

tweede fase zo uitermate kritisch op te zetten is enige garantie geboden dat niet al te veel vrouwen ten onrechte zullen worden behandeld.

Summary. In this article first of all attention is paid to criteria for judging the usefulness of a method for epidemiological research: the repeatability of the method, which is the rate at which a method gives the same result at remeasuring the same person, the sensitivity of the method and the specificity of the method. Secondly, it is demonstrated that an epidemiological research method meeting the above mentioned criteria sufficiently, does not necessarily imply fulfilment of the conditions to start a screening campaign. For

this purpose the predictive value of the test method is considered. This predictive value appears to depend to a high degree on the prevalence of the disease to be screened.

At present for a number of diseases many pleas are made for screening. In the case of cervical cancer e.g. the predictive value of a positive test-result is estimated at 16% only, despite a high sensitivity (95%) and specificity (98%) of the test method. Therefore the conclusion should be to screen only high risk groups, for which the general practitioner is indispensable.

Cochrane, A. L. en P. C. Elwood. (1969), *Med. Offr* 121-122, 53-57.

Mausner, J. S. en A. K. Bahn. *Epidemiology*,

an introductory text. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1974.

Rosenhan, D. L. On being sane in insane places, (1973), *Science* 179, 250-258. (E. Laffr e besprak dit artikel uitvoerig in: (1973) *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 28,— 273-279).

Sturmans, F. en P. G. H. Mulder. De beoordeling van de bruikbaarheid van een onderzoeksmethode voor een epidemiologisch onderzoek. I. De betrouwbaarheid van de methode. II. De validiteit van de methode. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (1976) (ter perse).

Sturmans, F. en P. G. H. Mulder. De onderlinge relatie tussen sensitiviteit en specificiteit (in voorbereiding).

Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis IV: De maatschappelijk werker en zijn werk gezien door de cliënten

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

INLEIDING

In deze bijdrage willen wij de uitkomsten bespreken van een onderzoek naar de opinie van (potentiële) cliënten over de taak en bereikbaarheid van de algemeen maatschappelijk werker (MW) en over zijn samenwerking met de huisarts; deze uitkomsten zijn onderdeel van een longitudinaal onderzoek dat reeds in 1972 is begonnen.

Voor zover wij weten is er zeer weinig studie verricht naar de beeldvorming van de cliënt ten aanzien van de MW als mogelijke hulpverlener. De enige ons bekende Nederlandse publikatie is: „Kennis en beeld van de sociale dienstverlening”, in 1967 uitgegeven door het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk. Het is een marktonderzoek – door middel van gesprekken met een representatief te achten steekproef van Nederlanders van 21 jaar en ouder – naar vraag en aanbod van de sociale dienst in het algemeen en het maatschappelijk werk in het bijzonder. Gegevens die betrekking hebben op kennis- en beeldfactoren en op attitudes werden verzameld. In 1971 werd een verkort herhalingsonderzoek verricht, dat in 1974 werd gepubliceerd (*Stee-*

nis-Perelaer). Het in opdracht van C.R.M. gedane onderzoek had vooral een breed, beschrijvend en oriënterend karakter. Wij zijn in onze studie daarentegen uitgegaan van vooronderstellingen; ons onderzoek is meer van toetsende aard.

Samenvatting. Verslag wordt gedaan van een onderdeel van een longitudinale studie in Venlo, via enquêtering, over de visie van de cliënten op de werkers en het werk van de eerstelijnsgezondheidszorg. Met name wordt aandacht besteed aan de invloed van het gezondheidscentrum Withuis op die visie. Het hier behandelde onderwerp betreft de maatschappelijk werker en zijn werk.

De respondenten werden verdeeld in Withuis-clienten en cliënten behorende tot een controlegroep. Degenen die aangaven contact te hebben gehad met het maatschappelijk werk (ruim 10 procent) scoorden hoger op de VOEG, zijn ontevredener over hun eigen gezondheid en hebben vaker kinderen dan de rest van de populatie. De zogenaamde jacontacten werden in het Withuis significant vaker door de huisarts naar de maatschappelijk werker verwezen.

Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker wordt door de overgrote meer-

AANLEIDING

De MW behoort naast de huisarts en de wijkverpleegkundige tot het vaste trio dat aanwezig behoort te zijn in elk multidisciplinair samenwerkingsverband. Zijn aanwezigheid is zelfs een eis om in aanmerking te komen voor de „voorlo-

derheid van de respondenten nuttig geacht; in het Withuis in nog sterkere mate dan in de controlegroep. Het cliënt zijn van het Withuis en het in contact zijn geweest met het maatschappelijk werk kan een gang uit eigen beweging naar de maatschappelijk werker bevorderen. Het contact met het maatschappelijk werk beïnvloedt het oordeel over de bereikbaarheid van de maatschappelijk werker in positieve zin. Het cliënt zijn van het Withuis heeft daarop geen invloed.

Bij de taakbeoordeling van de maatschappelijk werker werden geen verschillen tussen ja- en neen-contacten of tussen Withuis en controlegroep gevonden. Met behulp van factor-analyse konden de dimensies „materiële” en „relationele hulpverlening” worden onderscheiden.

Toegespitst op concrete situaties bleken de cliënten van het Withuis de maatschappelijk werker in significant sterkere mate als hulpverlener te kiezen bij relationele problemen, dan de cliënten van de controlegroep.

pige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra" (1974). De „autoriteiten" hechten grote waarde aan de inbreng van de professionele kwaliteiten van deze discipline. Met „autoriteiten" (Freidson), bedoelen wij degenen, die vanuit de door hen beklede maatschappelijke positie vorm trachten te geven aan de gezondheidszorg: ministers en ministeries, Ziekenfondsraad (*Medisch Contact*), de huisartsenwereld (*Van Es; Vlamings; Huygen; Vasbinder*), de universitaire wereld (*Leenen*), studenten (*Huysmans*), vakbonden en organisaties die zich bezig houden met maatschappelijke dienstverlening.

De opinie van de cliënten over de MW en zijn werk komt men eigenlijk niet tegen. Het zijn steeds de al dan niet tot autoriteit verheven hulpverleners, van wie de drang tot (her)structureren uitgaat. „De consumenten, de potentiële patiënten en de patiënten spelen . . . een veel te geringe rol" (*Polak*). Ook in de *structuurnota Gezondheidszorg* komt dit punt aan de orde.

Die onbekendheid met „wat vindt de cliënt er nu eigenlijk van?" was de voornaamste drijfveer om onderzoek op dit terrein te verrichten. In Venlo deed de mogelijkheid zich voor op enige opeenvolgende tijdstippen in 1972, 1974 en 1976 de opinie van de cliënten te peilen over de werkers en hun werk in de eerste lijnsgezondheidszorg. Vooral de vraag welke invloed de oprichting en het functioneren van het gezondheidscentrum Withuis daar op had, werd nader bestudeerd.

VRAAGSTELLING

Het gaat in dit artikel om de visie van de cliënt op de MW die nauw samenwerkt met huisarts (en wijkverpleegkundige) en de door die samenwerking mogelijk optredende veranderingen in die visie. Om dienaangaande enig inzicht te krijgen hebben wij de volgende vragen ter beantwoording aan de cliënten voorgelegd:

- 1 Wat vindt u van de samenwerking van uw huisarts met een maatschappelijk werker?
- 2 Hoe ervaart u de bereikbaarheid van de maatschappelijk werker?

Tabel 1. Verwachtingen omtrent de beeldvorming van de cliënt ten aanzien van de maatschappelijk werker en zijn werk.

	Withuis Contact met MW		Controle Contact met MW	
	Ja	Neen	Ja	Neen
1 Samenwerking huisarts-MW	+ + *	+	+ +	0
2 Bereikbaarheid MW	+ +	+	+ +	0
3 Taak MW - algemeen	+ +	+	+ +	0
4 Taak MW - concreet	+ +	+	+ +	0

* Een + teken wil zeggen het oordeel is positiever dan 0 en minder positief dan ++.

3 Hoe ziet u de taak van de maatschappelijk werker in algemene termen?

4 Hoe beoordeelt u die taak, getoetst aan de hand van een aantal (acht) concrete problemen?

Wij menen dat de beantwoording van deze vragen tezamen een goed beeld kan geven van de algemeen MW, functionerend in een multidisciplinair team. Wij verwachten dat de intensieve, geïnstitutionaliseerde samenwerking, zoals die plaatsvindt in een gezondheidscentrum, het zicht van de cliënt op de MW en zijn werk zal beïnvloeden.

Een nadere specificatie hebben wij aangebracht voor die cliënten, die reeds in contact waren geweest met het maatschappelijk werk. Het ligt immers in de rede te veronderstellen dat dezulken een meer geprononceerd oordeel zullen hebben dan degenen, die geen contact hebben gehad.

Als wij nu onze vooronderstellingen, respectievelijk verwachtingen op een overzichtelijke wijze proberen samen te vatten, ontstaat het in *tabel 1* gegeven overzicht (*tabel 1* wordt aan het slot van deze beschouwing herhaald (*tabel 11*) met daarin dan tevens de resultaten van het onderzoek). *Tabel 1* maakt duidelijk dat er tussen de beide groepen, die contact hebben gehad met het maatschappelijk werk, geen verschillen werden verwacht. Beide groepen bevatten cliënten die ooit met dat werk in aanraking zijn geweest; dus zowel voor als na de start van het gezondheidscentrum op 1 maart 1973. Wel verschil in beeldvorming werd verwacht tussen de neen-contacten van het Withuis en de controlegroep. De cliënten van het Withuis werden geacht te weten, zowel door berichten welke zij ontvingen als door eigen observatie, dat hun huisarts samenwerkt met maatschappelijk werk. Iedereen die het ge-

zondheidscentrum binnenloopt kan op de deuren de naam en de functie van de daar residerende „werker" zien en ook waarnemen dat deze functionarissen zich vrijelijk in het gebouw bewegen, overleggen met anderen enzovoort. Bovendien zijn er natuurlijk de onderlinge contacten tussen cliënten die kunnen bijdragen tot de beeldvorming. Men kan dit alles beschouwen als stimuli, uitgaande van het gezondheidscentrum.

METHODE VAN ONDERZOEK

De opinies van de cliënten hebben geresulteerd uit schriftelijke enquêtes in juni 1972 en mei 1974. Over de eerste enquête, waaraan 4.181 personen hebben deelgenomen zijn reeds mededelingen gedaan (*Crebolder*, 1974 en 1975). In 1974 deed zich de mogelijkheid voor om een controlegroep samen te stellen uit cliënten van de overige acht Venlose huisartsen, die op de traditionele wijze werkzaam zijn. Twee van hen werken in associatief verband. Met „traditioneel" wordt bedoeld: uni-disciplinaire wijze van werken; geen vaste werk-afspraken met maatschappelijk werk of wijkverpleging.

SAMENSTELLING CONTROLEGROEP

In het stadsdeel Venlo woonden in 1974, volgens de gegevens van de statistische dienst aldaar, ongeveer 38.000 mensen; onder hen bevonden zich de omstreeks 10.000 Withuis-clieuten. Een op de vier personen zou dus naar verwachting Withuis-clieüt zijn en diende derhalve uit de steekproef te verdwijnen. Aan de gemeente werd een steekproef gevraagd van 1600 personen van 20 jaar of ouder. Deze steekproef werd verkregen door telkens elke 24ste persoon van 20 jaar of ouder uit het gemeentebestand

in de groep op te nemen. Na uitzuivering van de Withuis-cliënten, buitenlanders en personen, die erg afgelegen woonden, bleef een bestand over van 1.138 potentiële respondenten.

Met behulp van scholieren uit de hogere klassen van het middelbaar onderwijs werden de enquêteformulieren – na uitvoerige instructie – huis aan huis bezorgd en weer opgehaald. Zo nodig werd toelichting gegeven of, op objectieve wijze, geholpen bij het invullen. De respons bedroeg 751 (66,1 procent). Van dit aantal zijn er uiteindelijk slechts 595 voor de analyse gebruikt, omdat 256 respondenten óf een huisarts uit het stadsdeel Ble- rick (W-Venlo) hadden, óf toch een der Withuis-artsen als hun huisarts opgaven dan wel waren ingeschreven bij een Ven- lose huisarts, die voornemens was tijdens de loop van de onderzoeksperiode zijn praktijk te beëindigen.

DE WITHUIS-POPULATIE

Uit het respondentenbestand (N = 4.181) van 1972 is voor de tweede meting een steekproef van 1.045 personen getrokken. Dit gebeurde door telkens iedere vierde respondent in de steekproef op te nemen. Na correctie van de lijst bleven er 905 te ondervragen personen over. Er waren immers sedert 1972 men- sen overleden, verhuisd, van huisarts veranderd, enzovoort. Er werden 604 (66,6 procent) ingevulde enquêteformulieren ontvangen. Hiervan konden er 602 voor de analyse worden gebruikt.

De reden van uitval is terug te vinden in *tabel 2*. Uit deze tabel blijkt dat er voor de reden van uitval twee duidelijke verschillen tussen de beide steekproeven zijn aan te wijzen. De hoeveelheid weigeraars van de controlegroep ligt aanzienlijk hoger dan in de Withuis-groep. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat de controle-steekproef pas voor de eerste keer werd benaderd. Aangezien de steekproef van de Withuis-groep is getrokken uit het respondentenbestand van de eerste meting waren de „gemotiveerde weigeraars” (27,8 procent van de non-respons adressen) al bij voorbaat uitgesloten voor de tweede meting. Het opmerkelijk grote aantal verhuizingen in de Withuis-groep hangt samen met de sanering in de noordelijke wijk van

Tabel 2. Reden van uitval (in procenten).

	Withuis N = 301	Controle N=387
Weigert	18	36
Verhuisd	28	12
Op vakantie	3	4
Ziek/overleden	6	7
Bij ophalen geen gehoor	11	8
Door verkeerde per- soon of onvolledig ingevuld	6	3
Niet thuis	22	21
Zal de lijst bezor- gen, maar niet gedaan	3	4
Onbekend	4	5
	100	100

Venlo (Genooi), waar relatief veel Withuis-cliënten wonen. Bovendien da- teerde het adressenbestand van de bena- derde Withuis-populatie uit 1972 en dat van de controlegroep uit 1974.

DE VRAGENLIJST

De vragenlijst van 1974 heeft, in ver- gelijk met die van 1972, enige veran- deringen ondergaan. In de eerste plaats werden alle uitspraken die betrekking hadden op het functioneren van het ge- zondheidscentrum in de tegenwoordige tijd geformuleerd en niet meer in de toe- komstige tijd. Het gezondheidscentrum functioneerde immers al meer dan een jaar en wij mochten aannemen – „De huisarts heeft in de loop van één jaar contact met ongeveer 75 procent van zijn praktijkbevolking” (*Syllabus NUHI*) – dat de overgrote meerderheid van de cliënten inmiddels kennis had gemaakt met deze voor hen nieuwe vorm van eer- stelijnsgezondheidszorg. In de tweede plaats moest de vragenlijst voor beide populaties identiek zijn. Ten behoeve van de Withuis-groep werden enige ex- tra pagina's toegevoegd met vragen, die uitsluitend te maken hadden met de Withuis-situatie. In de derde plaats had er, met intensieve gedragswetenschappe- lijke hulp, een uitdieping van alle onder- delen van de vraagstelling plaatsgevon- den. Het resultaat van dit continue over- leg vond zijn neerslag in de vragenlijst.

ENIGE KENMERKEN VAN DE ONDER- ZOCHTE POPULATIES

Alvorens te beginnen met de bespre- king van de in de vraagstelling geformu-

leerde en te onderzoeken aspecten van de visie van de cliënt op de MW en zijn werk, is het wenselijk de deelnemers aan de enquête te profileren (*tabel 3*). Be- halve naar gebruikelijke structurele va- riabelen als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, enzovoort, is gestreefd gegevens te verzamelen die de persoonlijkheid van de cliënt wat meer reliëf geven en tegelijkertijd in relatie staan met de beleving van zijn gezondheidstoestand. De keuze viel onder andere op de twee variabelen: de VOEG (Vragen Over Ervaren Gezond- heid) en een rechtstreekse vraag naar de tevredenheid over de eigen gezondheid.

De VOEG is een door *Dirken* ontwor- pen meetinstrument. De oorspronkelijke VOEG bevatte 48 items met vage licha- melijke klachten. Door *Dirken* zelf is een verkorte versie van 21 items ontwikkeld, die wij de cliënten hebben voorgelegd. Ook *Cassee* heeft deze schaal gebruikt en schrijft daarover: „Deze lichamelijke klachtenscore indiceert de mate waarin men geneigd is spanningen om te zetten in lichamelijk onwelbevinden” en „we hebben dus te maken met lichamelijke klachten met een niet-lichamelijke ach- tergrond”. Wij hebben de VOEG ook zo geïnterpreteerd en toegepast.

De onderzochte populaties kunnen worden onderscheiden naar gelang zij hoog of laag op de VOEG hebben ge- scoord. De verdeling hoog - laag is aan- gebracht op de mediaan van het totaal van alle deelnemers aan de enquête. Nul tot en met vier ervaren klachten is dan laag en meer dan vier ervaren klachten betekent een hoge score op de VOEG.

Uit *tabel 3* kunnen wij opmaken dat er in de controlegroep iets meer vrouwen dan mannen voorkomen; dat er bij de leeftijdsopbouw en bij de gezinssamen- stelling geen grote verschillen zijn; dat er in de controlegroep 10 procent meer par- ticulier verzekerden zijn terug te vinden, hetgeen overigens nauwelijks tot uiting komt in de sociaal economische status van de cliënten.

MATE EN WIJZE VAN CONTACT MET MAATSCHAPPELIJK WERK

In welke mate is er nu (volgens de enquête) contact geweest tussen de MW en de cliënt en hoe kwam dat contact tot

stand? Over „contacten” werden de volgende vragen gesteld:

Hebt u voor uzelf of voor een van uw gezinsleden wel eens gebruik gemaakt van de diensten van een maatschappelijk werk(st)er?

Wanneer ongeveer?

Bent u uit uzelf gegaan of verwezen?

Waarvoor?

De antwoorden op deze vragen zijn terug te vinden in *tabel 4*. Er is geen verschil van betekenis tussen de beide groepen wat betreft het gebruik van het maatschappelijk werk. Uit de registratie* van het Centrum voor Maatschappelijk Werk te Venlo over 1974, konden wij echter wel een aanzienlijk verschil in consumptie berekenen. Ook daar bleek – evenals in dit onderzoek – dat in het Withuis de huisarts procentueel de grootste verwijzer is. Het „eigen initiatief” is in de controlegroep relatief de belangrijkste porte d'entrée naar het maatschappelijk werk, zowel in dit onderzoek als volgens de cijfers van de reeds genoemde registratie. In de aard van de aangegeven problematiek wordt geen significant verschil gevonden.

Om het beeld volledig te maken, zal ook een profiel worden gegeven van de cliënten, die zeiden contact te hebben gehad met het maatschappelijk werk.

Wij hebben de weergegeven kenmerken van beide totale populaties (*tabel 3*) en die van de cliënten, die aangaven contact te hebben gehad met het maatschappelijk werk (*tabel 5*) met elkaar vergeleken. Uit die vergelijking kwam naar voren dat de ja-contacten van beide groepen hoger scoorden op de VOEG ($p < 0,05$) en ontevredener waren over hun gezondheid ($p < 0,01$). Ook bleken deze groepen vaker kinderen te hebben ($p < 0,05$) bij de controlegroep; bij het Withuis net niet significant maar wel dezelfde richting. Wat betreft de ja-contacten van de controlegroep bestaat er een positief verband met de oudere leeftijdscategorieën ($p < 0,05$). Ten aanzien van de overige variabelen werden geen significante verschillen waargenomen.

Samenvattend zouden wij kunnen

* Zie het volgende artikel „De maatschappelijk werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie” (aprilnummer huisarts en wetenschap 1976).

Tabel 3. Enige kenmerken van de deelnemers aan de enquête van 1974 (in procenten).

	Withuis N = 602	Controle N = 595		Withuis N = 602	Controle N = 595
<i>Geslacht</i> - man	50,9	45,5	<i>Wijze van verzekering</i>		
- vrouw	48,7	54,1	Ziekenfonds	70,6	61,0
- onbekend	0,4	0,4	Particulier	28,3	38,5
			Onbekend	0,1	0,5
<i>Geboortejaar</i>			<i>Sociaal-economische status**</i>		
1944-1954 (± 20-30 jaar)	21,1	22,5	Laag 1	31,1	27,4
1943 t/m '29 (± 30-45 jaar)	31,0	28,4	2	23,3	25,7
1928 t/m '09 (± 45-65 jaar)	32,7	36,8	3	23,6	24,4
1908 en eerder			4	7,0	7,6
(ouder dan 65 jaar)	15,2	12,3	5	4,8	4,0
			Hoog 6	7,8	8,9
<i>Burgerlijke staat</i>			Onbekend	2,4	2,0
Gehuwd	78,6	80,0	<i>VOEG</i>		
Gescheiden	1,2	1,5	Laag	50,2	48,7
Ongehuwd	12,5	12,8	Hoog	49,8	51,3
Weduwe/Weduwenaar	7,6	5,7	<i>Tevredenheid met de eigen gezondheid</i>		
<i>Kinderen</i>			Zeerv tevreden	19,9	20,7
Wel	76,7	76,5	Tevreden	47,0	45,2
Geen	21,6	22,0	Niet tevreden en niet ontevreden	23,8	24,0
Onbekend	1,6	1,5	Ontevreden	7,7	8,0
<i>Inwonende kinderen</i>			Zeerv ontevreden	1,5	2,0
Neen	8,3	10,1			
Ja: 1 of 2	41,7	38,8			
Meer dan 2	21,2	21,2			
Niet van toepassing	21,4	22,9			
Onbekend	7,3	6,9			
<i>Gezin met jongere kinderen</i>					
Oudste inwonende kind jonger dan vijftien jaar	21,7	20,7			
<i>Gezin met oudere kinderen</i>					
Jongste inwonende kind* vijftien jaar of ouder	16,3	16,6			

* Dit is een andere indeling dan die van *Lamberts*, die als criterium hanteert: „Er is sprake van een gezin met oudere kinderen als het oudste kind 15 jaar en ouder is”. Daartoe kunnen onze inziens zowel oude als jonge kinderen behoren.

** De Sociaal-economische status (S.E.S.) is de resultante van de volgende elementen: beroep, loondienst of zelfstandig, al dan niet leidinggevend en opleiding. Gebruik werd gemaakt van de codering die is opgesteld door het Instituut voor Toegepaste Sociologie van de Universiteit van Nijmegen.

Tabel 4. Contacten, aangegeven door de cliënt, met het maatschappelijk werk (in procenten).

	Withuis N = 602	Controle N = 595
Ooit van de diensten van de MW gebruik gemaakt?	10,3	11,9
<i>Wanneer?</i>		
Langer dan één jaar geleden	7,1	7,9
Korter dan één jaar geleden (1973-1974)	3,0	2,9
Onbekend	0,2	1,1
<i>Verwezen door?</i>	N = 62	N = 71
Huisarts	45	11
Eigen initiatief	42	58
Iemand anders	11	25
Onbekend	2	6
	$\chi^2 = 20,85$	$df = 3$
	$p < 0,005$	
<i>Waarvoor?</i>		
Relationeel	46	42
Materieel	48	50
Onbekend	6	8

zeggen dat degenen, die in ons onderzoek gebruik hebben gemaakt van het maatschappelijk werk meer dan de overigen van de populatie geneigd zijn spanningen om te zetten in lichamelijk onwelbevinden, derhalve(?) ontevredener zijn over de eigen gezondheid en vaker kinderen hebben.

De samenhang tussen deze drie bevindingen en het gebruik maken van het maatschappelijk werk is duidelijk. Een hoge VOEG, ontevredenheid met de eigen gezondheid en het hebben van kinderen zijn drie condities, die gebruik maken van maatschappelijk werk kunnen bevorderen. Men denke bijvoorbeeld aan: zich ziek voelen, zich ziek melden, sociale wetgeving; extra stress door meer kinderen, opvoedingsproblemen, enzovoort.

De groep der ja-contacten van het Withuis is jonger. In die groep bevinden zich meer weduwen en weduwnaars. Ook is het aantal ziekenfondsverzekerden hoger dan in de controlegroep, hetgeen nu wel enigszins tot uiting komt in de sociaal economische status.

BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN

Vraag 1. De samenwerking van de huisarts met een maatschappelijkwerker*.

Aan cliënten werden drie uitspraken voorgelegd met betrekking tot die samenwerking:

over het nut van die samenwerking;
over een eventueel advies van de huisarts om naar de MW te gaan;

over de gang naar de MW in plaats van naar de huisarts.

De repliek op die vragen is te vinden in tabel 6. Welke conclusies mogen wij trekken uit de daarin gegeven reeks cijfers?

Van degenen, die geen contact hebben gehad met het maatschappelijk werk, staan de Withuis-clieñten positiever tegenover de samenwerking. Ook zeggen de neen-contacten van het Withuis eerder geneigd te zijn in de toekomst uit zichzelf naar de MW te stappen. Dit laat-

* Op de verschillen: Withuis 1972 en 1974 zal in een ander artikel worden ingegaan.

Tabel 5. Enige kenmerken van de cliënten die aangaven contact te hebben gehad met het maatschappelijk werk (in procenten).

	Withuis N = 62	Controle N = 71		Withuis N = 62	Controle N = 71
Man	46,8	43,7	Wijze van verzekering		
Vrouw	53,2	54,9		Ziekenfonds	83,9
			Particulier	16,1	25,3
Geboortjaar			Sociaal-economische status		
1944-1954 (± 20-30 jaar)	17,6	9,8	laag 1 + 2	51,6	54,9
1943 t/m '29 (± 30-45 jaar)	36,8	26,8	3	30,6	25,4
1928 t/m '09 (± 45 t/m 65 jaar)	28,9	44,8	hoog 4 + 5 + 6	14,5	19,7
1908 en eerder (ouder dan 65 jaar)	16,0	18,2	Onbekend	3,3	
Burgerlijke staat			VOEG		
Gehuwd	75,8	84,5	Laag	35,5	35,2
Gescheiden	3,2	2,8	Hoog	64,5	64,8
Ongehuwd	9,7	7,0	Tevredenheid met de eigen gezondheid		
Weduwe/Weduwnaar	11,3	5,6	Zeer tevreden of tevreden	55,0	52,1
Kinderen			Niet tevreden en niet ontevreden	26,7	28,2
Wel	80,6	87,3	Ontevreden of zeer ontevreden	18,4	19,7
Neen	14,5	11,3			
Onbekend	4,9	1,4			

Tabel 6. De samenwerking huisarts—maatschappelijk werk(st)er (in procenten).

		Withuis Contact met MW		Controle Contact met MW	
		Ja N=62	Neen N=539	Ja N=71	Neen N=520
1. Het lijkt mij nuttig voor de behandeling van veel patiënten dat mijn huisarts samenwerkt met een MW.	+ + *	69	67	47	48
	+	16	17	25	23
	±	11	12	13	20
	—	0	1	4	3
	— —	3	2	8	6
		$\chi^2 = 12,05$ df = 4 p < 0,025			
2. Als mijn huisarts mij adviseert met de MW te gaan praten, dan doe ik dat.	+ +	81	75	76	70
	+	11	13	20	14
	±	5	9	1	11
	—	0	1	1	2
	— —	3	3	1	3
3. Ik kan mij best voorstellen dat ik in de toekomst wel eens uit mezelf naar de MW ga in plaats van naar de huisarts.	+ +	39	19	34	15
	+	15	17	23	14
	±	19	32	18	32
	—	6	7	8	6
	— —	21	26	17	34
		$\chi^2 = 9,9$ df = 4 p < 0,05			
		$\chi^2 = 10,18$ df = 4 p < 0,05			
		$\chi^2 = 26,0$ df = 4 p < 0,001			

+ + geheel mee eens; + gedeeltelijk mee eens; ± weet niet; — gedeeltelijk mee oneens; — — geheel mee oneens

ste geldt ook voor alle ja-contacten. Dus zowel het cliënt zijn van het Withuis als het in contact geweest zijn met het maatschappelijk werk kan een gang uit eigen beweging naar de MW bevorderen.

Overigens blijkt de overgrote meerderheid van de populaties de samenwerking goed te keuren en bereid te zijn het advies van de huisarts te volgen als deze aanraadt naar de MW te gaan. Zou het sprookje van Andersen „Wat vader doet is altijd goed!” de verklarende variabele kunnen zijn?

Vraag 2. De bereikbaarheid van de maatschappelijk werker.

Als wij de MW beschouwen als deskundige in de hulpverlening bij relatieproblematiek, komt de vraag naar zijn bereikbaarheid vanzelfsprekend naar voren. De problematiek van door hem begeleide cliënten kan immers ook buiten de normale werkuren tot een crisissituatie uitgroeien. Het zijn soms ernstige beelden, al dan niet met een (reactieve) depressie gepaard gaande, waarvoor de MW zich gesteld ziet. Ook door de therapeutische gesprekken kan er zoveel worden „los gewoeld” dat een acute situatie ontstaat. De behandelende MW, of een vervanger die toegang heeft tot het archief, dient dan bereikbaar te zijn voor de cliënt in nood.

In de praktijk komt het er nú op neer dat de huisarts – of zelfs de eerste hulp post van een ziekenhuis – de opvang moet verzorgen. Dit manco van de eerstelijnsgezondheidszorg is in het team van het Withuis verscheidene malen besproken. Aan de individuele bereidheid van de MW om zijn bereikbaarheid te verruimen ontbreekt het niet. En – naar ons werd medegedeeld – worden de MW's van het gezondheidscentrum ook buiten de gewone werktijden meer dan vroeger benaderd door cliënten die in grote moeilijkheden verkeren. In de nabije toekomst zal „het dienst hebben” van een MW in een eerstelijns team moeten worden beschouwd als behorend tot zijn normale taak.

De perceptie door de cliënten van de bereikbaarheid is te lezen in *tabel 7*. Wij mogen concluderen dat het in contact geweest zijn met het maatschappelijk werk het oordeel over de bereikbaarheid

Tabel 7. De bereikbaarheid van de maatschappelijk werk(st)er zoals die door de cliënten wordt ervaren (in procenten).

		Withuis		Controle	
		Contact met ja N = 62	MW neen N = 539	Contact met ja N = 70	MW neen N = 519
Als ik hem/haar nodig heb, staat de maatschappelijk werk(st)er dag en nacht voor mij klaar	+ +*	23	18	17	11
	+	18	9	16	6
	±	55	70	56	78
	—	0	1	6	3
	— —	5	2	6	3
		$\chi^2 = 9,9$ df = 4 p < 0,05		$\chi^2 = 17,6$ df = 4 p < 0,01	

* Voor verklaring tekens zie voetnoot *tabel 6*

in positieve zin beïnvloedt. De neen-contacten van het Withuis geven geen significant grotere mate van bereikbaarheid aan dan de controlegroep. Zeer opvallend is de grote categorie „weet niet”. Ongeveer driekwart van de neen-contacten en meer dan de helft van de ja-contacten hebben geen oordeel! Enige voorlichting omtrent de bereikbaarheid lijkt wel gewenst.

Vraag 3. De taak van de maatschappelijk werker in algemene termen.

Zoals reeds eerder gesteld onderscheiden wij in de taak van de MW de materiële en relationele hulpverlening (*Vlaamings*). In onze gedachtegang komt het begrip „relationeel” overeen met „niet-materieel” of „immaterieel”. Het opsporen, verhelderen en behandelen van relatietoornissen tussen mensen onderling en de mens en zijn maatschappelijke bedding, is, naar het ons voorkomt, de belangrijkste taak van een MW in een eerstelijns team. Het is natuurlijk vanzelfsprekend dat het onderscheid materieel–relationeel niet altijd even scherp is aan te geven. De vraag om hulp zal vaak een gemengd karakter dragen evenals dat bij de huisarts het geval is. In de reeks vragen uit de lijst, die over dit onderdeel gaat, zijn uitspraken opgenomen die het accent óf op het materiële óf op het relationele aspect van de maatschappelijke hulpverlening leggen. Die reeks vragen dekt natuurlijk niet het gehele werkterrein van de algemeen MW; anderzijds is de scala zo breed dat alle belangrijke categorieën die bij de registratie van het maatschappelijk werk worden gehanteerd, in de voorgelegde vragen zijn opgenomen. De uitspraken vindt men in *tabel 8*.

Bij bestudering van deze tabel blijkt dat er tussen de vier vergeleken groepen (ja-, neen-, Withuis en controle) behalve bij de eerste uitspraak (bemiddelen bij financiële problemen) geen significante verschillen optreden. Het feit dat er een verschil is gevonden tussen de ja- en neen-contacten bij deze uitspraak zou kunnen betekenen dat deze problematiek in de controlegroep meer aan bod is gekomen.

Waarom zijn er overigens zo weinig verschillen? De verwachting was immers dat de neen-contacten van het Withuis hoger zouden scoren dan de neen-contacten van de controlegroep; anderzijds dat de ja-contacten bij beide populaties weer positiever zouden zijn in hun uitspraken dan de neen-contacten (*tabel 1*). Het is mogelijk dat de taken, zoals die worden omschreven in de voorgelegde uitspraken, zo vanzelfsprekend zijn dat men geen verschillen mag verwachten. De grote meerderheid van de respondenten antwoordt bevestigend. Dat zou betekenen dat de formuleringen te weinig discriminerend zijn. Het is ook mogelijk dat de tijdsfactor, vooral ten aanzien van Withuis-controle, nog te weinig heeft kunnen werken. Als dat laatste het geval is, zal dat moeten blijken uit de volgende peiling.

Met behulp van factor-analyse* konden twee onderliggende dimensies worden onderscheiden. De eerste factor (*tabel 9*) heeft vooral betrekking op de ma-

* Factor-analyse is een beschrijvende, statistische techniek waarmee een (groot) aantal variabelen zo goed mogelijk wordt beschreven door middel van een (klein) aantal nieuwe variabelen, die factoren worden genoemd (*Brand-Koolen*).

teriële hulpverlening. Het zijn de uitspraken één, drie, vijf en zes die het meeste bijdragen tot deze factor. De tweede factor gaat over relationele hulpverlening, en wordt bepaald door de uitspraken twee en vier. Tot onze verrassing scoorde uitspraak vijf („bemiddelen bij moeilijkheden op het werk”) hoger op de materiële dan op de relationele factor. Dat duidt erop dat de respondenten die uitspraak als materiële hulpverlening hebben geïnterpreteerd en er niet zozeer het relationele aspect aan hebben geprefeerd.

Vraag 4. De taak van de maatschappelijk werker getoetst aan acht concrete problemen.

Uitgaande van een aantal casus werd de cliënt gevraagd die hulpverlener te kiezen die het beste zou kunnen helpen bij een bepaald probleem (tabel 10). Uit de volgende hulpverleners kon worden gekozen: huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegster, assistente, priester of iemand anders.

Het betreft hier dezelfde problemen die reeds beschreven werden in (1975) huisarts en wetenschap 18, 73 (Crebolder)*. De formulering van de aan cliënten voorgelegde probleemgevallen zal worden aangegeven door de trefwoorden die ook in het genoemde artikel vermeld staan. Die onderwerpen, waarop de score voor de MW vijf procent of minder was, zijn niet in tabel 10 opgenomen. Dat zijn: „abortus provocatus of niet?”, „inlichten van ongeneeslijk zieke”, „niet ernstig ziek kind”, „gewetensbezwaren om de pil”, en „begeleiding van stervende”. Er blijven dus acht casus over die tezamen een goed beeld geven van de gevarieerde zorgverlening door de MW.

Het valt op dat bij drie van de voorgelegde casus een significant verschil wordt gevonden tussen de neen-contacten van het Withuis en de controlegroep. Dat zijn: „gesomatiseerd relatieprobleem in arbeidssituatie”, „huwelijksprobleem”

* De onbekenden (variërend van 1,2 tot 7,4 procent) zijn in dat artikel naar de verhouding van de gegeven antwoorden verdeeld, hetgeen nu niet is gebeurd. Op de volgorde van de weergegeven rangschikkingen is dit niet van invloed.

Tabel 8. De taak van de maatschappelijk werk(st)er, in algemene termen (in procenten).

	Behoort tot zijn/haar taak	Withuis Contact met MW		Controle Contact met MW	
		Ja N = 62	Neen N = 539	Ja N = 71	Neen N = 520
1. Bemiddelen bij financiële problemen.	+ +*	35	26	46	27
	+	23	25	24	28
	±	29	24	14	19
	—	6	7	4	4
	— —	6	18	11	21
$\chi^2 = 11,6$ df = 4 p < 0,05					
2. Helpen bij problemen tussen gezinsleden.	+ +	52	50	51	42
	+	26	26	30	29
	±	15	14	8	14
	—	5	4	3	5
	— —	3	6	8	9
3. Bemiddelen bij het zoeken naar een baan	+ +	37	40	38	34
	+	32	28	35	28
	±	26	19	9	21
	—	3	4	6	4
	— —	2	9	11	12
4. Begeleiden bij opvoedingsproblemen kinderen.	+ +	47	39	49	40
	+	24	30	34	29
	±	18	19	4	14
	—	6	4	5	7
	— —	5	7	7	10
5. Bemiddelen bij moeilijkheden op het werk.	+ +	42	47	52	40
	+	32	23	27	29
	±	18	18	7	17
	—	3	4	7	4
	— —	5	7	7	10
6. Helpen bij huisvestingsproblemen.	+ +	60	57	64	52
	+	18	23	24	25
	±	21	15	7	16
	—	0	2	3	2
	— —	2	3	1	5

* Voor verklaring tekens zie voetnoot bij tabel 6.

Tabel 9. Uitkomsten van een factor-analyse (varimax) van de antwoorden van de gehele controlegroep op de uitspraken van tabel 8, gerangschikt naar de daarbij gevonden twee factoren.

	Factor I Materiële hulpverlening	Factor II Relationele hulpverlening
1 Bemiddelen bij financiële problemen	0,66	0,17
2 Helpen bij problemen tussen gezinsleden	0,19	0,84
3 Bemiddelen bij het zoeken naar een baan	0,74	0,21
4 Begeleiden bij opvoedingsproblemen kinderen	0,17	0,86
5 Bemiddelen bij moeilijkheden op het werk	0,62	0,46
6 Helpen bij huisvestingsproblemen	0,82	0,07
<i>verklaarde variantie</i>	0,35	0,29

en „opvoedingsprobleem”. Alle drie zijn het typische relationele problemen die zeker tot het takenpakket van de MW kunnen worden gerekend.

Deze tabel overziende kunnen wij zeggen dat de Withuis-populatie in zijn totaliteit de MW in sterkere mate als hulpverlener bij relationele problemen ziet dan de controlegroep. De verleiding is groot de gevonden verschillen aan het functioneren van het gezondheidscentrum Withuis toe te schrijven.

Significante verschillen tussen de ja- en neen-contacten werden niet geconstateerd.

CONCLUSIES

Alle tabellen overziende, komen wij tot de volgende opsomming:

- 1 De respondenten van het Withuis en van de controlegroep geven dezelfde mate van gebruik van het maatschappelijk werk aan.
- 2 Van degenen, die gebruik hebben gemaakt van het maatschappelijk werk, werd in de Withuis-populatie een significant groter aantal door de huisarts verwezen dan in de controlegroep.
- 3 Ten aanzien van de behandelde problematiek werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden.
- 4 De cliënten, die in contact geweest zijn met het maatschappelijk werk, zijn sterker dan de rest van de populatie geneigd spanningen om te zetten in lichamelijke klachten (hoge VEOG), zijn ontevredener over de eigen gezondheid en hebben vaker kinderen.

DE VIER VRAGEN

Vraag 1: De overgrote meerderheid – in het Withuis in nog sterkere mate dan de controlegroep – acht de samenwerking huisarts-MW nuttig. Het cliënt zijn van het Withuis en het in contact geweest zijn met het maatschappelijk werk kan een gang uit eigen beweging naar de MW bevorderen.

Vraag 2: Het contact met het maatschappelijk werk beïnvloedt het oordeel over de bereikbaarheid in positieve zin. Aangaande de neen-contacten is er geen verschil tussen Withuis en controlegroep. De categorie „weet niet” is verontrustend groot.

Tabel 10. Resultaten (in procenten) van de antwoorden op acht vragen betreffende de respondenten die de maatschappelijk werker als meest gewenste hulpverlener hebben aangegeven.

	Withuis Contact met MW		Controle Contact met MW	
	Ja N = 62	Neen N = 539	Ja N = 71	Neen N = 520
1 Gesomatiseerd relatieprobleem in arbeids-situatie (arbeid + ziek worden)	32	42	32	35
	$\chi^2 = 26,27$ df = 1 p < 0,005			
2 Seksuele voorlichting	10	14	8	8
3 Huwelijksproblemen	52	48	44	39
	$\chi^2 = 26,17$ df = 1 p < 0,005			
4 Grote eenzaamheid	24	27	24	26
5 Opvoedingsproblemen	55	57	46	44
	$\chi^2 = 6,84$ df = 1 p < 0,01			
	$\chi^2 = 31,87$ df = 1 p < 0,005			
6 Huisvestingsprobleem	74	63	63	58
7 Hulp in de huishouding	42	45	47	51
8 Beroepskeuze	45	51	39	41

Tabel 11. Weergave van de resultaten van het onderzoek omtrent de beeldvorming van de cliënt ten aanzien van de maatschappelijk werker en zijn werk (vergelijk tabel 1).

	Withuis Contact met MW		Controle Contact met MW	
	ja	neen	ja	neen
1. Samenwerking huisarts-MW	+*	+	+	○
2. Bereikbaarheid MW	+	○	+	○
3. Taak MW - algemeen	○	○	○	○
4. Taak MW - concreet	+	+	+	○

* Zie voetnoot tabel 1.

Vraag 3: De taakbeoordeling van de MW en zijn werk leverde geen verschillen op. De dimensies „materieel” en „relationeel” konden door middel van factor-analyse worden onderscheiden.

Vraag 4: De cliënten van het Withuis achten ten aanzien van de voorgelegde concrete relationele problemen de MW in significant sterkere mate de hulpverlener bij uitstek dan de cliënten van de controlegroep.

Schematisch is de beantwoording van de vraag weergegeven in tabel 11.

BESCHOUWING

Het verwachtingspatroon is slechts ten dele gerealiseerd. De beoordeling van de bereikbaarheid van de MW is, ondanks zijn functioneren in een gezond-

heidscentrum, niet aantoonbaar verbeterd in de ogen van de cliënten.

In de toekenning van zijn takenpakket is er, in algemene zin, geen verschil tussen de onderzochte populaties; wel – en dat stemt ons hoopvol – in de beoordeling van concrete situaties. Ook de grotere neiging van de Withuis-clieënten om uit zichzelf naar de MW te gaan in plaats van naar de huisarts, is een belangrijk gegeven, omdat het er tenslotte om gaat dat de cliënt steeds meer inzicht krijgt in de omstandigheden die bijdragen tot zijn disfunctioneren en hij vanuit dat inzicht de voor hem meest geschikte hulpverlener kiest. Als het goed is, zou het percentage „eigen initiatief” in de toekomst moeten stijgen en het percentage verwijzingen door de huisarts moeten dalen.

In hoeverre attitudeverandering leidt tot verandering in gedrag zal door vervolgonderzoek moeten worden bevestigd. Het ligt wel in de rede dat die gedragsverandering zal optreden (*Shaw & Wright*). De attitude ten opzichte van een object bepaalt ten slotte mede het sociale gedrag ten opzichte van dat object.

De hoge VOEG-score van de cliënten, die contact hebben gehad met het maatschappelijk werk en hun ontevredenheid met de eigen gezondheid roept een aantal andere vragen op. Gaan zij ook vaker naar de dokter? Hebben zij een andere ziektebepaling? Waarschijnlijk wel. Men zou hen kunnen rekenen tot de „probleempatiënten” (*Van Es; Cassee*). In een andere bijdrage hopen wij hierop terug te komen.

NASCHRIFT

Dank ben ik verschuldigd aan mijn Venlose collega's H. Dekkers, A. Groot-huis, M. Hagens, A. Mattousch, H. Schade, G. Schoep, E. Thielen en A. Tielbeek voor hun bereidheid om een controlegroep uit hun praktijken samen te stellen; aan drs. Th. Franssen, socioloog, W. Driessen en de gemeente Venlo om uit het bevolkingsarchief de gewenste steekproef te trekken; aan de leraren drs. Th. Pennarts, drs. G. Wolfs en hun leerlingen voor hun grote hulp bij de enquête; aan drs. J. Lammers van het Sociologisch Instituut van de Universiteit van Nijmegen; aan de studenten-assistenten, H. Mokkink en C. Rood en aan de staf van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Summary. Studies on the Withuis Health Centre (IV). The social worker and his work as viewed by the clients. This is a report on part of a longitudinal study made in Venlo by

polling clients about their views on the workers and the work of first-echelon health care. Special attention is focused on the influence of the Withuis Health Centre on these views. The subject considered was the social worker and his work. The respondents were divided into Withuis clients and clients in a control group. Those who reported having been in contact with social work (some 10 per cent) produced higher VOEG scores, were more dissatisfied about their own health and more often had children than the remainder of the population. The so-called „yes“-contacts at the Withuis were more frequently referred to the social worker by the family doctor. The large majority of respondents considered cooperation between general practitioner and social worker to be useful; the majority at the Withuis exceeded that in the control group. Being a Withuis client and having been in touch with social work can promote spontaneous seeking of advice from a social worker. Contact with social work has a positive effect on the views on the accessibility of the social worker. Being a Withuis client is of no influence in this respect. In the views on the task of the social worker, no differences between „yes“- and „no“-contacts or between Withuis and control group were found. The dimensions „material“ and „relational“ assistance could be distinguished with the aid of factor analysis. In actual situations, Withuis clients turned significantly more often to the social worker for assistance in relational problems than clients of the control group.

Brand-Koolen, M. J. M. Factor-analyse in het sociologisch onderzoek. Explicatie en evaluatie van enige modellen. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1972.

Cassee, E. Th. Naar de dokter. Boom, Mepel, 1973.

Crebolder, H. F. J. M. (1974) huisarts en wetenschap 17, 423 en (1975). Ibidem 18, 40 en 73.

Dirken, J. M. Arbeid en stress; het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen, Wolters, 1967.

Es, J. C. van. Probleempatiënten; beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Assen, Van Gorcum, 1967.

Freidson E. The organization of medical practice. Handbook of Medical Sociology. Prentice-Hall Inc., Englewoods Cliffs, New Jersey, 1972.

Huygen, F. J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 119.

Huysmans, F. en anderen. Gezondheidszorg in Nederland. Socialistische Uitgeverij Nijmegen (SUN), Nijmegen, 1973.

Kennis en beeld van de sociale dienstverlening. Onderzoek uitgevoerd in 1966 door de Nederlandse Stichting voor Statistiek in opdracht van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Lamberts H. (1974) huisarts en wetenschap, 17, 455.

Leenen H. (1973) Maatsch. gezondheidszorg 5, 394.

Medisch Contact (1972) Advies Ziekenfondsraad, Groepspraktijken en gezondheidscentra, 27, 407.

Polak, B. S. (1974) huisarts en wetenschap 17, 401.

Shaw, Marvin E. & Jack M. Wright. Scales for the measurement of attitudes. McGraw-Hill Book Company, New York, 1967.

Steenis-Perelaer, E. H. Kennis en beeld van de sociale dienstverlening II; rapport in opdracht van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.

Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.

Syllabus. De plaats en taak van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1971.

Vasbinder, W. (1968) huisarts en wetenschap 11, 439.

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

Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra 1974. Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Wetselaar, R. (1968) T. Maatsch. Werk 22, 400-410.