

# Probleemgedrag in de eerste lijn\*

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD

*„Some of the patients indeed had been with him for years and could almost have played the role of children.*

*In a way they did people the house. They were not easy to get rid of. He had lately begun to take them in groups as a way of preparing them for the end, the parting, the severing of the umbilical cord, their cure. Also this meant that he could, and not only for financial reasons, take on new patients. There was, alas, no substitute for the unravished chastity of the new patient”.*

Iris Murdoch in: „The sacred and profane love machine” (1974).

## INLEIDING

Het vaststellen, behandelen en voorkómen van ziekte vormt een algemeen paradigma voor de geneeskunde en daarmee ook voor de huisartsgeneeskunde. Een der aspecten waarin de huisartsgeneeskunde haar eigenheid vindt, treft men daar aan, waar ziektegedrag (*Mechanic*) bestaat zonder dat er sprake is van een ziekte en daar, waar ziektegedrag wel op het bestaan van een ziekte berust maar waar tevens emotionele problemen een belangrijke rol spelen. In het eerste geval – ziektegedrag zonder aantoonbare ziekte – spreekt men veelal over „functionele of nerveuze” klachten. In het tweede geval – ziektegedrag met ziekte en met emotionele problematiek – wordt meermalen gewag gemaakt van „psychosomatische ziekten”.

Het is algemeen aanvaard dat vooral de huisarts een wezenlijke taak heeft bij de hulpverlening wanneer het gaat om functionele klachten en om psychosomatische ziekten. Minder duidelijk is dit het geval wanneer het gaat om ziektegedrag dat in feite probleemgedrag is of om „puur” probleemgedrag (*Lamberts*). Onze conceptie van probleemgedrag is recent uitvoerig in dit tijdschrift beschreven.

*Figuur 1* geeft een schematische voorstelling van de onderlinge positie van de begrippen ziekte, ziektegevoel, ziekte-

gedrag en probleemgedrag. Er wordt pas van probleemgedrag gesproken wanneer er tijdens het contact tussen patiënt en huisarts expliciet over leefproblematiek is gepraat. Daarbij wordt er van uitgegaan dat dit voor huisarts en patiënt beiden duidelijk moet zijn en dat het gaat om een „belangrijk” probleem (bijvoorbeeld manifeste relationele problematiek, werkproblematiek, crisis-situatie) en niet om weinig belangrijke „problemen” – dit naar het oordeel van de huisarts – zoals opzien tegen het rijexamen, een weinig ingrijpende ruzie met een buurvrouw, kortdurende ongerustheid over het al dan niet bestaan van een ernstige ziekte (carcinofobie, cardiofobie). Probleemgedrag bestaat pas wanneer het voor hulpvrager en hulpverlener beiden duidelijk is dat er sprake is van een probleem en van gedrag, dat voortkomt uit het bestaan van dat probleem.

Er zijn veel mensen met verdriet en met moeilijkheden. Een meer of minder groot aantal van hen vraagt daarbij zijn huisarts om hulp. Wat er verder met deze hulpvraag gebeurt is onduidelijk. Er is geen sprake van een helder omschreven procedure waarin en het rendement van de hulpverlening voor de patiënt en de omschreven inhoud van het professionele handelen van de huisarts als toetssteen kunnen gelden.

Op grond van de morbiditeitsanalyse (*Lamberts* 1974, 1975) hebben wij in Ommoord meer inzicht gekregen in de omvang en in de grote spreiding van

Samenvatting. Een onderzoek is verricht gedurende bijna vier jaar naar het probleemgedrag bij vierhonderd mensen, die in 1972 leefproblematiek met hun huisarts bespraken. Deze groep is gedurende dezelfde periode vergeleken met een groep van tweehonderd mensen, die in 1972 geen probleemgedrag vertoonden en met een groep van 73 mensen, die in 1972 hulp van de maatschappelijk werker ontving. De vraagstelling is vooral gericht op de mate, waarin er in de tijd veranderingen optreden in de omvang en de samenstelling van de hulpverlening door de huisartsen aan mensen met leefproblemen.

Het blijkt dat de probleemgedrag-groep — evenals de groep mensen, die contact met de maatschappelijk werker onderhield — in sterke mate probleemgedrag blijft vertonen tijdens de onderzoek-periode. Van de probleemgedrag-groep heeft 47 procent gedurende tenminste drie van de vier perioden leefproblemen met de huisarts besproken. Er is sprake van een harde kern van mensen voor wie leefproblematiek een min of meer blijvend onderwerp van gesprek met hun huisarts vormt.

Er blijken geen grote verschillen in handelwijze tussen de vier huisartsen te bestaan met betrekking tot het al dan niet voortbestaan van probleemgedrag en de „medische consumptie” daarbij. Er zijn wel duidelijk verschillen in de mate waarin er in de verschillende huisartspraktijken probleemgedrag voor het eerst tot stand komt en de drempel tot het bespreken van leefproblematiek wordt overschreden. De „maatschappelijk werk”-groep doet in praktisch dezelfde mate een beroep op de huisarts als de probleemgedrag-groep. Het aantal verrichtingen en gesprekken blijft in deze groepen door de jaren heen hoog. Aan ruim de helft van de mensen met probleemgedrag zijn psychofarmaca voorgeschreven. Verwijzingen naar hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg buiten het kernteam vinden slechts zelden plaats.

De inhoud van de problematiek wisselt gedurende de jaren slechts weinig. Ongeveer de helft van het probleemgedrag komt „open” tot stand. Hiermee wordt bedoeld dat de problematiek niet verborgen was onder functionele klachten of een andere vorm van een „medisch” gekleurd aanbod.

De rol van het maatschappelijk werk in de hulpverlening door het kernteam wordt besproken.

Er bestaat teleurstelling over de geringe mate waarin probleemgedrag in de loop der jaren tot een eind komt. Mogelijkheden om in de hulpverlening daarmee rekening te houden worden besproken.

\* Uit de afdeling Gezondheidscentrum-Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.

bestaand probleemgedrag. Samenwerking in een wijkgezondheidscentrum als het onze heeft juist tot doel de hulpverlening aan mensen met leefproblematiek gestalte te geven en het begrip probleemgedrag meer inhoud te verlenen. De getalsmatige benadering van de samenwerking met de maatschappelijk werkers (*Lamberts en Op 't Root*), de diëtiste (*Lamberts en De Vries*) en de fysiotherapeuten (*Riphagen, Buyten en Lamberts*) accentueert steeds opnieuw de grote omvang van de vraag om hulp bij leefproblemen. In toenemende mate zijn wij ons echter gaan afvragen of de vruchten van de veel energie en tijd-eisende hulpverlening bij leefproblematiek, zoals deze vooral door de huisartsen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en wijkverpleegsters wordt geboden, wel even evident zijn als de omvang van de problematiek. Het is een belangrijk aspect van de in dit artikel nader aan de orde te stellen vraag: Hoe ontwikkelt zich het probleemgedrag van mensen gedurende een periode van bijna vier jaar?

#### BEDOELING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Uit de morbiditeitsanalyse is gebleken dat in 1972 18 procent van de mensen, die het gehele jaar tot de groepspraktijk met vier huisartsen in Ommoord behoorden, probleemgedrag vertoonden. *Tabel I* laat zien dat de mate, waarin er in dat jaar sprake was van probleemgedrag, in de vier praktijken van de huisartsen A, B, C en D, sterk uiteen loopt. Voor een nadere analyse van deze verschillen mag naar de uitvoerige beschrijving van de morbiditeitsanalyse worden verwezen.

*Tabel I. Probleemgedrag in 1972.*

Probleemgedrag in 1972	Huisarts				
	A	B	C	D	
Geen	82%	-4	+5	+2	-1
Wel	18%	+4	-5	-2	+1

*Tabel II. Lokalisering van de praktijkpopulatie in vier groepen.*

	Totaal aantal patiënten dat in 1972 tot de praktijk behoorde	Aantal mensen met probleemgedrag in 1972	Groep A als percentage van de hele groep met probleemgedrag
Praktijk A	2775	619	16,2%
Praktijk B	2950	358	27,9%
Praktijk C	2242	384	26,0%
Praktijk D	2827	535	18,7%
Totaal	10794	1896	21,1%

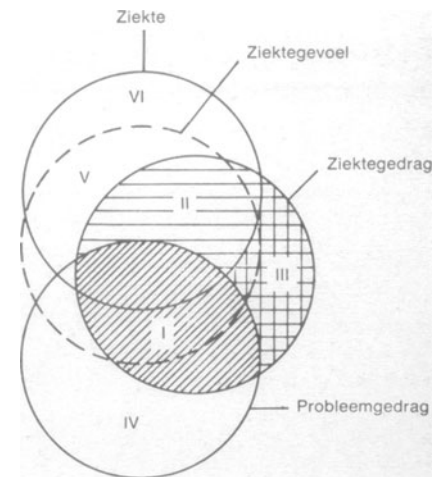
Voor het onderzoek, hier aan de orde, is „at random” uit elk der vier huisartspraktijken een groep samengesteld van honderd mensen, die in 1972 probleemgedrag vertoonden; deze groep A telt dus in totaal vierhonderd mensen die in 1972 probleemgedrag vertoonden. In *tabel II* wordt aangegeven hoe de vier groepen in het totaal van de praktijkpopulatie zijn gelokaliseerd.

Naast de groep A met vierhonderd mensen met probleemgedrag in 1972, is een controlegroep B samengesteld, opgesteld naar leeftijd en geslacht, met voor elke praktijk vijftig mensen, die in 1972 géén probleemgedrag vertoonden; groep B omvat in totaal tweehonderd mensen. Tenslotte is een groep C gevormd met 73 mensen, behorend tot de bovengenoemde vier huisartspraktijken, die in 1972 aan één van onze maatschappelijk werkers om hulp vroegen (*figuur II*). Aan de hand van de beschikbare informatie (patiëntenkaarten van de huisartsen, dossiers van de maatschappelijk werkers) is op basis van een aantal later nader te omschrijven vragen nagegaan hoe het wel en wee van de groepen A, B en C was in 1971, 1972, 1973 en in de eerste negen maanden van 1974 (sluitingsdatum van het onderzoek: 1 oktober 1974).

De bedoeling van het onderzoek is retrospectief informatie te verzamelen over een aantal aspecten van ziekte- en probleemgedrag van de drie groepen gedurende 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> jaar en op grond daarvan te komen tot een vergelijking, die kan bijdragen tot de beantwoording van de volgende vragen:

- a in welke mate treedt er in de tijd een verandering op in de omvang en samenstelling van de hulpverlening door de huisarts aan mensen met leefproblemen?;
- b in welke mate zijn er verschillen tussen de vier huisartsen, gezien vraag a?;

*Figuur I. Schematische voorstelling van de onderlinge positie van de begrippen ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag.*



- I - ziektegedrag dat ook probleemgedrag is.
- II - ziektegedrag op basis van ziekte, geen probleemgedrag.
- III - ziektegedrag zonder ziekte en geen probleemgedrag.
- IV - probleemgedrag zonder ziektegedrag.
- V - ziekte met ziektegevoel zonder ziektegedrag.
- VI - ziekte zonder ziektegevoel en zonder ziektegedrag.

- c onderscheidt de groep mensen (groep C), die in 1972 contact met de maatschappelijk werkers onderhield, zich wat de hulpvraag in de verschillende jaren aan de huisartsen betreft van groep A?;
- d in welke mate vertoonden de mensen uit groep B (geen probleemgedrag in 1972) in de overige jaren wél probleemgedrag?

Het is duidelijk dat met deze vier vragen slechts een beperkte vraagstelling aan de orde is. Er kan geen sprake zijn van een effectmeting in die zin, dat beoordeeld wordt of de patiënt door de hulpverlening een gunstige verandering heeft ondergaan. Wij onthouden ons hier ook van beoordeling van het inzicht van de patiënt, te weten of deze zichzelf al dan niet verbeterd vindt. Evenzeer onthouden wij ons van een eigen oordeel over het effect van de hulpverlening in de zin van het optreden van verbetering of verandering. Het enige, dat in dit onderzoek kan worden beoordeeld, is de mate waarin er binnen het contact tussen huisarts en patiënt in de loop der jaren sprake

is van probleemgedrag. Tevens kan worden beoordeeld hoe groot de „medische consumptie” is.

Het is duidelijk dat deze onderzoeksmethode beperkingen heeft. Retrospectief onderzoek op grond van routinematig vastgelegde informatie op patiëntenkaarten heeft in elk geval het bezwaar dat er sprake kan zijn van „underreporting”. De „underreporting” kan een systematisch karakter hebben naar gelang de accuratesse en de registratiegewoonten van de huisartsen en de maatschappelijk werkers. Een min of meer vast punt wordt echter geboden door de gegevens van de toegespitste, voor de morbiditeitsanalyse dienende registratie in 1972.

#### PROBLEEMGEDRAG IN DE TIJD

*Figuur III* laat de leeftijdsverdeling (in procenten) zien voor groep A en groep C. Wat groep A betreft zijn de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de vier groepen per huisarts te verwaarlozen. Groep C ( $n = 73$ ) is te klein voor een zinvolle vergelijking van de leeftijdsopbouw in de vier huisartspraktijken afzonderlijk.

De leeftijdsverdeling voor groep B is uiteraard dezelfde als die voor groep A. In groep A en groep C valt de nadruk op de middelbare leeftijd. De gemiddelde leeftijd voor beide groepen is praktisch dezelfde. Opvallend echter is de deuk in de curve van groep C. Deze wordt verklaard door het feit dat er bij de hulpverlening door de maatschappelijk werkers vooral sprake was van werken met „groepen”, met name in de gezinstherapie. Van de 73 leden van groep C kwamen er slechts 18 individueel bij de maatschappelijk werker, 55 mensen kwamen samen in 21 groepjes. Daarbij ging het meermalen om ouders met hun opgroeiende kinderen. De deuk in de leeftijdsverdeling wordt verklaard door dit generatieverschil.

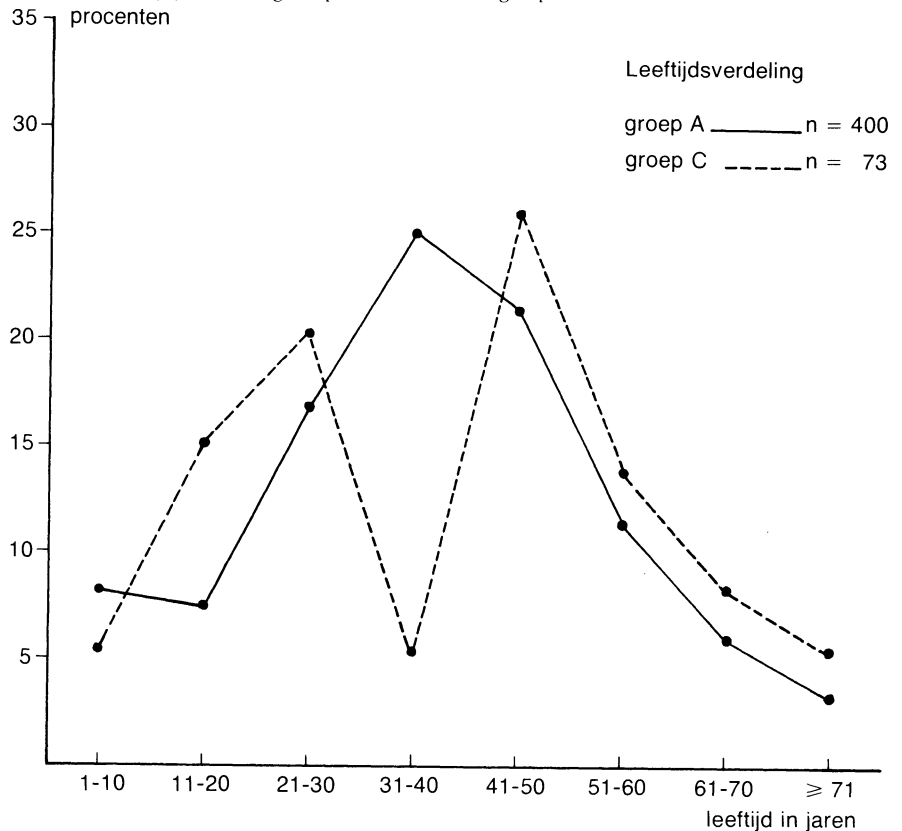
De geslachtsverdeling laat een duidelijke oververtegenwoordiging van vrouwen zien. Groep A (en dus ook groep B) bestaat voor 57 procent uit vrouwen (de verschillen tussen de vier huisartspraktijken zijn te verwaarlozen). Groep C bestaat voor 53 procent uit vrouwen.

*Tabel III* laat voor elk der vier meetperioden zien bij hoeveel procent van de

*Figuur II.* Voor verklaring zie tekst.

GROEP A	GROEP B	GROEP C
400	200	73
mensen met probleemgedrag in 1972	mensen zonder probleemgedrag in 1972	mensen in 1972 contact maatschappelijk werk

*Figuur III.* Leeftijdsverdeling in procenten voor de groepen A en C.



groepen A, B en C sprake was van probleemgedrag, in de zin zoals eerder omschreven. Er is bij de berekening van deze percentages steeds uitgegaan van die groep, die gedurende het gehele jaar 1971, 1972 of 1973 of het aansluitende  $\frac{3}{4}$  deel van 1974 tot de groepspraktijk behoorde. Iemand, die bijvoorbeeld in de loop van 1971 tot de groepspraktijk ging behoren, telt alleen in 1972, 1973 en 1974 mee. Iemand, die in 1973 de praktijk verliet, telt dan alleen mee voor 1971 en 1972.

Van groep A behoorde 64 procent gedurende de gehele verslagperiode tot onze groepspraktijk. Er treden echter voor de vier huisartsen duidelijke verschillen op, die berusten op de volgorde van vestiging en op de tot standkoming van de praktijk. A en B vestigden zich in 1968 en 1969 en voor dit onderzoek behoren respectievelijk 80 en 86 procent van hun probleemgedraggroep (groep A) de gehele periode tot hun praktijk. C en

D vestigden zich rond 1970 en voor hen bedragen deze percentages respectievelijk 36 en 54.

Bij beschouwing van *tabel III* springt direct in het oog hoeveel mensen van groep A gedurende verscheidene jaren probleemgedrag blijven vertonen (*Beiser*). Voor niet minder dan 60 procent was dat in 1971 – het jaar voorafgaande aan het morbiditeitsonderzoek – reeds het geval. Bijna de helft bespreekt in 1973 nog problemen met de huisarts en in de eerste negen maanden van 1974 geldt dat voor 39 procent. Deze trend wordt nog eens te duidelijker wanneer men zich realiseert dat van de 256 mensen, die gedurende de volledige verslagperiode (van 1 januari 1971 tot 1 oktober 1974) tot onze praktijk behoorden, er 57 (23 procent) gedurende alle vier perioden probleemgedrag vertoonden en nog eens 60 (24 procent) gedurende drie van de vier perioden. Er blijkt dus sprake te zijn van een harde kern van mensen

voor wie leefproblematiek min of meer blijvend een onderwerp van gesprek met hun huisarts vormt. Dit komt goed overeen met de uitkomsten van het bekende onderzoek door *Cooper, Fry en Kalton*. Ook al verschillen de criteria, die in hun onderzoek golden voor de diagnose van „een psychiatrische afwijking”, van onze opvattingen over probleemgedrag, hun conclusie, dat een groot deel van de mensen met psychische problemen door de jaren heen met hun problematiek blijft kampen en aan de huisarts blijft aanbieden, sluit volledig aan op onze gegevens in *tabel III*.

Tevens blijkt dat er voor groep A, wat het presenteren van probleemgedrag betreft, geen opmerkelijke verschillen bestaan tussen de vier huisartsen. Dit is opvallend omdat uit de morbiditeitsanalyse juist is gebleken welk een belangrijke invloed de persoon van de huisarts heeft op het al dan niet ontstaan van probleemgedrag. Het lijkt erop dat, wanneer de drempel tot het ontstaan van probleemgedrag eenmaal is overschreden, de verschillen in handelwijze tussen de huisartsen onderling, waar het gaat om het continueren van probleemgedrag, gering zijn. Dat is vreemd. Immers, wanneer bijvoorbeeld huisarts A bij zoveel meer probleemgedrag is betrokken dan huisarts B (*zie tabel I*), zou men mogen verwachten dat door tal van factoren, zoals verschillen in werkbelasting, verschillen in de ernst der problematiek, verschillen in attitude, verschillende vaardigheden er ook verschillen in het continueren van probleemgedrag zouden bestaan.

Ook bij de controlegroep (groep B) zijn – met uitzondering van huisarts C, die in 1971 een zeer afwijkende praktijkamenstelling had – de verschillen *Tabel III. Probleemgedrag in procenten gedurende de vier meetperioden.*

tussen de vier huisartsen niet groot. Over de gehele linie vertoont 10 - 15 procent van groep B op jaarbasis probleemgedrag. Hier moet er nogmaals de nadruk op worden gelegd dat groep B allerm minst representatief is voor de gehele praktijkpopulatie. De leden van groep B vertoonden per definitie in 1972 geen probleemgedrag en hadden in 1972 geen contact met de maatschappelijk werkers. Tevens is groep B wat leeftijd en geslacht betreft overeenkomstig opgesteld met groep A.

Groep C tenslotte vertoont globaal hetzelfde beeld als groep A. Er is in 1972 ten opzichte van de huisarts slechts voor 77 procent van deze groep sprake van probleemgedrag. Dit komt omdat niet iedere cliënt van de maatschappelijk werker – en dat geldt vooral wanneer het een gezintherapie betreft – zijn problematiek ook met de huisarts heeft besproken. Deze groep mensen voldoet dus volgens onze definitie van probleemgedrag waar het de huisarts betreft niet volledig aan het criterium waarop de groepen voor 1972 zijn samengesteld. Het is echter duidelijk dat, waar het de rol van de maatschappelijk werker betreft, er wel bij 100 procent van deze groep sprake is van probleemgedrag. Hiermee rekening houdend valt op in welke sterke mate zowel in 1971 als ook in de jaren, volgend op de behandeling door de maatschappelijk werker (1973 en 1974), er in groep C sprake blijft zijn van probleemgedrag in het contact met de huisarts. In 1971 beschreven *Lamberts en Op 't Root* het „rendement” van de benaderingswijze bij leefproblematiek door de huisarts en door de maatschappelijk werker. Zij kwamen toen tot de conclusie dat er weinig reden tot juichen was, temeer wanneer men let op de

bekende „remission base rate” zoals deze door *Eysenck* is beschreven. Ook *Truax* en *Carkhuff* gaan uit van een „remission base rate” van ongeveer 70 procent in de loop van twee jaar indien geen behandeling plaatsvindt. Wanneer men accepteert dat het blijven bestaan van probleemgedrag op z'n minst een negatieve indicatie bevat voor de mate waarin er een verbetering is opgetreden in de leefsituatie van mensen, past ons nu evenmin als in 1970 veel optimisme over het rendement van de hulpverlening door de huisartsen en de maatschappelijk werkers.

#### AANBOD EN INHOUD VAN HET PROBLEEMGEDRAG

In *tabel IV* vindt men als percentage van de groep, die in elke onderscheiden periode probleemgedrag vertoonde, aangegeven hoeveel mensen hun probleemgedrag – naar het oordeel van de huisarts – verhuld aanboden. Het gaat daarbij vooral om dat stuk van de cirkel in *figuur I* met ziektegedrag, dat niet op het bestaan van een ziekte berust en vaak wordt gekarakteriseerd met het epitheton „functionele klachten”, en om zogenaamde psychosomatische afwijkingen.

Voorts vindt men in *tabel IV* het percentage mensen dat de problematiek onverhuld aanbood („open aanbod”) en de groep „dubieus”, waarbij de huisarts onzeker was over de wijze waarop het probleemgedrag tot stand kwam. Bij groep A in haar geheel lijkt de verdeling van de manier van aanbieden gedurende de vier perioden opmerkelijk constant, opmerkelijk, omdat men zich had kunnen voorstellen dat mensen in de loop van een aantal jaren zouden „leren” hun

	1971	1972	1973	1974 tot 1/10
Groep A - totaal .....	60	100	46	39
Huisarts A .....	52	100	43	42
Huisarts B .....	61	100	36	36
Huisarts C .....	74	100	51	33
Huisarts D .....	60	100	53	47
Groep B - totaal .....	17	0	9	13
Huisarts A .....	10	0	13	18
Huisarts B .....	17	0	12	18
Huisarts C .....	26	0	6	8
Huisarts D .....	18	0	6	10
Groep C - totaal .....	51	77	58	29

Tabel IV. Procentueel aanbod van de problematiek.

	1971	1972	1973	1974 tot 1/10
Groep A verhuld .....	39	39	42	33
Huisarts A .....	38	35	16	21
Huisarts B .....	28	32	44	26
Huisarts C .....	76	71	77	69
Huisarts D .....	23	17	29	22
„open” .....	49	51	47	53
Huisarts A .....	54	55	74	65
Huisarts B .....	59	56	50	65
Huisarts C .....	18	29	23	31
Huisarts D .....	44	65	48	51
dubieus .....	12	10	11	14
Huisarts A .....	8	10	10	14
Huisarts B .....	13	12	6	9
Huisarts C .....	6	0	0	0
Huisarts D .....	33	18	23	27
Groep B verhuld .....	59	0	44	40
„open” .....	30	0	44	52
dubieus .....	11	0	12	8
Groep C verhuld .....	33	27	18	17
„open” .....	50	61	66	61
dubieus .....	17	12	16	22
Ten opzichte van 1972 - hetzelfde of anders geaard probleemgedrag				
Groep A hetzelfde probleemgedrag	88	100	82	68

problematiek niet meer via het loven en bieden binnen een valuta-wissel-systeem met functionele klachten (*Lamberts*) aan de orde te brengen.

Er zijn echter tussen de vier huisartsen onderling dusdanig grote verschillen, dat bovenstaande constatering toch wel een nadere uitleg behoeft. Bij huisarts A blijkt er in toenemende mate sprake te zijn van een „open aanbod”. Bij huisarts B blijft het aanbodpatroon praktisch constant. Huisarts C wijkt in zijn oordeel sterk af van dat van de overigen. Slechts ongeveer een kwart van de mensen met probleemgedrag biedt naar zijn mening de problematiek „puur” aan. In zijn praktijk zit wat dat betreft ook praktisch geen verschuiving. D tenslotte twijfelt het meest over de wijze waarop probleemgedrag werd aangeboden. Concluderend zijn twee punten duidelijk:

1 probleemgedrag komt tot stand in het contact tussen patiënt en huisarts (respectievelijk maatschappelijk werker of fysiotherapeut). Dit houdt in – en dat was ons uit de morbiditeitsanalyse reeds duidelijk geworden – dat de huisarts zelf de inhoud van het ziekte- en probleemgedrag mede bepaalt en dit betreft ook de mate waarin de patiënt mogelijk-

heden ziet of krijgt om zijn problemen „puur” aan te bieden of dat deze zich veiliger voelt om eerst maar over de „verhulde” toer te gaan;

2 het is redelijk om te stellen dat in ongeveer de helft van het aantal gevallen, waarin van probleemgedrag sprake is, de problematiek puur en onverhuld door de patiënten aan hun huisarts is aangeboden. Dit houdt in dat de gezondheidszorg-consument in Ommoord de huisarts duidelijk ziet als iemand tot wie men zich met zogenaamde niet-medische problemen kan richten. Dit komt overeen met gegevens welke *Crebolder* over het Withuis verzamelde; het sluit eveneens goed aan op de uitkomsten van het consumentenonderzoek, in Ommoord gedaan door het ITOBA (voorheen Intagon).

Het patroon bij groep B (de controle-groep) lijkt veel op dat van groep A. Groep C (de maatschappelijk werkgroep) lijkt iets vaker de problematiek rechttoe rechtaan te presenteren. Het aantal mensen in deze groep is echter te klein om aan deze waarneming ook maar betekenis van enig belang te kunnen verbinden.

Tenslotte vindt men in *tabel IV* aangegeven in hoeverre de huisartsen van oordeel zijn dat de met de patiënt besproken problematiek, dezelfde is als die in 1972. Dit is bij de meerderheid van de mensen het geval. Hiermee wordt de reeds eerder getrokken conclusie versterkt, namelijk dat er een omvangrijke groep mensen met problemen is, die gedurende verscheidene jaren doorgaat steeds hetzelfde probleem met de huisarts te bespreken. Deze conclusie wordt bovendien gesteund door de verdeling der diagnoses in de vier registratie-perioden (*tabel V*). Er blijkt in de tijd praktisch geen verschuiving op te treden waar het gaat om de „verdriet-reacties” noch waar het gaat om de geëxpliciteerde probleeminhouden. In *tabel V* staat voor de verschillende diagnose-groepen aangegeven hoeveel procent van alle diagnoses tot een bepaalde diagnose-groep behoort. Het aandeel van de relationele problematiek is zeer constant. Uit de verdeling van deze probleemsoorten bij groep C blijkt wel dat de doelstelling van de hulpverlening door het maatschappelijk werk in ons centrum (hulpverlening bij relationele problematiek) duidelijk gestalte heeft gekregen.

Opmerkelijk tenslotte is het feit dat het aandeel van de crisissituatie in groep A gering en praktisch constant is. Het is opvallend dat de groep problemen, welke ook wel wordt gekenschetst als situationele reacties en die in het algemeen de neiging hebben tot een spontaan herstel, in de loop van de tijd slechts een zeer gering aandeel heeft in het probleemgedrag, zoals in *tabel V* gedetailleerd omschreven. Men mag dus niet verwachten dat een belangrijk deel van de verschuiving in het bestaan van probleemgedrag, zoals weergegeven in *tabel I*, op rekening kan worden geschreven van het bestaan van crisissituaties.

Het meest opmerkelijk naast de constante verdeling van de verschillende diagnosesnummers, is het feit dat de verschillen tussen groep A en groep C wat dit betreft zeer gering zijn. Dit bevestigt onze eerder naar voren gebrachte opvatting (*Lamberts en Op 't Root*) dat de overlapping van de hulpverlenings-terreinen van de huisarts en van de maatschappelijk werker bijzonder groot is.

#### DISCREPANTIE

Over de mensen, die behoren tot groep A en die in 1974 tot de praktijk behoorden doch bij wie geen probleemgedrag tot stand kwam, is door de huisartsen een oordeel gegeven over hun gevoel of er sprake kon zijn van een discrepantie (*Tabel VI*). Daarmee wordt bedoeld op de vraag of de huisarts denkt dat er wel degelijk leefproblematiek bestond doch dat deze niet expliciet aan de orde is gekomen in het contact tussen hem en patiënt. Deze indruk kan bijvoorbeeld berusten op mededelingen van gezinsleden, op mededelingen van andere teamleden of op andere aanwijzingen.

Het valt op dat de huisartsen tezamen weinig optimistisch zijn over het al dan niet bestaan van leefproblematiek bij de mensen zonder probleemgedrag. Eveneens valt op dat het oordeel van de huisartsen onderling sterk uiteenloopt. De aantallen zijn echter klein. Met onze opvatting over het bestaan van discrepantie is uiteraard een uitgesproken subjectieve informatie ingevoerd. Het is echter geenszins uitgesloten dat het al dan niet bestaan van gevoel van discrepantie het gedrag van de huisartsen ten opzichte

*Tabel V. Inhoud van het probleemgedrag (in procenten).*

	1971	1972	1973	1974
034 – depressief +				
035 – angstig geagiteerd +				
036 – neurotisch				
Groep A .....	18	13	19	20
Groep C .....	22	18	11	13
037 – neurastheen				
Groep A .....	30	31	29	26
Groep C .....	22	21	30	18
035+040+041+043+044+045+046 alle seksuele en relationele problemen				
Groep A .....	28	27	31	28
Groep C .....	36	40	41	34
047 – werkproblemen				
Groep A .....	10	12	12	13
Groep C .....	6	6	7	5
049 – crisissituatie				
Groep A .....	1	3	1	2
Groep C .....	6	5	0	11
Totaal aantal diagnoses (probleemgedrag)				
Groep A .....	356	716	303	235
Groep C .....	69	127	74	38

*Tabel VI. Oordeel huisartsen over het in 1974 al dan niet bestaan van discrepantie met betrekking tot het tot stand komen van probleemgedrag bij de tot groep A behorende mensen. In procenten.*

	Wel discrepantie	Geen discrepantie
Huisarts A .....	42 (n = 20)	58 (n = 28)
Huisarts B .....	17 (n = 9)	83 (n = 45)
Huisarts C .....	55 (n = 30)	45 (n = 25)
Huisarts D .....	13 (n = 6)	87 (n = 40)
Totaal .....	32 (n = 65)	68 (n = 138)

van de mensen uit groep A en ten opzichte van gezinsleden mede beïnvloedt.

#### MEDISCHE CONSUMPTIE

Welke is de „consumptie” van de verschillende groepen gedurende de verschillende tijdvakken geweest? In *tabel VII* vindt men per periode het gemiddeld aantal verrichtingen, het gemiddeld aantal gesprekken over leefproblematiek (probleemgedrag dus), het percentage van de groep dat psychofarmaca (inclusief slaapmiddelen) gebruikte en het aantal mensen, dat is verwezen naar de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker of naar overige werkers in de geestelijke gezondheidszorg (Sociaal psychiatrische dienst (S.P.D.), Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.), Leer- en Opvoedings moeilijkheden-bureau (L.M.-bureau), psychiater, enzovoort); het gaat hier dus steeds om de totale groep mensen, die gedurende een geheel jaar tot de

praktijk behoort en niet alleen om de mensen met probleemgedrag.

*Tabel VIII* geeft het gemiddelde verrichtingengetal in 1972 in onze praktijk als geheel weer. De verschillen tussen de huisartsen zijn daarbij vrij aanzienlijk.

Daarnaast is het zonder meer duidelijk dat de groep mensen, die in 1972 probleemgedrag vertoonde door de jaren heen een bijzonder hoge consumptie heeft. Hetzelfde geldt voor groep C. Daarnaast blijkt groep B een wat de consumptie betreft zeer bescheiden groep te zijn en dat ook te blijven.

De verschillen tussen de huisartsen onderling, welke men in *tabel VIII* aantreft, worden niet teruggevonden in *tabel VII*. Het is frappant dat daar de vier huisartsen (ook in 1972) een in hoge mate met elkaar overeenkomend consumptiepatroon laten zien. Dit betekent dat de verschillen in verrichtingen aantal voor de gehele praktijkpopulatie in 1972

Tabel VII. „Consumptie” van de verschillende groepen gedurende de verschillende tijdvakken.

	1971	1972	1973	1974 tot 1/10	1974 (gecorrigeerd voor 12 maanden)
<b>Verrichtingenaantal</b>					
Groep A .....	5,5	5,9	4,7	3,4	4,5
Huisarts A .....	5,2	6,3	5,2	3,6	4,8
Huisarts B .....	5,6	6,0	5,3	4,3	5,7
Huisarts C .....	6,1	6,1	4,6	2,8	3,7
Huisarts D .....	5,2	5,4	3,6	2,7	3,6
Groep B .....	2,8	2,1	2,3	1,8	2,4
Groep C .....	4,4	5,7	4,5	3,2	4,3
<b>Aantal gesprekken over leefproblematiek</b>					
Groep A .....	2,0	2,8	1,2	0,9	1,2
Huisarts A .....	1,8	2,6	1,5	1,1	1,5
Huisarts B .....	1,9	2,6	0,9	0,9	1,2
Huisarts C .....	3,3	3,7	1,7	0,8	1,1
Huisarts D .....	1,7	2,4	0,7	0,6	0,8
Groep B .....	0,4	0	0,2	0,2	0,3
Groep C .....	1,6	2,6	1,5	0,8	1,1
<b>Psychofarmacagebruikers in procenten</b>					
Groep A .....	43	56	32	25	—
Huisarts A .....	36	47	29	25	—
Huisarts B .....	40	59	33	30	—
Huisarts C .....	52	60	37	19	—
Huisarts D .....	49	58	30	25	—
Groep B .....	11	2	7	9	—
Groep C .....	38	47	34	21	—
<b>Verwijzingen in procenten</b>					
<b>Groep A</b>					
fysiotherapeut .....	9,2	7,8	6,4	7,6	—
maatschappelijk werk .....	3,9	—	3,3	4,7	—
overige werkers GGZ* .....	4,6	4,0	3,9	1,2	—
<b>Groep B</b>					
fysiotherapeut .....	5,0	4,0	4,1	1,6	—
maatschappelijk werk .....	0	0	0	1,6	—
overige werkers GGZ .....	0,6	0,5	1,0	0,5	—
<b>Groep C</b>					
fysiotherapeut .....	10,1	9,6	7,7	4,8	—
maatschappelijk werk .....	—	—	—	—	—
overige werkers GGZ .....	0	1,4	4,6	1,6	—

\* Geestelijke gezondheidszorg.

tussen bijvoorbeeld huisarts A en huisarts B vooral op rekening komen van het aantal mensen dat in 1972 probleemgedrag vertoonde en niet zijn ontstaan door verschil in de mate waarin – gerekend naar het aantal consulten of gesprekken – aandacht wordt geschonken aan mensen met probleemgedrag.

Groep C heeft een even hoge consumptie als groep A, ondanks het feit dat in 1972 de maatschappelijk werkers gemiddeld 7,1 gesprekken (gedurende

gemiddeld 3,7 maanden) met de leden van groep C voerden. Het feit dat de maatschappelijk werker intensief met mensen bezig is, weerhoudt dezen er niet van een even sterk beroep te doen op een huisarts als de groep mensen met probleemgedrag die geen contact hebben met de maatschappelijk werker. Daarmee wordt allerm minst gesuggereerd dat de ernst en de inhoud van de problematiek in groep A en groep C dezelfde zouden zijn. Per definitie is dat eigenlijk

Tabel VIII. Aantal verrichtingen (gemiddeld 2,7, standaarddeviatie 3,1).

Verrichtingen		A	B	C	D
0	27%	—	+1	+1	-1
1	19%	-3	+2	+2	+1
2	14%	-1	+1	—	-1
3	11%	—	—	-1	—
4	9%	—	-1	—	—
5	6%	—	-1	—	+1
6	4%	—	—	—	—
7 of meer	11%	+3	-2	-2	-2

al niet het geval omdat juist een bepaald gedeelte van de mensen met moeilijkheden bij de maatschappelijk werker terecht komt. Daarover later meer.

Het aantal expliciete door patiënt en huisarts gevoerde gesprekken laat een duidelijke top zien in 1972. Het verschil tussen de huisartsen is – met uitzondering van huisarts C die relatief iets vaker met mensen praat – te verwaarlozen. Het lijkt erop dat de vier huisartsen van de groepspraktijk een vrij uniform gedragspatroon hebben als het gaat om de hulpverlening aan mensen met leefproblematiek. De grote verschillen tussen de huisartsen onderling schuilen er vooral in waar het gaat om het aantal mensen dat samen met de huisartsen tot probleemgedrag komt.

In 1973 en 1974 daalt het aantal gesprekken duidelijk voor de groep als geheel. Wanneer men echter rekening houdt met het aantal mensen, dat per registratieperiode werkelijk probleemgedrag vertoont, is er nauwelijks sprake van een daling in het aantal gevoerde gesprekken. Het gaat allemaal gewoon door. Jaar in jaar uit blijft de consumptie voor de groep mensen, die probleemgedrag blijft vertonen, hoog en er wordt steeds weer over de moeilijkheden gepraat. Het feit, dat de maatschappelijk werker met de mensen uit groep C praat, betekent allermindst dat de huisarts niet hetzelfde doet. Ook de mensen uit groep C gaan rustig door met het opeisen van een zeer aanzienlijk deel van de aandacht en de tijd van de huisarts.

#### PSYCHOFARMACA

Het voorschrijven van psychofarmaca (inclusief slaapmiddelen) is ook een gebeurtenis waarbij sprake kan zijn van zeer aanzienlijke „inter-doctor”-variatie. In een artikel over het voorschrijfgedrag van de bij dit onderzoek betrokken huisartsen, wordt de nadruk op deze verschillen gelegd (*Lamberts en Wolgast*). Het is echter opvallend dat, wat de patiënten in groep A betreft, de „inter-doctor”-variatie waar het gaat om het voorschrijven van psychofarmaca veel minder uitgesproken is. Groep C heeft even vaak psychofarmaca gekregen als groep A. In 1972 kreeg ruim de helft van alle mensen met probleemge-

drag psychofarmaca. Slechts 2 procent van de mensen zonder probleemgedrag mocht hetzelfde genoegen smaken (de „inter-doctor”-variatie hierbij zegt te weinig gezien de beperkte omvang van de groep). In elk geval is het duidelijk dat in Ommoord psychofarmaca inderdaad vooral worden gegeven aan mensen, met wie expliciet over leefproblemen wordt gesproken en dat dit „slechts” bij ruim de helft van de tot deze groep behorenden het geval is. Tenslotte valt op dat het contact met de maatschappelijk werker niet leidt tot een geringer percentage mensen dat psychofarmaca slikt.

#### VERWIJZINGEN

De fysiotherapeut speelt bij de hulpverlening in ons team een belangrijke rol (*Riphagen, Buyten en Lamberts*). Vooral bij groep A en groep C is het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut hoog. Ook hier zijn de verschillen tussen groep A en groep C gering en zijn er praktisch geen wisselingen in de tijd.

De verwijzingen naar het maatschappelijk werk bij groep A in de overige jaren (in 1972 per definitie 0) zijn constant en, gezien de samenstelling van deze groep, nogal laag. Kennelijk blijft de huisarts – af en toe samen met de fysiotherapeut – de lasten van de hulpverlening voor deze groep goeddeels alleen dragen. Hetzelfde geldt voor de verwijzingen naar de „overige” hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Voor de mensen, die groep A en groep C bevolken, speelt de „overige” geestelijke gezondheidszorg in kwantitatieve zin nauwelijks een rol van belang. Het leeuwedeel van de hulpverlening bij leefproblematiek wordt gegeven door het team van het gezondheidscentrum.

#### HET MAATSCHAPPELIJK WERK

De positie van het maatschappelijk werk in de eerstelijns hulpverlening bij leefproblemen en in het bijzonder bij relationele problemen, is een moeilijke. Het is niet nodig op deze plaats op te rakelen wat er de afgelopen jaren is geschreven en gepraat over het „gezicht” van het algemeen maatschappelijk werk, de verhouding tussen instellingen en werkers, het „free-access”, het „inge-

bouwd” maatschappelijk werk, de subsidieregels en het particulier initiatief, supervisie enzovoort. Wij hebben in Ommoord nu bijna tien jaar lijfelij met deze discussie te maken en naar mijn gevoel is een reële voortgang op dit strijdterrein niet met het blote oog zichtbaar.

Het is niet de bedoeling hier een verslag te doen van de omvangrijke problemen met de instellingen voor maatschappelijk werk, zoals die bijvoorbeeld rond de uitvoering van de voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra nog weer eens duidelijk naar voren kwamen. Overigens beïnvloeden deze problemen duidelijk de omvang en de inhoud van de hulpverlening door de maatschappelijk werkers, die in ons kernteam werken. Hier gaat het vooral om de vraag in welke mate en op welke wijze aan onze doelstelling voor de hulpverlening door maatschappelijk werkers (in de eerste plaats hulpverlening aan mensen met relationele problematiek) gestalte is gegeven.

*Figuur IV* geeft een beeld van de „case-load” van de maatschappelijk werkers in Ommoord gedurende ruim zes jaar. Aan de linker zijde is weergegeven het totaal aantal nieuw verwezen cliënten, respectievelijk „cases” (wanneer van meer dan één persoon sprake was) en het aantal verwijzingen dat niet „lukte” en na een of twee gesprekken is afgesloten of afgebroken. Er is sprake van een zeer wisselvallig verloop. Ondanks het feit dat in oktober 1968 met één maatschappelijk werker en één huisarts is begonnen en er eind 1974 sprake was van drie maatschappelijk werkers en zeven huisartsen, onderhoudt de groei van de „case-load” met deze uitbreiding nauwelijks een relatie. Dezelfde conclusie geldt voor het „free access” wanneer men zich realiseert dat er eind 1968 ongeveer 3000 mensen in Ommoord woonden en eind 1974 ruim 25.000. Er is in de historie van ons team voor de vorm van vrijwel elk kolommetje in *figuur IV* een omschreven verklaring te vinden. Zonder daar nu in detail op in te gaan is het duidelijk dat het „free access” praktisch geen betekenis heeft voor de case-load en dat meer dan de helft van de „free access” contacten in een of twee gesprekken weer tot een eind komt.



Het aantal „niet gelukke” verwijzingen steekt daar zeer gunstig tegen af. Gezien het totaal van de hoeveelheid relationele problemen, waarmee wij worden geconfronteerd (de huisartsen tezamen ongeveer 1400 gevallen per jaar), kan men slechts concluderen dat de bijdrage van de maatschappelijk werkers in deze hulpverlening, kwantitatief gezien, van marginale betekenis is (hooguit één op de tien gevallen). Dit klopt ook met onze dagelijkse ervaring. Enerzijds kost het meermalen veel moeite om patiënten te motiveren tot een overgang naar de status van cliënt, anderzijds is de opvangmogelijkheid van de maatschappelijk werkers beperkt door alle problemen die zich voordoen. Van deze capaciteit wordt echter in een nauw samenspel binnen het kernteam zoveel mogelijk gebruik gemaakt. Het aanbod van opvangmogelijkheden bepaalt dan ook goeddeels de feitelijke vraag om hulp aan de maatschappelijk werkers.

In tabel IX wordt voor groep C aangegeven welke de redenen waren het contact tussen cliënt en maatschappelijk werker af te sluiten. De verdeling dezer redenen in tabel IX komt globaal overeen met die, welke Lamberts en Op 't Root in 1970 vanuit Ommoord beschreven. De categorie „kan het zelf aan” is echter nu duidelijk groter (37 procent) dan in 1970 het geval was (20 procent).

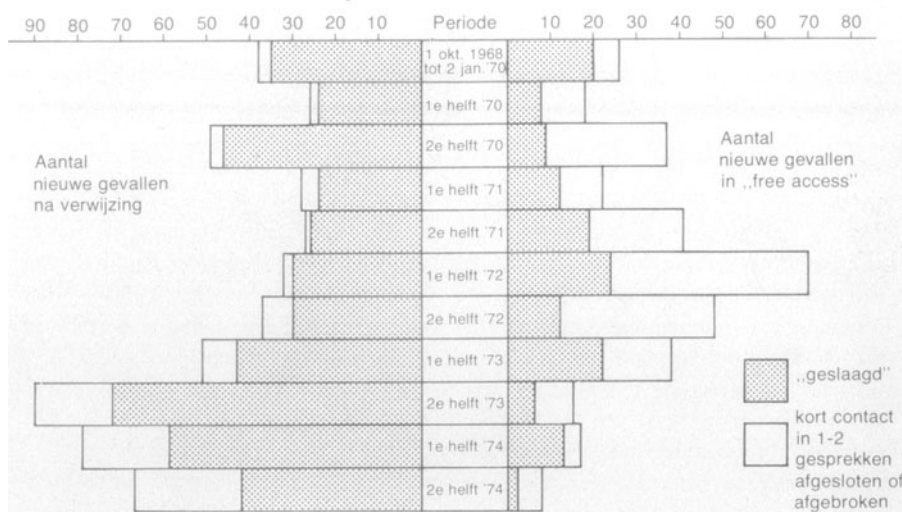
#### DISCUSSIE

Het is duidelijk dat de beschreven uitkomsten tot een gevoel van teleurstelling bij de huisartsen en de maatschappelijk werkers hebben geleid. Er bestaat duidelijk een kloof tussen onze kennelijk niet

Tabel IX. Redenen tot afsluiting van het contact tussen de cliënten uit groep C en de maatschappelijk werker.

Redenen tot afsluiting van het contact	Percentage
Opgelost .....	11
Hulp elders, verwezen .....	14
Afgebroken door cliënt .....	15
Kan het zelf weer aan .....	37
„Oneigenlijk” maatschappelijk werk .....	1
Gaat nog door .....	16
Vooraf informatief .....	5

Figuur IV „Case-load” van de maatschappelijk werkers in Ommoord gedurende ruim zes jaren.



realistische verwachtingen en hetgeen in feite in de loop der jaren – voorzover dat met dit onderzoek aan de orde komt – is gebeurd. Bij dit alles dient men zich het feit voor ogen te houden dat het onderzoek beperkt van aard is en ook slechts tot beperkte conclusies kan leiden.

Wanneer men het blijven voortbestaan van probleemgedrag accepteert als een maat voor het blijven voortbestaan van een leefprobleem, waarbij de patiënt hulp behoeft of vraagt, dan is er in dit onderzoek mogelijk wel sprake van „underreporting” doch nimmer van een te pessimistische kijk. Mensen die niet met problemen op het spreekuur kwamen, kunnen daarom heel goed met leefproblemen te kampen hebben gehad. De vraag of mensen die doorgingen met probleemgedrag te vertonen, zichzelf in de loop der jaren beter voelden, komt in dit onderzoek evenmin aan de orde.

Het lijkt erop of in de eerste plaats de satisfactie van de hulpverlener in de klem is gekomen, omdat aan zijn verwachtingen niet tegemoet blijkt te zijn gekomen. Nu kan men hier tegenover de satisfactie van de consument zetten. Het blijkt dat mensen in Ommoord, die een beroep doen op de leden van het kernteam, in het algemeen uitgesproken tevreden zijn over de vorm en de inhoud van de hulp-

verlening, ook als het gaat om leefproblemen. Het consumentensatisfactie-onderzoek dat door het ITOBA in Ommoord is verricht, benadrukt deze conclusie in detail (publikatie begin 1976).

Dit onderzoek brengt nog iets geheel anders aan het licht. Aan 230 volwassenen (at random uit de praktijkpopulatie getrokken) zijn 46 situaties voorgelegd, waarin meer of minder duidelijke leefproblematiek en zogenaamde functionele klachten aan de orde worden gesteld. De respondenten is gevraagd welke oorzaken naar hun mening bij deze situaties voorop staan (bijvoorbeeld lichamelijke ziekten of stoornissen, psychische problematiek, contactproblemen, maatschappelijke problemen, of combinaties van één en ander).

Vervolgens is de respondenten gevraagd aan te geven aan welke soort oorzaken volgens hen de hulpverleners in ons gezondheidscentrum bij deze zelfde klachten denken. Hierbij blijkt dat er in de ogen van de ondervraagden vooral sprake is van een discrepantie tussen de opvattingen van henzelf en die van de hulpverlener als het gaat om zogenaamde functionele klachten. De ondervraagden wijzen vaak primair een lichamelijke oorzaak aan voor functionele klachten, terwijl zij vermoeden dat de hulpver-

leners meermalen aan een psychische oorzaak denken. De vraag tot wie men zich voor hulp zou willen wenden en met welke verwachtingen, wordt voor de verschillende probleemsoorten vrij homogeen beantwoord.

Voor de zogenaamde functionele klachten gaat men naar de huisarts voor een medische behandeling, waarbij men eventueel in combinatie daarmee een gesprek verwacht over mogelijke problemen. Voor de leefproblemen richt men zich in eerste instantie overwegend tot de huisarts en dan vooral voor een gesprek met daarnaast meermalen toch ook een medische behandeling.

De positie van de maatschappelijk werker in de hulpverlening wordt vooral gekoppeld aan het bestaan van door maatschappelijke oorzaken veroorzaakte problemen. De respondenten geven aan zich bij dit soort problemen wel tot de maatschappelijk werker te willen wenden. De harde praktijk in ons centrum laat echter zien dat deze voornemens in elk geval in het zogenaamde „free access” tot de maatschappelijk werkers nauwelijks zijn terug te vinden.

Wij zien dus dat de satisfactie van de hulpverlener op de tocht staat, de consumentensatisfactie hoog blijkt te zijn en dat er wat de problematiek betreft welke onder lichamelijke klachten verborgen is, een bron van onduidelijkheid en spanningen tussen hulpvrager en hulpverlener kan ontstaan. Het is daarmee tevens duidelijk hoe moeilijk het is de gewenste omvang en inhoud van hulpverlening bij leefproblematiek nader te preciseren. Immers, ook de rendementsvraag moet bij deze precisering een rol spelen. Deze vraag is er een die in tal van recente publikaties weer aan de orde is gesteld. Het Maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg en het Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk belichten het meten van de mate waarin doelen worden bereikt („goal-attainment-scale”), het Handboek voor Hulpverleners en Veranderen brengt dit thema bij herhaling naar voren en een overzicht van de angelsaksische literatuur hierover levert tenslotte een grote stapel artikelen op (zie onder

andere de overzichtsartikelen van *Beck* en van *Gurman*).

Naar mijn mening volkomen terecht vecht *Gurman* het postulaat van *Eysenck* aan als zou er een „spontane remission-base-rate” van 70 procent in twee jaar bestaan. In feite gaat het er in de hele discussie vooral om met wie de „patiënt” over zijn problemen praat. Doet hij dit met een professionele hulpverlener dan is er per definitie sprake van „hulp”, vindt hij steun en begrip in zijn directe leefomgeving (vrienden, familie, collegae op het werk, een barkeeper of een groenteboer) dan is er sprake van een „spontane” verbetering. Een zuiver rendementsonderzoek waarbij mensen in een sociaal vacuüm verkeren, behoort tot de praktische onmogelijkheden.

Op dit moment leidt de meerderheid van de uitkomsten van het rendementsonderzoek tot twee conclusies: a het doet er weinig toe wie hulpverlening bij leefproblemen biedt; b het doet er weinig toe op welke professionele wijze of volgens welke methodiek hulp wordt geboden. Een voorbehoud moet daarbij worden gemaakt voor de door *Truax* en *Carkhuff* beschreven factoren: echtheid, empathie en „non possessive warmth”. Hierbij verwijs ik naar het artikel van *Van der Leij* over de afhankelijkheid van de hulpverlener van de hulpvrager, waarin hij de „blijvende omarming” van de hulpvrager door de hulpverlener beschrijft, welke vooral wordt veroorzaakt door de persoonlijke problematiek van de hulpverlener. In dit kader valt het op dat er in ons onderzoek geen aanwijzingen zijn dat één van de vier huisartsen de mensen die tot de probleemgedraggroep behoren meer omarmt dan de andere huisartsen dat doen. Wel is het duidelijk dat het aantal mensen met probleemgedrag zo sterk tussen de huisartsen onderling verschilt, dat het eveneens door *Van der Leij* beschreven „boven op de wip zitten” van de hulpverlener een rol zou kunnen spelen.

Tenslotte behoren naast factoren die betrekking hebben op het nut en de satisfactie, ook factoren welke met de maatschappijvisie van de hulpverlener en van de hulpvrager te maken hebben, een

belangrijke rol te spelen bij het preciseren van de inhoud en de omvang van de hulpverlening bij leefproblemen. Het feit dat mensen – los van de vraag of er sprake is van een professionele en expliciete hulpverleningssituatie – zich elkaars lot aantrekken is naar mijn mening een wezenlijk kenmerk van een gehumaniseerde maatschappij. De vraag echter of daarbij dan ook in zo’n sterke mate als nu het geval is het klassieke, overgeprofessionaliseerde hulpverleningsmodel van toepassing moet zijn is van een andere orde (*Bremer-Schulte*).

Voorts is een belangrijk aspect van het totstandkomen van probleemgedrag dat vaak de „schuldvraag” kan worden gesteld. *Weyel* heeft ons duidelijk gemaakt in hoe sterke mate er sprake kan zijn van sociale schuld. Er zijn in het leven van de mensen waarmee wij als hulpverlener te maken hebben veel maatschappelijke wetmatigheden en processen, welke hen bijna onontkoombaar klem kunnen zetten. Ook al doemen er geen directe mogelijkheden op daarin verandering te brengen, het is van grote betekenis steeds weer opnieuw de sociale schuld aan het licht te brengen. Welke gevolgen heeft één en ander voor de werksituatie in Ommoord?

De belangrijkste koerswijziging op dit moment wordt gevormd door ons streven in toenemende mate problematiek aan de orde te stellen in groepen. (*Van Bockel, Bakker en Bakker*; themanummer over groepen juli 1975 dit tijdschrift). Binnen deze groepen is de rol van de professionele hulpverlener veel minder opvallend en speelt de relatie tussen de groepsleden een wezenlijke rol. Hierop sluit ons streven aan de niet-huisartsen in het team in nog sterkere mate bij leefproblematiek te betrekken opdat de verbijzondering, welke kan optreden wanneer probleemgedrag binnen de maatschappelijk zo sterk begeerde „medische setting” blijft, vermindert.

*Van der Voort* beschrijft hoe in de „medische setting” de arts zich verplicht gevoelt te helpen en de problemen van de hulpvrager op te lossen. De patiënt wordt daarbij zelden gedwongen om – met hulp van de arts – te komen tot een

bewustere doordenking van de hulpvraag. Van der Voort betoogt dat de arts die dit probeert te doorbreken vaak de kous op de kop krijgt, omdat de patiënt de eigen verantwoordelijkheid nog niet aankan. „De cultureel gegroeide rol van de arts zal hem voorlopig wel dwingen om slechts met de meeste geleidelijkheid te trachten de verantwoordelijkheid te leggen waar zij hoort: bij hemzelf voor wat betreft zijn eigen medisch handelen en bij de patiënt onder andere voor wat betreft de hulpvraag, waarin deze zijn kwaal als klacht aan de arts voorlegt.”

Daarnaast wordt door ons geprobeerd de bevolking van Ommoord actiever bij het omschrijven van de inhoud en de vorm van de hulpverlening te betrekken. Een projectgroep Welzijnszorg is inmiddels totstandgekomen en heeft haar eerste wankele schreden op weg naar dit doel gezet.

Tenslotte zal het voor de huisartsen en de maatschappelijk werkers zaak zijn hun verwachtingen over het „nut” van de hulpverlening op een meer reële leest te schoeien. Dit betekent niet dat nu in mindere mate naar het expliciteren van leefproblematiek moet worden gestreefd dan tot nu toe in Ommoord het geval was. Het betekent wel dat duidelijker met de mensen kan worden besproken hoe beperkt de mogelijkheden vaak zijn en in welke mate zij daar zelf ook mee verantwoordelijk voor zijn. Tevens zullen wij moeten leren accepteren dat voor tal van problemen geen blijvende oplossing bestaat, doch dat deze problemen in een cyclisch verloop het leven van de mensen beïnvloeden. Dit houdt in dat het in Ommoord beschikbare scala aan hulp- en dienstverleners als een totaliteit van beschikbare mogelijkheden steeds opnieuw aan mensen die om hulp vragen moet worden aangeboden. Daarbij moet duidelijker worden dat de keuze uit dat scala er primair één van de hulpvrager is en dat de verantwoordelijkheid daarvoor niet meer in

zo'n sterke mate vooral bij de huisarts mag blijven liggen.

*Summary. Problem behaviour in the first echelon. Over a period of nearly four years, a study was made of four-hundred people who in 1972 discussed their problems of life with their family doctor. During the same period, this group was compared with a group of two-hundred people who in 1972 showed no problem behaviour, and with a group of 73 who in 1972 were aided by a social worker. The study focused on the extent to which, in the course of time, changes occur in the amount and in the nature of the assistance which general practitioners give to people with regard to their problems of life.*

*It was found that the problem behaviour group and the group assisted by the social worker continued to show marked problem behaviour during the period studied. During at least three of the four periods, 47 per cent of the problem behaviour group discussed problems of life with the family doctor. There is a hard core of people whose problems of life constitute a more or less constant subject of discussion with their family doctor.*

*The four general practitioners did not differ much in their attitude towards problem behaviour, continued or not; nor were there marked differences in „medical consumption”. There were differences, however, in the extent to which problem behaviour first occurred in the different practices, and in the extent to which the threshold towards discussion of problems of life was crossed. The „social work” group resorted to the family doctor to virtually the same extent as the problem behaviour group. In both groups the patients consulting rate and the interview rate remained high through the years. Psychotropic drugs were prescribed for more than 50 per cent of the people with problem behaviour. Referrals to mental hygiene workers outside the team were rarely made.*

*Little change occurred in the content of problem behaviour through the years. Problem behaviour was „overt” in some 50 per cent of cases. This is to say that the problems were not concealed behind functional complaints or some other „medically” disguised overtone.*

*The role of the social workers in the assistance given by the team is discussed.*

*There is disappointment about the low rate of definite success in dealing with problem behaviour in the course of the years. Possibilities to take this into account in aid activities, are discussed.*

- Beck, D. F. (1975) *Social Casework* 56, 153-181.
- Beiser, M. (1971) *Amer. J. Psychiat.* 127, 1464-1470.
- Bockel, I. van, K. Bakker en F. Bakker (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 256-261.
- Bremer-Schulte, M. A. Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Dekker & v. d. Vegt, Nijmegen, 1974.
- Cooper, B., J. Fry en G. Kalton (1969) *Brit. J. prev. Soc. Med.* 23, 210-217.
- Crebolder, H. F. J. M. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 423-425; (1975) *Ibidem* 18, 40-42 en 73-76.
- Eysenck, H. J. (1966) *Psychol.* 172, 145-181.
- Fox, P. D. en M. Rappaport In: *Hulpverleners en veranderen*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
- Gurman, A. S. (1973) *Family Process* 12, 145-170.
- Gurman, A. S. (1974) *J. Health Soc. Beh.* 15, 136-140.
- ITOBA. Verslag consumentensatisfactie onderzoek Ommoord (ter perse).
- Lamberts, H. (1972) *huisarts en wetenschap* 15, 285-293; (1974) *Ibidem* (1975) *Ibidem* 17, 455-473; 18, 7-39 en 61-73.
- Lamberts, H. en J. M. H. Op 't Root (1970) *huisarts en wetenschap* 13, 450-461.
- Lamberts, H. en J. de Vries (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 373-384.
- Lamberts, H. en N. L. Wolgast (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 321-333.
- Leij, D. van der (1975) *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk* 29, 231-236.
- Mechanic, D. *Medical sociology: a selective view*. The Free Press, New York, 1968.
- Riphagen, F. E., N. T. Buyten en H. Lamberts (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 60-66.
- Truax, C. B. en R. R. Carkhuff *Toward effective counseling and psychotherapy*. Aldine Publ. Comp., Chicago, 1969.
- Voort, J. P. M. van der (1975) *T. Agologie* 3, 171-184.
- Wells, R., Th. Dilkes en N. Trivelli In: *Hulpverleners en veranderen*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
- Weyel, J. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 617-620.
- Wijngaarden, H. R. en J. F. Petrie In: *Hulpverleners en veranderen*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.