

- Strauss, J. S., J. J. Bartho & W. T. Carpenter (1973) *Brit. J. Psychiat.* 122, 531-540.
- Struktuurnota Rotterdam. Dienst van stadsontwikkeling Gemeente Rotterdam, 1972.
- Szazs, T. S. (1973) *Nature* 242, 305-307.
- Tan, T. B. Drie wijken in Rotterdam verzekeringsgeneeskundig gezien. *Scriptie cursus sociale geneeskunde*, Utrecht, 1973.
- Taylor, L. & S. Chave. *Mental health and environment*. Longmans, London, 1964.
- Temerlin, M. K. (1970) *Community Mental Health J.* 2, 110-117.
- Tulden, J. J. M. van. *De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 t/m 1954*. Proefschrift, Leiden, 1962.
- Velden, H. G. M. van der. *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Proefschrift, Nijmegen, 1971.
- Vries, A. E. M. de. *Gezin en hulpverlening in dorpbijstad*. Proefschrift, Nijmegen, 1973.
- Warner, M. *Family physicians and patients: is the contract changing? Presented at the fifth World Conference on General Practice*. Melbourne, oktober 1972.
- Whinney, J. R. Mc. (1972) *Proc. roy. Soc. Med.* 65, 34-38.
- Wilson, R. M. *Patient - Practitioner relationships in: Handbook of Medical sociology*. Editor H. E. Freeman e.a. Prentice Hall Inc., New York, 1965.

Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis (III)*; welke hulpverlener bij welk probleem kiest de patiënt van het Withuis?

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

Het is al vaak gezegd en geschreven dat de huisarts zo dikwijls met klachten en problemen wordt geconfronteerd, die — naar zijn mening — niet bij hem thuis horen. Dat zou een van de oorzaken zijn van de onvrede die bij vele huisartsen leeft; het gevoel van: daar ben ik toch niet voor opgeleid en daar kan best — zo niet beter — iemand anders voor zorgen.

Deze gevoelens en gedachten zijn belangrijke prikkels (geweest) om tot samenwerkingsverbanden met onder andere wijkverpleging en maatschappelijk werk te komen en over te gaan tot het oprichten van een gezondheidscentrum.

Ook bij de totstandkoming van het Withuis hebben deze overwegingen gespeeld. Wij hebben ons afgevraagd of het mogelijk zou zijn dat de patiënt na verloop van tijd (jaren!) zelf zou gaan beseffen dat hij voor vele vragen waarvoor hij nu nog al te vaak zijn huisarts raadpleegt, beter bij een van de andere hulpverleners van het multidisciplinaire team zou kunnen aankloppen.

Om een uitgangspunt te hebben, is in de vragenlijst** die aan de

* Voor I en II zie respectievelijk (1974) huisarts en wetenschap 17, 423 en (1975) huisarts en wetenschap 18, 40.

** (1974) huisarts en wetenschap 17, 423.

patiënten werd voorgelegd, voordat het gezondheidscentrum werd geopend, een reeks concrete problemen opgenomen waarbij niet zonder meer duidelijk is wie de meest aangewezen hulpverlener is. De reeks is in die zin nogal willekeurig gekozen, dat de voorgelegde casuïstiek geen volledige lijst is van problemen waarbij je je als huisarts afvraagt: „Waarom bij mij?”. Het is een — grotendeels uit eigen ervaring — geputte lijst van veel voorkomende problemen waarbij een verschuiving van de keuze der hulpverlener, mede door het functioneren van het gezondheidscentrum denkbaar is.

De volgende problemen werden voorgelegd:

Tabel 1. Lijst van onderwerpen, welke in een vragenlijst aan de patiënten werd voorgelegd.

1. Opvoedingsprobleem
2. Huwelijksprobleem
3. Niet-ernstig ziek kind
4. Huisvestingsprobleem
5. Grote eenzaamheid
6. Beroepskeuze
7. Gewetensbezwaren om de „pil”
8. Inlichten van ongeneeslijk zieke
9. Begeleiding van stervende
10. Abortus provocatus of niet?
11. Hulp in de huishouding
12. Gesomatiseerd relatieprobleem in arbeidssituatie
13. Seksuele voorlichting

Samenvatting. In deze derde en laatste bijdrage wordt ingegaan — met behulp van dertien aan de patiënten voorgelegde concrete problemen — op de vraag bij welk probleem welke hulpverlener van het gezondheidscentrum het beste kan helpen. Voorts wordt aan de hand van de gevonden cijfers een hulpverleningsprofiel van huisarts, maatschappelijk werk(st)er, wijkverpleegkundige en pastor samengesteld en besproken.

Het meest opvallende is dat de wijkverpleegkundige over de gehele linie laag scoort, zowel bij psychosociale als bij existentiële en meer somatische problemen.

De patiënten konden uit de volgende hulpverleners een keuze maken: huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige, assistente, priester, iemand anders.

De feitelijke vragen en hun beantwoording zijn weergegeven in *tabel 2*.

Met behulp van deze cijfers kunnen wij nagaan wie van de hulpverleners in elk apart geval de hoogste score behaalt (*tabel 3*).

De wijkverpleegkundige, assistente en „iemand anders” behalen geen enkele keer de hoogste score.

Als wij *tabel 3* bekijken, valt ons op dat de patiënten alle problemen waaraan een somatisch aspect zit, bij de huisarts onderbrengen. Ook de

Tabel 2. Resultaten — in procenten — van de antwoorden op dertien vragen betreffende de gewenste hulpverlener.

	Huis- arts	Maat- schappelijk werker	Wijk- verpleeg- kundige	Assis- tente	Pastor	Iemand anders
1. Een jongen van negen jaar wordt steeds meer een probleem voor zijn ouders; hij trekt zich niets meer van hen aan. Hij heeft woede-aanvallen, heeft geen zorg voor speelgoed en kleren. Naar wie zullen zijn ouders voor advies gaan? (Hij is onlangs lichamelijk onderzocht en er werd niets afwijkends gevonden)	21,1	61,2	1,2	0,1	2,9	13,5
2. In een huwelijk van twee mensen, die ongeveer drie jaar zijn getrouwd zijn ernstige moeilijkheden ontstaan. Man en vrouw komen er met hun tweeën niet uit. Zij zouden graag hun moeilijkheden eens aan iemand willen voorleggen, in de hoop dat deze hen met de oplossing ervoor zou kunnen helpen. Tot wie zouden zij zich volgens u het beste kunnen wenden?	26,7	47,0	1,0	0,1	13,8	11,3
3. Een echtpaar heeft het eerste kind. Het kind is niet ziek, maar wil niet goed eten. Aan wie kunnen zij het beste hulp vragen?	72,8	1,3	24,3	0,5	0,3	0,9
4. Een bejaard echtpaar woont alleen in een tamelijk groot huis. Zij zouden eigenlijk beter naar een bejaardentehuis kunnen gaan. Wie kan hen daarbij het beste helpen?	16,1	65,3	12,0	0,2	1,7	4,7
5. Er is iemand, die zich erg eenzaam voelt. Hij voelt zich zo eenzaam dat hij er wel eens over denkt een einde aan zijn leven te maken. Tot wie kan hij zich het beste om hulp wenden?	26,3	29,8	2,5	0,3	33,4	7,7
6. Een meisje heeft de lagere school af en heeft ook nog een stuk voortgezet onderwijs gedaan. Zij wil gaan werken, maar weet niet welk soort werk zij zal kiezen. Aan wie kan zij het beste om raad vragen?	3,3	56,3	1,7	0,8	0,9	36,9
7. Een echtpaar wil „de pil” gebruiken, maar durft niet wegens gewetensbezwaren. Naar wie kunnen zij het beste met dit probleem gaan?	60,7	3,7	0,7	0,1	31,5	3,3
8. Een patiënt heeft een ongeneeslijke ziekte. Wie zal hem het beste kunnen inlichten?	85,7	0,7	1,1	0,1	9,5	2,9
9. Wie zal de patiënt het beste steun kunnen geven gedurende de laatste weken of maanden van zijn leven?	25,7	2,7	14,4	0,3	35,9	21,0
10. Een echtpaar vindt dat het genoeg kinderen heeft. Nu is de vrouw toch weer in verwachting geraakt. Zij zijn in twijfel of zij er iets aan zullen doen of niet. Naar wie kunnen zij het beste gaan?	87,0	4,4	0,7	0,1	4,7	3,0

maatschappelijk werker krijgt de problemen die hem toebehoren, zowel die van materiële als immateriële aard (*Vlamings*). De priester wordt vooral als hulpverlener gekozen bij existentiële nood, zij het dat uit de frequentie blijkt, dat ook andere hulpverleners hier een duidelijk werkterrein hebben. Kortom, de indeling die de patiënten aanbrengen lijkt heel zinnig.

Ook is het mogelijk met behulp van de cijfers uit *tabel 2* een hulpverleningsprofiel van ieder der hulpverleners samen te stellen. Terwille van de overzichtelijkheid hebben wij de vraag naar hulp van de huisarts als uitgangspunt gekozen en de antwoorden in afnemende frequentie gerangschikt. Bij de andere disciplines hebben wij dezelfde volgorde aangehouden (*tabel 4*).

Aan de hand van de diagrammen kunnen wij zien dat de huisarts in de gepresenteerde gevallen als hulpverlener bij uitstek wordt gezien, onmiddellijk gevolgd door de maatschappelijk werker. Als wij de volgorde van de frequentie nader bekijken, dan kunnen wij wat de huisarts betreft daarin dezelfde categorieën onderscheiden die wij ook bij *tabel 3* bespraken. Alle problemen waaraan een somatisch aspect zit, worden vanzelfsprekend als het belangrijkste werkterrein van de huisarts gezien. Dan komt de categorie met immateriële respectievelijk existentiële problemen: huwelijk, eenzaamheid, begeleiding van stervende en opvoeding.

Het lijkt ons juist immateriële en existentiële problemen tot één categorie te rekenen, er daarbij vanuit gaande dat existentiële problemen, die dus een directe bedreiging voor het bestaan vormen, de meest ernstige vorm van immateriële nood zijn.

Tot slot de materiële hulpverlening, waarbij de huisarts slechts door een gering percentage als primaire hulpverlener wordt gezien.

Het hulpverleningsprofiel van de maatschappelijk werker komt overeen met zijn taakomschrijving. Het verbaasde ons alleen dat seksuele voorlichting door 16,8 procent der

Tabel 4. Rangschikking van de uitkomsten — in procenten — in elk van de dertien gevallen voor ieder van de drie hulpverleners (een hulpverlenersprofiel).

Huisarts		
Abortus	87,0	
Inlichten/sterven	85,7	
Ziek kind	72,8	
„Pil”	60,7	
Arbeid + ziek worden	59,0	
Seksuele voorlichting	35,6	
Huwelijksproblemen	26,7	
Eenzaamheid	26,3	
Begeleiden sterven	25,7	
Opvoedingsproblemen	21,1	
Huisvesting	16,1	
Hulp in huishouding	10,4	
Beroepskeuze	3,3	
Maatschappelijk werker		
Abortus	4,4	
Inlichten/sterven	0,7	
Ziek kind	1,3	
„Pil”	3,7	
Arbeid + ziek worden	33,1	
Seksuele voorlichting	16,8	
Huwelijksproblemen	47,0	
Eenzaamheid	29,8	
Begeleiden sterven	2,7	
Opvoedingsproblemen	61,2	
Huisvesting	65,3	
Hulp in huishouding	51,6	
Beroepskeuze	56,3	
Wijkverpleegster		
Abortus	0,7	
Inlichten/sterven	1,1	
Ziek kind	24,3	
„Pil”	0,7	
Arbeid + ziek worden	0,4	
Seksuele voorlichting	7,4	
Huwelijksproblemen	1,0	
Eenzaamheid	2,5	
Begeleiden sterven	14,4	
Opvoedingsproblemen	1,2	
Huisvesting	12,0	
Hulp in huishouding	34,5	
Beroepskeuze	1,7	
Pastor		
Abortus	4,7	
Inlichten/sterven	9,5	
Ziek kind	0,3	
„Pil”	31,5	
Arbeid + ziek worden	0,2	
Seksuele voorlichting	8,0	
Huwelijksproblemen	13,8	
Eenzaamheid	33,4	
Begeleiden sterven	35,9	
Opvoedingsproblemen	2,9	
Huisvesting	1,7	
Hulp in huishouding	0,3	
Beroepskeuze	0,9	

wel degelijk een belangrijk werkterrein bestaat, vooral — zoals is gebleken — wat betreft de hulp bij existentiële nood.

Wij zijn er niet in geslaagd de brug te slaan tussen de evidente nood en deze hulpverlener. Is het dan toch een discipline van een hogere orde?

Summary. Studies concerning the Withuis health centre III. In this third and final contribution, the question which problem is best dealt with by which health centre staffer is discussed on the basis of thirteen concrete problems presented to the patients. On the basis of the figures obtained, service profiles of the family doctor, social worker, visiting nurse and pastor are composed and discussed.

The outstanding finding is the fact that the visiting nurse scores low throughout, in psychosocial as well as in existential and more somatic problems.

Vlamings, H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Dekker en Van de Vegt n.v., Nijmegen/Utrecht, 1967

Addendum

DE PATIËNT

„TUSSEN WAL EN SCHIP”

Doordat de redactiecommissie de teksten van de tijdens het NHG-congres 1974 gehouden voordrachten reeds in het decembernummer opnam, is het gebruikelijke overleg met de sprekers-auteurs verzuimd. Gevolg hiervan is, dat in de tekst van W. J. Moggré, De patiënt „tussen wal en schip”, enkele aanvullingen in de laatste kolom op pagina 454 ontbreken, welke hierna — met onze verontschuldigen aan auteur en lezers — volgen.

Ten aanzien van de functie van de huisarts in het ziekenhuis: Hij moet niet meebehandelen, geen eigen bedden hebben, wel zorgen voor een continue begeleiding gedurende de