilen. Deze artsen zien de sociale problematiek als een probleem dat, wanneer dat patiënt dat wel, aangepakt moet worden.

Sociale hulpvragen die frequent voorgelegd worden aan de huisartsen betreffen problemen op het gebied van huisvesting, relatie of mishandeling, werk en financiën, gezin en opvoeding en maatschappelijke participatie. Hierbij valt op dat problemen met het vinden van een geschikte woning tijdens de interviews als één van de voornaamste problemen naar voren kwam, terwijl dit in frequentie niet als zodanig in de registraties terug te zien was. Daarnaast werd deze problematiek frequent aan de verwijfsfunctionaris overgedragen. Dit wijst er op dat de huisartsen veelal niet goed weten hoe zij patiënten met deze hulpvragen kunnen helpen, mede door het urgente karakter van deze problematiek. Tevens valt op dat bepaalde problemen frequenter bij de ene huisarts voorkomen dan bij een andere. Zo wordt één huisarts in grote mate belast door de vele verzoeken van het CIZ om informatie, een ander geeft aan veel problemen met jeugd te zien en een volgende arts krijgt regelmatig te maken met verslavingsproblematiek.

Voorafgaand aan dit onderzoek werd verondersteld dat de invoering van de WMO er voor gezorgd heeft dat patiënten met sociale problematiek de weg niet meer weten te vinden naar het juiste loket, en hun hulpvraag daarom aan de huisarts voorleggen. Zowel de verwijfsfunctionaris als de meeste huisartsen zien hier echter geen verband tussen.

Uit de inventarisatie van de knelpunten die huisartsen ervaren in de afhandeling van sociale hulpvragen spreekt een zekere machteloosheid. Huisartsen weten niet altijd hoe ze de patiënt het beste kunnen helpen, en daarnaast zijn patiënten zelf vaak weinig gemotiveerd om hun problemen aan te pakken en haken regelmatig af wanneer aanvullende hulpverlening geboden wordt. Het algemeen maatschappelijk werk wordt door de huisartsen in veel gevallen gezien als de meest geschikte discipline om de patiënt naar door te verwijzen. Echter, het algemeen maatschappelijk werk in hun wijk functioneert zeer slecht, waardoor het voor de huisarts lastig is om sociale hulpvragen adequaat af te handelen. Het is dan ook niet verrassend dat de verwijfsfunctionaris in dit onderzoek door de meeste huisartsen als maatschappelijk werkster is gezien. Ook de ondersteuner zelf beaamt hoofdzakelijk als zodanig gewerkt te hebben. Dit rechtvaardigt de conclusie dat de problemen die huisartsen ervaren in de afhandeling van sociale hulpvragen een stuk minder zouden zijn wanneer er degelijk en goed functionerend maatschappelijk werk beschikbaar zou zijn in Rotterdam-Zuid.

6.2 Hoe groot is het probleem met de afhandeling van sociale hulpvragen?

Slechts twee huisartsen geven aan in grote mate belast te worden door het aantal sociale hulpvragen dat aan hen wordt voorgelegd, en ervaren een behoefte om hierin ondersteund te worden. Drie artsen geven aan weinig extra belasting te ervaren en geen noodzaak voor ondersteuning te zien. Waarschijnlijk geldt dit tevens voor de vier huisartsen die niet of gedeeltelijk meegewerkt hebben aan het onderzoek, anders hadden zij vermoedelijk graag gebruik gemaakt van de hulp van de verwijfsfunctionaris. Bovendien kan worden vastgesteld dat er zeer weinig patiënten zijn overgedragen aan deze ondersteuner, vanwege hoofdzakelijk een gebrek aan aanleiding of tijd. Kortom, slechts twee van de negen huisartsen ervaart problemen in de afhandeling van sociale hulpvragen. Daarnaast wordt duidelijk dat het ontbreken van goed functionerend algemeen maatschappelijk werk in Rotterdam-Zuid veel bijdraagt aan de knelpunten die de huisartsen hierin ervaren.

6.3 Beperkingen van het onderzoek

Een eerste beperking van dit onderzoek is er in gelegen dat door logistieke problemen en tegenvallende medewerking aan het onderzoek van de huisartsen deze studie een casestudie vormt van vijf huisartsen, waarbij de kwantitatieve data niet bruikbaar bleek voor statistische analyse. Vanzelfsprekend vormt deze groep huisartsen geen representatieve afspiegeling van de gemiddelde Nederlandse huisarts, maar ook een mogelijke vergelijking met andere huisartsen in achterstandsgebieden loopt spaak, aangezien het op één na allemaal artsen betreft die in een solopraktijk gevestigd zijn. Van alle huisartsen in Nederland in 2007 had 22% een solopraktijk, 30% een duopraktijk en 48% een groepspraktijk waarin drie of meer huisartsen gevestigd waren (Hingstman et al., 2007). Het is aannemelijk dat huisartsen die werken vanuit een solopraktijk, minder gebruik kunnen maken van praktijkondersteuners om hen te helpen bij het afhandelen van sociale hulpvragen dan huisartsen die in een groepspraktijk gevestigd zijn. Zo verwijst een huisarts in dit onderzoek die gevestigd is in een gezondheidscentrum regelmatig naar de SPV'er of allochtone zorgconsulente die aan het centrum verbonden is.

Een tweede grote beperking vormt het kleine aantal geregistreerde sociale hulpvragen (N=123), terwijl ruim 2000 registraties verwacht werden op basis van de door de huisartsen gegeven schattingen. Hierdoor was het niet mogelijk om deze gegevens te analyseren, wat aanvankelijk wel de bedoeling was. Na afloop van de registratieperiode hebben vier van de vijf huisartsen die deelnamen aan het tweede interview hun schatting drastisch bijgesteld. Zij gaven zelf aan dat hun schatting waarschijnlijk ook de sociale problemen omvatte die zijdelings door de patiënt genoemd werden, maar geen hulpvraag vormden, hoewel hen destijds gevraagd was alleen de sociale problematiek mee te tellen waarvoor de patiënt geholpen wilde worden. Vermoedelijk heeft het registreren van de voorgelegde sociale hulpvragen inzicht gegeven in de daadwerkelijke frequentie. Bovendien kan het gegeven dat het onderzoek plaatsvond in de zomerperiode ervoor gezorgd hebben dat er minder sociale hulpvragen aan de huisartsen werd voorgelegd dan in de winterperiode. Het is aannemelijk dat patiënten door het mooiere weer en de saamhorigheid die tijdens de ramadan (1 tot en met 30 september 2008) ervaren wordt, hun sociale problemen wat minder zwaar in zien en minder aanleiding ervaren om hiervoor naar de huisarts te gaan.

Een laatste knelpunt in de opzet van deze pilot betreft het feit dat vier van de zes huisartsen in een solopraktijk gevestigd zijn waar geen ruimte beschikbaar was voor een praktijkondersteuner om patiënten te ontvangen. Een enkele huisarts gaf aan dit belemmerend te vinden. Daarnaast bleek dat met één huisarts de communicatie slecht verliep, waardoor een patiënt niet door de verwijsfunctionaris in behandeling genomen kon worden. Dit probleem had waarschijnlijk niet gespeeld als de ondersteuner vanuit de praktijk van de huisarts kon werken. Bovendien werd door één huisarts aangegeven het een vereiste was dat de ondersteuner verbonden zou zijn aan de desbetreffende huisartspraktijk, omdat het vertrouwen van de patiënt dusdanig belangrijk is om deze sociale, persoonlijke problemen met een ondersteuner te bespreken. Tevens werd het als belemmerend ervaren dat de ondersteuner geen deel uit maakte van het huidige aanbod van hulpverlening in de deelgemeente, waardoor er geen kans bestond om blijvende contacten te leggen tussen huisartsen en aanvullende hulpverlening.

6.4 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan om de afhandeling van sociale hulpvragen te verbeteren. In de eerste plaats is het raadzaam om een goede en recente sociale kaart van de wijk te verstrekken, aangezien de meeste huisartsen aangeven hier niet over te beschikken maar deze wel graag te willen hebben. Ten tweede werd opgemerkt dat de huisarts een standaard heeft voor het behandelen van medische klachten, maar niet voor sociale problematiek. Wat zijn bijvoorbeeld de criteria waar een patiënt aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor schuldhulpverlening? Dit soort informatie, die van belang is voor het adequaat doorverwijzen van patiënten met een sociale hulpvraag, kan in een soort ‘sociale standaard’ verwerkt worden. Hier kan de huisarts vervolgens zijn of haar voordeel mee doen.

Zoals al eerder besproken is goed functionerend algemeen maatschappelijk werk van essentieel belang in een goede afhandeling van sociale hulpvragen, maar is de situatie in Rotterdam-Zuid ver van wenselijk: is er geen terugrapportage, huisartsen hebben geen contact met het maatschappelijk werk en weten niet precies wat zij te bieden heeft. Dit is uiteraard niet direct op te lossen, maar er kan wel gezocht worden naar mogelijkheden om de huidige situatie te verbeteren. De HAGRO stelt zelf voor dat er een algemeen maatschappelijk werk(st)er als contactpersoon aan één of meer HAGRO's gekoppeld wordt, waardoor er een directe lijn ontstaat. Hierdoor weet de huisarts wie benaderd kan worden voor vragen, terugrapportage kan eenvoudiger plaatsvinden en de huisarts krijgt meer zicht op wat het maatschappelijk werk voor de patiënt kan doen.

Wanneer besloten zou worden om een verwijsfunctionaris in te zetten ter ondersteuning van huisartsen in de afhandeling van sociale hulpvragen, zoals in deze pilot, dan is het noodzakelijk dat de opzet goed aansluit op de behoefte en de visie op de afhandeling van sociale hulpvragen van de individuele huisarts. Bovendien is het van belang dat er een ruimtelijke voorziening getroffen wordt voor de ondersteuner in de praktijk van de huisarts. Wanneer hier aan voldaan wordt kan de inzet van een praktijkondersteuner op het gebied van maatschappelijke ondersteuning functioneel zijn.

Literatuur

CBS

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=71899ned&D1=0%2c21%2c42%2c63-72&D2=0-815%2c863-864%2c866%2c881-909%2c911-917%2c925-4124%2c4126-4465%2c4467-4663&HDR=T&STB=G1&VW=D>
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=71899ned&D1=0%2c21%2c42%2c63-72&D2=0-815%2c863-864%2c866%2c881-909%2c911-917%2c925-4124%2c4126-4465%2c4467-4663&HDR=T&STB=G1&VW=D>

Hingstman L, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2007*. Utrecht: NIVEL, 2007

Klink A. *Een dynamische eerstelijnszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2008

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn *WMO en eerstelijnszorg: over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties* <http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/LVG-WMOboekje2007.pdf>
<http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/LVG-WMOboekje2007.pdf>

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), 2007

Noordman J, Verheij R, Verhaak P. *De inzet van doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 2008

Verhaak, P.F.M. *Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen*. Utrecht: NIVEL, 1986

SGBO *Onderzoeksrapport Aard en omvang Wmo-doelgroep*
<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/documenten/http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/documenten/>

Bijlage A: interviewschema 1

Kennis van WMO

1. Met welk doel is volgens u de WMO ingevoerd?
2. Vindt u de WMO een goed initiatief? Waarom wel of niet?
3. Welke voorzieningen van de WMO kunt u noemen?

Omvang probleem

4. **Inschatting** sociale hulpvragen:
Welk deel van de patiënten die u op een dag ontvangt, komen hoofdzakelijk met een sociale hulpvraag?
5. **Soort** vragen:
Welke sociale hulpvragen komen relatief vaak voor?
En hoe vaak komen deze vragen voor?
6. **Belasting door sociale hulpvragen:**
Duurt een dergelijk consult langer?
Levert een dergelijk consult na afloop meer administratief werk op?
7. **Comorbiditeit:**
Bij welk deel van de sociale hulpvragen is er sprake van comorbiditeit (op somatisch / psychisch vlak)?
En waar gaat het dan om?
8. **WMO**
Welk deel van de sociale hulpvragen betreffen volgens u de WMO?
Om welke sociale hulpvragen gaat het?
9. **Doorverwijzen:**
 4. Welke soort sociale hulpvragen verwijst u door?
 5. Waarom behandelt u ze niet zelf?
 6. Waar verwijst u ze naar door?
 7. Bij welk deel van de sociale hulpvragen biedt u een luisterend oor, maar kunt u de patiënt niet zelf behandelen of doorverwijzen?
10. **Intensiviteit** bemoeienis:
Hoe intensief is uw bemoeienis als u patiënten doorverwijst, in de volgende situaties?
11. **Juist loket:**
 - a.) Als u patiënten doorverwijst, welk deel van de patiënten arriveert überhaupt bij de instantie waar naar doorverwezen is?
 - a.) Welk deel van de patiënten wordt in behandeling genomen, schat u?
 - b.) Welk deel van de patiënten wordt succesvol behandeld volgens u?
 - c.) Is dit gerelateerd aan:
 - a.) De intensiteit van uw eigen bemoeienis?
 - b.) Het soort hulpvraag?
 - c.) De ernst van de hulpvraag?
 - d.) Aanwezigheid van comorbiditeit?

12. **Zelf afhandelen:**

- a.) Welk soort sociale hulpvragen behandelt u zelf?
- b.) Waarom?

13. **Knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen:**

Kunt u, in de afhandeling van sociale hulpvragen, knelpunten benoemen die bij de huisarts, dus bij uzelf liggen?

14. Kunt u knelpunten benoemen in de afhandeling van sociale hulpvragen, die bij de patiënt liggen?

15. Kunt u knelpunten benoemen in de afhandeling van sociale hulpvragen in deze fase, dus knelpunten die bij de WMO-hulpverlening liggen?

16. **Geen oplossing:**

- a.) Voor welk deel van de sociale hulpvragen is volgens u geen goede oplossing beschikbaar?
- b.) Om welke vragen gaat het dan?
- c.) Om welk deel van de patiënten met een sociale hulpvraag gaat het?

Mogelijke oplossingen:

17. Welke oplossing(en) van knelpunten kunt u bedenken, die liggen bij:

- a.) Uzelf
- b.) De verwijzingsfunctionaris
- c.) De patiënt
- d.) De WMO-hulpverlening

Verwijzingsfunctionaris:

18. Welke verwachtingen heeft u van de verwijzingsfunctionaris?

Bijlage B: interviewschema 2

WMO

1. Vindt u de WMO een goed initiatief? (U zei vorige keer: Is dat veranderd?)
2. Is er volgens u een relatie tussen de (invoering van de) WMO en het (toenemend) aantal sociale hulpvragen op uw spreekuur?

Omvang

3. U gaf tijdens het vorige interview aan dat u elke dag circa ... sociale hulpvragen voorgelegd krijgt. Is deze schatting ook nu nog van toepassing?
4. We hebben bij alle huisartsen verschillen gevonden in het geschatte aantal sociale hulpvragen die zij op een dag krijgen, en het aantal sociale hulpvragen dat geregistreerd is. Eerder schatte u circa ... sociale hulpvragen te zien per dag; gemiddeld heeft u ... hulpvragen geregistreerd per dag.
 - a.) Wat is volgens u een correcte afspiegeling van de praktijksituatie?
 - b.) Waar komt het verschil tussen het geschatte aantal hulpvragen en het geregistreerde aantal door?.
5. Tijdens interview I gaf u aan dat de volgende sociale hulpvragen vaak aan de orde kwamen tijdens uw spreekuur: Is dat nog steeds zo?
6. In welke mate wordt u belast door sociale hulpvragen? Vorige keer vertelde u:.... Is dat veranderd?
7. In welke mate speelt uw beroepsopvatting een rol in de manier waarop u sociale hulpvragen afhandelt?

Verwijzen

8. Welk deel van de patiënten met een sociale hulpvraag verwijst u door?
9. Welke hulpvragen verwijst u door? Vorig interview vertelde u... Is dat nog steeds zo?
10. Waarom verwijst u door? Vorig interview vertelde u ... Is daar iets in veranderd?
11. Welke verwijzsmogelijkheden heeft u voor patiënten met een sociale hulpvraag? Vorig interview vertelde u Is dat nog steeds zo?
12. Welk deel komt volgens u aan bij het juiste loket? Vorig interview vertelde u ... Is daar iets in veranderd?
13. De hulpvraag van patiënten die u niet door kunt verwijzen, handelt u deze zelf af? Op welke manier doet u dat? Vorig interview vertelde u Is dat nog steeds zo?
14. Voor welk deel van de hulpvragen is geen goede oplossing/hulp beschikbaar? Vorig interview vertelde u Is dat nog steeds zo?

Knelpunten en oplossingen

15. Wat zijn volgens u de belangrijkste knelpunten in de afhandeling van sociale hulpvragen die liggen bij:

- a.) De huisarts
- b.) De (WMO-)hulpverlening?

Vorig interview vertelde u Is dat nog steeds zo?

16. Welke mogelijke oplossingen hiervoor ziet u? Vorig interview vertelde u... Is daar iets in veranderd?

Verwijsfunctionaris:

17. De verwijsfunctionaris is een vrijgevestigde maatschappelijk werkster. Heeft u haar ook voornamelijk als maatschappelijk werkster gezien, of (breder) als een verwijsfunctionaris die mensen ook op gebied van bijvoorbeeld thuiszorg de juiste weg wijst?

18. U heeft ... patiënten aan de verwijsfunctionaris overgedragen.

- a.) Klopt dit aantal?
- b.) Welk soort vragen/patiënten heeft u overgedragen?

19. Waarom heeft u andere vragen zoals bijvoorbeeld huishoudelijk hulp of woningaanpassing niet overgedragen?

20. Op welke manier heeft u uw patiënten overgedragen aan de verwijsfunctionaris?

21. Welke feedback heeft u gekregen van de verwijsfunctionaris over de doorverwijzing van uw patiënten?

22. Zijn de patiënten die heeft overgedragen aan de verwijsfunctionaris volgens u aan het juiste loket gekomen? Beter dan wanneer zij niet ingeschakeld zou zijn?

23. Waarom heeft u niet méér gebruik gemaakt van de hulp van de verwijsfunctionaris?

24. Wat zou u met deze hulpvragen hebben gedaan als u niet over de hulp van de verwijsfunctionaris zou beschikken?

25. De vorige keer vertelde u wat u verwachtte van de verwijsfunctionaris, nl Zijn deze verwachtingen uitgekomen?

26. Hoe belangrijk is het voor u om ondersteund te worden in de afhandeling van sociale hulpvragen?

27. Vormt de verwijsfunctionaris voor u een mogelijke oplossing in de afhandeling van sociale hulpvragen?

Bijlage C: interviewschema verwijsfunctionaris

WMO

1. Wat is de WMO, en welke voorzieningen horen daarbij?
2. Is er volgens u een relatie tussen de (invoering van de) WMO en het toenemend aantal patiënten die een sociale hulpvraag bij de huisarts neerleggen?

Omvang doorverwijzing vanuit huisartsen

3. Er zijn volgens het systeem 15 patiënten naar u doorverwezen. Klopt dat?
4. Welke soort hulpvragen / patiënten werden naar u doorverwezen?
5. Hoeveel van de naar u doorverwezen patiënten zijn volgens u succesvol afgehandeld?

Werkwijze

6. Kunt u een beschrijving geven van uw werkwijze (let op: proberen algemeen te houden)?
7. Hoe intensief is deze?
8. En hoe verhoudt uw werkwijze zich tot die van de huisarts?
9. Van welke verwijsmogelijkheden maakt u gebruik? Hoe intensief is het contact? Weet u precies wat daar gebeurt, krijg u terugkoppeling?
10. Heeft u voor uw gevoel echt gefunctioneerd als verwijsfunctionaris, of meer als AMW'er?
11. Een aantal artsen zeggen dat het erg belangrijk is dat u als hulpverlener/doorverwijzer het vertrouwen van de (allochtone) patiënt krijgt, zeker gezien de problematiek. Jij bent in eerste instantie een onbekende van de patiënt: heeft u dat als belemmerend ervaren?

Huisartsen

12. Hoe verliep de communicatie met de huisartsen? Hoe intensief was het contact? Werd er gevraagd om terugkoppeling?
13. Hoe beoordeelt u de kennis en kundigheid van huisartsen in afhandeling sociale hulpvragen?
14. Ziet u verschillen in hoe de verschillende artsen met sociale hulpvragen omgaan?
15. Hoe beoordeelt u het aanbod van verschillende instellingen die samen het WMO-aanbod uitvoeren?

Knelpunten en mogelijke oplossingen

16. Wat zijn volgens u belangrijke knelpunten in afhandeling van sociale hulpvragen, die kunnen liggen bij:
 - De huisarts
 - De WMO-hulpverlening
17. Wat zijn volgens u mogelijke oplossingen?

Verwachtingen project

18. Wat waren uw verwachtingen van uw rol als verwijsfunctionaris voordat u aan dit project begon? Zijn die verwachtingen uitgekomen?

Bijlage D: printscreens van de elektronische registratie module

The screenshot shows the 'PsyDirect onderzoek' web application. The header includes the logo and navigation links: Home, Overzicht, Instrument, and Uitloggen. A left sidebar contains menu items: Start (Clientinformatie opgeven), Probleemtypen (Vragen doorlopen), Verwijsadvies (Verwijsinformatie opgeven), and Verwijsmonitor (Resultaten). The main content area is titled 'Start' and contains the instruction 'Geef hier globale cliëntinformatie op.' Below this are input fields for: Voorletters:*, Voornaam:, Tussenvoegsels:, Achternaam:*, Straat:, Huisnummer:, Postcode:, Plaats:, Telefoon:, and Geboortedatum* (d-m-j) with dropdown menus for day (01), month (01), and year (1980). At the bottom of the form are three buttons: 'Volgende stap', 'Opslaan en Sluiten', and 'Wis deze stap'. A copyright notice '© Webteam, 2009' is visible at the bottom center.

PsyDirect
onderzoek

Home Overzicht Instrument Uitloggen

Start
Clientinformatie opgeven

Probleemtypen
Vragen doorlopen

Verwijsadvies
Verwijsinformatie opgeven

Verwijsmonitor
Resultaten

Start
Geef hier globale cliëntinformatie op.

Voorletters:*

Voornaam:

Tussenvoegsels:

Achternaam:*

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Telefoon:

Geboortedatum* (d-m-j):

Volgende stap **Opslaan en Sluiten** **Wis deze stap**

© Webteam, 2009

Start
Clientinformatie opgeven

Probleemtypen
Vragen doorlopen

Verwijsadvies
Verwijsinformatie opgeven

Verwijmonitor
Resultaten

Probleemtypen

Vraag 1a: Welk type klachten en problemen spelen er, waar de cliënt zich zorgen over maakt?

Sociaal Maatschappelijke problemen

- ☐ Huisvesting
- ☐ (Maatschappelijke) Instanties
- ☐ Financiën
- ☐ Maatschappelijke participatie (dagbesteding, scholing, arbeid, vrije tijd)
- ☐ Huishoudelijke zorg
- ☐ Vraag om voorziening
- ☐ Anders:

Psychosociale problemen

- ☐ Interpersoonlijk (problemen in relatie tot jezelf en anderen)
- ☐ Werk en opleiding
- ☐ Gezin en opvoeding
- ☐ Anders:

Psychische problemen

- ☐ Stemming (somberheid, angsten)
- ☐ Identiteit/zelfbeeld
- ☐ Aanpassing en verwerking
- ☐ Problemen in de persoonlijkheid en met cognitieve en conatieve functies
- ☐ Afhankelijkheid van middelen (verslaving)
- ☐ Anders:

Gezondheidsproblemen

- ☐ Lichamelijke klachten zonder duidelijke lichamelijke oorzaak
- ☐ Slapen en eten
- ☐ Seksualiteit
- ☐ Chronisch ziek
- ☐ Anders:

Vraag 1b: Wat is de ernst van de problematiek?

- ☐ Lichte problematiek
- ☐ Matig ernstige problematiek
- ☐ Ernstige problematiek
- ☒ Nog niet bekend

Vraag 1c: Formuleer een globale probleembeschrijving en bepaal uw vervolgstap. (optioneel)

Vraag 1d: Welk probleemtype past bij de probleembeschrijving en de ernst van de problematiek?

- ☒ Er is sprake van een **combinatie van typen problemen** (sociaal maatschappelijk, psychosociaal, psychisch, gezondheid) waarbij niet één specifiek type probleem op de voorgrond staat.
- ☐ Er is voornamelijk sprake van een **sociaal maatschappelijke problematiek** waar de hulpverlening zich op moet richten.
- ☐ Er is waarschijnlijk sprake van **ernstige psychiatrische/verslavingsproblematiek** die behandeling in de eerste lijn in de weg staat.
- ☐ Er is voornamelijk sprake van **psychosociale problematiek** waar de hulpverlening zich op moet richten.
- ☐ Er is voornamelijk sprake van **psychische problematiek** waar de hulpverlening zich op moet richten.
- ☐ Het is nog **onduidelijk** welk probleemtype past bij de probleembeschrijving en de ernst van de problematiek.

Vorige stap

Volgende stap

Opslaan en Sluiten

Wis deze stap

Start
Clientinformatie opgeven

Probleemtypen

Vragen doorlopen

Verwijsadvies

Verwijsinformatie opgeven

Verwijsmonitor

Resultaten

Verwijsadvies

Vraag 2a: Naar welke discipline wilt u de cliënt verwijzen, gezien het cliëntprofiel dat u hebt gekozen en de overwegingen die daarbinnen zijn gegeven?

- Maak een Keuze -

Vraag 2b: Zijn u en de cliënt het eens over de keuze van passende hulpverlening?

☐ Ja

☐ Nee, korte toelichting:

Vraag 2c: Welke vervolgstap gaat u zetten:

☐ Ik behandel voorlopig zelf

☐ Ik verwijs de cliënt zelf

☐ Ik schakel de verwijzingsfunctionaris in voor verdere verwijzing

Vorige stap

Volgende stap

Opslaan en Sluiten

Wis deze stap

© Webteam 2009

Start
Clientinformatie opgeven

Probleemtypen

Vragen doorlopen

Verwijsadvies

Verwijsinformatie opgeven

Verwijsmonitor

Resultaten

Formuleer Verwijsvraag

Geef de functie op van de persoon waarnaar u wilt verwijzen, en eventueel bijkomende details.

Opmerkingen:

Vorige stap

Opslaan en Sluiten

Exporteren naar PDF

Wis deze stap

© Webteam 2009