

Wie bezoekt de eerstelijnspsycholoog?

Enige voorlopige resultaten

Peter Verhaak, Roland Friele en Marlène Chatrou

Het aantal eerstelijnspsychologen stijgt gestaag. De sectie Eerstelijnspsychologen van het NIP telt inmiddels 1200 leden. Maar hoe is het gesteld met hun aandeel aan de eerstelijnsgezondheidszorg? Welke cliënten worden verwezen naar een eerstelijnspsycholoog en welke naar maatschappelijke werk of de Riagg? Hieronder de eerste resultaten van een onderzoek en enkele aanbeveling voor de toekomst.

Ongeveer twintig jaar geleden kwamen psychologen en huisartsen voor het eerst bijeen om zich te beraden over de voordelen die samenwerking tussen beider disciplines zouden kunnen opleveren. Door huisartsen en psychologen die veelal een functie bekleedden binnen een psychiatrische instelling, algemeen ziekenhuis of iets dergelijks (Schut & Bensing, 1987) werd getracht die samenwerkingsaspiraties concreet gestalte te geven. De motivering voor huisartsen om zo'n samenwerking met psychologen te zoeken was gelegen in het groeiend besef dat veel klachten in de huisartsenpraktijk een belangrijke psychologische component hebben, waarbij de huisarts zichzelf in deskundigheid te kort vond schieten. De toenmalige Geestelijke Gezondheidszorg werd als een moeilijk toegankelijke lappendeken ervaren, zodat velen de voorkeur gaven aan een psychologisch deskundige waarmee ze persoonlijk bekend waren. Psychologen, van de andere kant, ooit begonnen als diagnostici en als 'hulpjes' van de psychiater, gingen zich meer en meer op interventies richten en hadden hiermee voor de huisartsen een aantrekkelijk aanbod (Veldkamp & Van Drunen, 1988).

Hoewel de meeste overleggen na verloop van tijd een zachte dood stierven, lieten sommige hun sporen na. Zo ontstonden op verschillende plaatsen vrije vestigingen van psychologen die hun cliënten door huisartsen (met wie een min of meer intensief overleg bestond) verwezen kregen. Diverse vestigingen van eerstelijnspsychologen gingen vergezeld van (evaluatie-)onderzoek (Verhaak, 1979; Sanavro, 1982) dat overigens niet tot schokkende bevindingen leidde: deelnemende huisartsen waren in het algemeen wel enthousiast en patiënten bevonden zich er wel bij, maar van een gecontroleerd effect-onderzoek was nimmer sprake. Dit laatste geldt overigens ook voor behandeling door Riagg of Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

Vanaf het begin van de jaren tachtig, met de totstandkoming van de NIP-sectie Eerstelijnspsychologen, zijn de eerstelijnspsychologen zich gaan organiseren (Nederlands Instituut van Psychologen, 1982, 1984; Derksen, 1987). De eigen identiteit van de eerstelijnspsycholoog werd ontleend aan een generalistische werkwijze, een korte behandelduur en nauwe samenwerking met andere hulpverleners binnen de eerstelijns. Uit een inventarisatie die in 1987 werd gehouden, zou men voorzichtig af mogen leiden dat toen tussen de 825 en 1200 psychologen

een dagdeel of meer in de week zelfstandig gevestigd waren. Omgerekend naar een 38-urige werkweek gaat het om \pm 350 fulltime equivalenten. Van minder dan tweehonderd daarvan zou gezegd kunnen worden dat ze een duidelijke eerstelijnsaanpak hanteerden (geen wachtlijsten, kortdurende behandeling, eclectische aanpak) en regulier samenwerkten met huisartsen (Van Rooij & Verhaak, 1989). Nu de NIP-sectie Eerstelijnspsychologen ruim een decennium oud is, telt ze ruim 1200 leden en zijn er ongeveer 420 leden gekwalificeerd als eerstelijnspsycholoog; deze laatsten hebben onder supervisie gewerkt en zijn ingeschreven in een register (Broekhuizen, 1992).

Verwijzingen en cliëntèle

Vergeleken met AMW, Riagg en vrijgevestigde psychiaters is het aanbod aan vrijgevestigde psychologen beperkt. Dit blijkt ook uit bestudering van GGZ-verwijslijst door huisartsen. Ongeveer 12% van de diagnoses die een huisarts stelt, betreft een psychische stoornis of een sociaal probleem. De meest voorkomende diagnoses zijn angstig/nerveus, stress, overspannen, depressief en problemen in relatie of werk (Van der Velten et al., 1991). Van deze, door de huisarts gediagnostiseerde patiënten, wordt ongeveer 6% verwezen naar AMW, een vrijgevestigd psycholoog of psychiater of GGZ-instellingen, zoals de Riagg, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), of een psychiatrische polikliniek of ziekenhuis (Verhaak, 1993). Eén derde van deze verwijzingen gaat naar de psychiatrie (vrijgevestigd, polikliniek of Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis), één derde naar de Riagg, een kwart naar het AMW en slechts negen procent naar de vrijgevestigd psycholoog. In hetzelfde onderzoek is getracht de aard van de problematiek te relateren aan de instantie waarheen verwezen werd. Dit is maar ten dele mogelijk: de meeste cliënten met een klassieke psychiatrische diagnose komen in de psychiatrie terecht, en duidelijk materieel getinte psychosociale problematiek wordt naar het AMW verwezen; relatie- en gezinsproblemen gaan voor een belangrijk deel naar Riagg en AMW. Het merendeel van de verwijzingen betreft echter angst, depressie en stressreacties en wordt in verhouding naar alle verwijsmogelijkheden in gelijke mate ver-

wezen. Hoewel slechts een klein deel van de GGZ-verwijzingen van een huisarts naar een vrijgevestigd psycholoog gaat, gaan deze verwijzingen gepaard met diagnoses die vergelijkbaar zijn met die naar AMW, Riagg of psychiatrie gaan.

Om een beter inzicht te krijgen in de cliënten die eerste lijnspsychologen bereiken, wordt er ingegaan op kenmerken en problematiek van cliënten die zich bij een eerstelijnspsycholoog aanmelden, in vergelijking met cliënten van maatschappelijk werk en Riagg-afdelingen volwassenenzorg (geen crisishulp). Hierbij is het de vraag of cliënten die zich bij een eerstelijnspsycholoog aanmelden verschillen van volwassen cliënten (tussen 18 en 65 jaar) die zich aanmelden bij Riagg (geen crisisdienst) en AMW wat betreft hun demografische kenmerken en karakteristieken van hun problematiek.

Een dergelijke vergelijking is in de eerste plaats inhoudelijk interessant omdat in het hierboven aangehaalde onderzoek vanuit het perspectief van de verwijzende huisarts geen duidelijke verschillen in verwijsdiagnoses gevonden konden worden die een verklaring vormen voor een voorkeur voor de ene of andere instantie waarheen werd verwezen.

In de tweede plaats is zo'n vergelijking interessant omdat de drie te vergelijken hulpverleningsvormen een complementair aanbod aan hulp hebben. Bij eerstelijnspsychologen ligt de nadruk op de kortdurende en generalistische interventies maar ook het AMW en de Riagg kennen veel kortdurende interventies. Bij het AMW bedroeg het gemiddeld aantal contacten bij begeleiding in 1992 6,4 (AMW/VOG, 1992). 65% van de Riagg-interventies ligt beneden de grens van tien zittingen (Van de Sande, Van Hoof & Hutschemaekers, 1992). Verder beschouwt het AMW zijn hulpverlening ook als generalistisch. Het AMW ziet 'psycho-sociale hulpverlening, met name gericht op de samenwerking tussen psychische en sociale factoren' als zijn eerste kerntaak (VOG-sectie AMW, 1992) en de Riagg is de instantie die vanwege de AWBZ de functie heeft van psychotherapeutische interventie.

Het hulpverleningsaanbod ten behoeve van stoornissen waarbij met een kortdurende interventie of begeleiding volstaan kan worden, is daarmee op alle drie de plaatsen aanwezig. Op de vraag naar de vereiste deskundigheid gaan we in dit bestek uitdrukkelijk niet in.

Deze situatie van meerdere mogelijke aanbieders van psychosociale zorg krijgt een extra dimensie op het moment dat zorgverzekeraars meer flexibiliteit krijgen bij het aangaan van contracten. In zo'n situatie wordt het relevant een beter inzicht te krijgen in de cliënten die de eerstelijnspsychologen aantrekken en hen te vergelijken met cliënten van de gangbare alternatieven in het circuit van mensen met psychosociale problemen.

NIVEL-onderzoek

In de periode 1989-1991 is door het NIVEL onderzoek verricht onder cliënten die zich aanmeldden bij AMW en Riagg (vergelijk Friele & Verhaak, 1991, 1992). Dezelfde wijze van dataverzameling werd toegepast in de praktijk van een eerstelijnspsycholoog. In beide gevallen kregen in principe alle volwassen cliënten tot 65 jaar die zich aanmeldden een aantal vragenlijsten voorgelegd. Op deze manier was het mogelijk om een vergelijking te maken tussen 95 cliënten van een eerstelijnspsycholoog en die van cliënten van AMW (N=366) en Riagg (N=296). De volgende vragenlijsten werden gebruikt:

de GHQ-30, een Nederlandse vertaling van de General Health Questionnaire. Een screeningsvragenlijst waarmee wordt vastgesteld in hoeverre de respondent een grote kans op psychische stoornis heeft (Goldberg, 1972);

de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindel & Ettema, 1986), eveneens een indicator voor de aanwezigheid van psychische problematiek, die scores op een aantal dimensies oplevert (zoals agorafobie, depressie, angst en somatisering);

de *Biografische Anamneselijst* (BIOPRO; Hosman, 1983), waarmee de problematische situaties waarin mensen verkeren worden geïnventariseerd.

Daarnaast is een aantal biografische gegevens bekend. Alle cliënten die in een periode van twee jaar de praktijk bezochten werd gevraagd vragenlijsten in te vullen. Aangezien de omstandigheden waaronder de cliënten van de eerstelijnspsycholoog deze vragenlijsten invulden vergelijkbaar zijn met die bij AMW en Riagg, verschaft dit ons een mogelijkheid om de cliënten van een eerstelijnspsycholoog te vergelijken met die van AMW en Riagg.

Resultaten

De vraag werd onderzocht in hoeverre de cliënten van een eerstelijnspsycholoog afwijken van cliënten binnen AMW en Riagg, wanneer de problematiek op een gestandaardiseerde manier wordt vastgesteld. Tabel 1 laat de demografische kenmerken van de cliënten van de drie hulpverleningsinstanties zien.

Door de eerstelijnspsycholoog zijn bijna driemaal zoveel vrouwen als mannen in behandeling genomen, met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar. Relatief veel van hen, bijna 40%, had een hogere opleiding, 25% had alleen lager onderwijs of een lagere beroepsopleiding. Tweederde van de cliënten zijn gehuwd, 15% gescheiden en 20% is nooit gehuwd geweest. In vergelijking met de onderzochte AMW-clieënten is men vaker gehuwd, minder vaak gescheiden of verweerd en beter opgeleid. Voorts heeft men vaker een betaalde baan dan AMW-clieënten. In vergelijking met de onderzochte Riagg-clieënten zijn de cliënten van de eerstelijnspsycholoog vaker vrouw, vaker gehuwd en beter opgeleid.

Tabel 2 geeft de scores weer van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog, AMW en Riagg op de drie vragenlijsten. De scores op de SCL-90, GHQ en BIOPRO van cliënten van psycholoog, AMW en Riagg zijn veel hoger dan scores van personen uit een doorsnee-steekproef van de bevolking.

Tussen de drie cliëntengroepen zijn wel nuances. De cliënten van de eerstelijnspsycholoog scoren significant lager op de GHQ en de SCL-90 dan Riagg-clieënten. Op sommige deelschalen van de SCL-90 (depressie, insufficiëntie, slaapstoornissen) zijn de verschillen tussen cliënten van eerstelijnspsycholoog en Riagg niet significant. Ook verschilt het aantal problematische situaties van cliënten van de eerstelijnspsycholoog niet van die van de Riagg. Tussen cliënten van AMW en eerstelijnspsycholoog zijn er in geen van de onderzochte opzichten verschillen.

Riagg-clieënten scoren significant hoger op de SCL-90 dan AMW-clieënten. Op de SCL-90 deelschalen 'hostiliteit' en 'slaapstoornissen' zijn de verschillen niet significant. Riagg-clieënten geven ook meer problematische situaties aan waarin ze verkeren, dan het AMW.

Kunnen we uit deze karakteristieken nu afleiden dat de eerstelijnspsycholoog een discipline in de marge is? Letten we op

	Eerstelijns- psycholoog (%)	AMW (%)	Riagg (%)
<i>Leeftijd</i>			
tot 25 jaar	13	16	16
25 - 34	33	38	36
35 - 44	27	26	30
45 - 55	18	12	11
56 - 65	9	8	6
Gemiddeld	38	37	36
<i>Geslacht</i>			
Vrouw	72	69	62
Man	28	31	38
<i>Burgerlijke staat</i>			
Gehuwd	65	46	45
Gescheiden	15	20	16
Verweduwd	1	6	3
Ongehuwd	19	29	35
<i>Hoogst gevolgde opleiding</i>			
Geen, LO	9	21	13
LBO	16	31	26
MAVO	9	13	17
MBO/HAVO/VWO	28	25	25
HBO/WO	38	19	13
<i>Werkzaamheden</i>			
Betaalde baan	53	37	53
Huishouden	20	25	17
Werkloos, WAO	18	19	15
Anders	9	19	15

Tabel 1. Achtergrondkenmerken van cliënten van eerstelijnspsycholoog (N=95), AMW (N=366) en Riagg (N=296)

	Eerstelijns- psycholoog	AMW	Riagg
GHQ	13.7 ^a	15.2	16.1
BIOPRO	6.4	6.1 ^b	7.0
SCL-90	2.0 ^a	2.0 ^b	2.2
Agorafobie	1.5 ^a	1.6 ^b	1.8
Angst	2.2 ^a	2.2 ^b	2.4
Depressie	2.4	2.3 ^b	2.6
Somatisering	2.0 ^a	2.0 ^b	2.2
Insufficiëntie	2.2	2.1 ^b	2.3
Wantrouwen	1.9 ^a	2.1 ^b	2.3
Hostiliteit	1.6 ^a	1.7	1.8
Slaapproblemen	2.5	2.5	2.5

Tabel 2. Gemiddelde scores op screeningsvragenlijsten GHQ, SCL-90, BIOPRO door cliënten van Eerstelijnspsycholoog (N=68), AMW (N=366) en Riagg (N=296)

^a: Verschil Riagg-ELP significant ($p < .05$)

^b: Verschil Riagg-AMW significant ($p < .05$)

het aandeel dat de eerstelijnspsycholoog ontvangt van het totale verwijscijfer van huisartsen voor psychische en psychosociale problematiek, dan dient deze vraag bevestigend te worden beantwoord. Het aandeel van de eerstelijnspsycholoog is geringer dan dat van Riagg, AMW en psychiatrie en de 'bandbreedte' is smaller. De eerstelijnspsycholoog lijkt voor de huisarts vooral in aanmerking te komen wanneer het om intra-psychische problematiek gaat, geen echte psychiatrie (met een gestoorde belevingswereld) en in het algemeen ook minder materiële en relatieproblematiek. Deze problemen vormen echter wel bijna de helft van alle psychische en sociale stoornissen die een huisarts als zodanig diagnostiseert.

Betekent dit geringe aandeel dat het om minder ernstige problemen gaat? Uit de fragmentarische gegevens die ons ter beschikking stonden menen we af te leiden dat dit niet het geval is. Onze eerste resultaten van de cliëntenregistratie geven aan dat cliënten van de eerstelijnspsycholoog niet verschillen van die van het AMW en ook veel meer op Riagg-clieënten lijken dan op een doorsnee populatie.

De typering van de door ons onderzochte cliënten komt goed overeen met de over-all typering zoals we die vijf jaar geleden van de vrijgevestigde psychologen konden schetsen naar aanleiding van onze toenmalige enquête. Een top bij de dertig- tot vijftigjarigen, meer vrouwen dan mannen, relatief veel middelbaar en hoger opgeleiden, met angst, depressie en psychosomatiek als voornaamste klachten. Dit zijn enige aanwijzingen dat de onderzochte cliëntengroep geen vertekende selectie uit de populatie cliënten van vrijgevestigde psychologen is. Integendeel, de demografische opbouw van deze praktijk lijkt een keurige doorsnee van de psychologenpraktijk zoals die uit de enquête van 1987 bleek (Van Rooij & Verhaak, 1989). Een en ander maakt het waarschijnlijk dat we deze resultaten kunnen repliceren bij uitbreiding van de gegevensverzameling tot een representatief te achten aantal psychologenpraktijken.

Dit demografische beeld wijkt overigens in enkele opzichten af van het beeld dat we van AMW- en Riagg-populaties kennen. Leeftijd en geslacht komen redelijk overeen (hoewel de Riagg relatief meer mannen telt), maar de opleidingsgraad van de bezoekers van de psychologenpraktijk is hoger dan die van AMW en Riagg. De financieringswijze van de verschillende vormen van hulpverlening zou hierbij een rol kunnen spelen. De hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog werd ten tijde van het onderzoek niet of nauwelijks door ziekenfonds of AWBZ vergoed.

Qua problematiek (SCL-90, GHQ) zijn de onderzochte cliënten van de eerstelijnspsycholoog vergelijkbaar met de cliënten die zich bij het AMW aanmelden. De moeilijkheden waarin de cliënten van de onderscheiden instellingen verkeren, is slechts gradueel verschillend.

Discussie

De problematiek van de drie groepen cliënten mag overeenkomsten vertonen, in het hulpaanbod mag men daarentegen verschillen verwachten. Binnen de Riagg is sprake van een multidisciplinaire intake waarna een gevarieerd aanbod voorhanden is waarin alle mogelijkheden van ambulante behandeling en opvang aan de orde kunnen komen. Opvallend is dat in het algemeen de therapeut meer op verandering van de cliënt ge-

richt lijkt te zijn dan de cliënt zelf nodig vindt (Van de Sande, Van Hoof & Hutschemaekers, 1992). Het AMW heeft de neiging zichzelf te affichereren als een 'poor man's Riagg', en is meer ingesteld op snelle, directieve en ondersteunende actie die van kortere duur is dan de gemiddelde Riagg-interventie (De Vries & Bouwkamp, 1993).

Het aanbod van de eerstelijnspsycholoog heeft een aantal karakteristieken met het AMW gemeen: directief, kortdurend, gericht op het snel doen afnemen van de problematiek. In tegenstelling tot de algemeen maatschappelijk werkende echter, is een eerstelijnspsycholoog ook gespecialiseerd in psychodiagnostiek. Dit is een belangrijk extra wanneer het tevoren nog geen uitgemaakte zaak is of een cliënt uitsluitend met begeleiding en structurering kan worden geholpen of dat een dieper aangrijpende aanpak of aandacht voor specifieke elementen van de persoonlijkheid en/of klacht geïndiceerd zijn. Het publiek dat de eerstelijnspsycholoog trekt is ook hoger opgeleid en daarom misschien meer geneigd om door middel van verbale therapieën aan veranderingen 'te werken'.

Over huisartsenoordelen over diverse vormen van geestelijke gezondheidszorg is binnen het NIVEL het een en ander bekend op basis van enquête-onderzoek. De hulpverlening door Riaggs is door huisartsen lange tijd als problematisch ervaren: in 1985 vond 39% van ondervraagde huisartsen de wachttijd te lang, vond 38% de behandeling adequaat en vond 57% de organisatiestructuur niet inzichtelijk. Wachttijden van vrijgevestigde psychologen werden door 13% te lang bevonden terwijl de behandeling door 79% adequaat bevonden werd. Echter: slechts een kwart van de ondervraagde huisartsen konden met betrekking tot de psycholoog dat oordeel geven, omdat de anderen geen ervaring met vrijgevestigde psychologen hadden (De Ridder & Visser, 1987). In 1988-1989 werd deze enquête herhaald en vond 76% van de respondenten Riagg-behandeling adequaat (psycholoog: 94%); de wachttijd bij de Riagg werd door 60% van de respondenten negatief beoordeeld, die bij de vrijgevestigde psycholoog door 9%. In deze opzichten zijn de oordelen over het AMW min of meer vergelijkbaar met die over de psycholoog. Het gemiddelde rapportcijfer dat de huisarts aan de psycholoog gaf was een 7.1, de Algemeen Maatschappelijk Werker kreeg een 6.9 en de Riagg slechts een 5.9. (Verhaak, 1993) Echter, ook in deze laatste enquête geldt weer dat 40% van de respondenten de psycholoog buiten beschouwing lieten omdat ze geen enkele relatie met dergelijke vrijgevestigden onderhielden. Gegeven deze kennelijke behoefte van de huisarts aan een meer persoonlijk contact, liggen er mogelijkheden voor de eerstelijnspsycholoog op het moment dat men meer vrijheden inbouwt in het zorgverzekeringssysteem.

Mocht een huisarts de beschikking krijgen over een budget dat naar eigen inzicht besteed zou kunnen worden aan psychotherapie, of zou de gezondheidszorg op een andere wijze meer op een functionele omschrijving van het dienstenaanbod worden geschoeid, dan vormt de eerstelijnspsycholoog wellicht een aantrekkelijke kandidaat om patiënten naar te verwijzen die gebaat zijn bij een kortdurende psychotherapie; het AMW voor de mensen die op steun en begeleiding zijn aangewezen en de Riaggs en psychiatrie voor sterker gestoord gedrag. De persoonlijke samenwerking met de eerstelijnspsycholoog zou deze verwijsmogelijkheid vooral aantrekkelijk maken in gevallen waarbij het gaat om de interactie tussen lichamelijke reacties, emo-

tionele belevingen en gedragingen. Medische en psychosociale hulpverlening zou in een onderlinge afstemming kunnen worden geleverd.

Of deze gepostuleerde verschillen in werkwijze ook werkelijk optreden, moet blijken uit vervolgonderzoek. Het project rond de ene registrerende psychologenpraktijk is thans verbreed tot zeven praktijken (ongeveer zestien psychologen) en naast karakteristieken van cliënt en probleemaanbod worden ook kenmerken van het hulpverleningsproces meegenomen.

Literatuur

- Arrindel, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Broekhuizen, A. (1992). Eerstelijnspsycholoog: van opstapje naar belangrijke aanvulling. *Nieuwsblad Gezondheidszorg*, 8 februari 1992.
- Derksen, J.J.L. (1987). *De samenwerking tussen psycholoog en huisarts*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Friele, R. & Verhaak, P.F.M. (1991). *Vragen om problemen*. Utrecht: NIVEL.
- Friele, R. & Verhaak, P.F.M. (1992). *Vragen om veranderingen*. Utrecht: NIVEL.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hosman, C.M.H. (1983). *Psychosociale problemen en hulpzoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nederlands Instituut van Psychologen (1982). *De psycholoog in de eerstelijns I*. Amsterdam: NIP.
- Nederlands Instituut van Psychologen (1984). *De psycholoog in de eerstelijns II*. Amsterdam: NIP.
- Ridder, D. de & Visser, J. (1987). *Tussen de lijnen*. Utrecht: NcGv/NIVEL.
- Rooij, J. van & Verhaak, P.F.M. (1989). *Psychologen in de eerstelijns*. Utrecht: NIVEL.
- Sanavro, F.L. (1982). *Eindverslag Psychosociale hulpverlening*. Breda, Utrecht: NHI.
- Sande, R. van de, Hoof, F. van & Hutschemaekers, G. (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg*. Utrecht: NcGv.
- Schut, H. & Bensing, J.M. (1987). *Huisarts-psycholoog, psychologen over hun samenwerking met huisartsen*. Utrecht: NHI.
- Velden, J. van der, Bakker, D.H. de, Claessens, A.A.C.M. & Schellevis, F.G. (1991). *Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- Veldkamp, T.A. & Drunen, P. van (1988). *Psychologie als professie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verhaak, P.F.M. (1979). *Evaluatie SPEECH, een evaluatie van de samenwerking huisarts-psycholoog in Capelle a/d IJssel*. Utrecht: NHI.
- Verhaak, P.F.M. (1993). Referral of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practitioners*, 43, 203-208.
- VOG/AMW (1992). *Databank AMW Jaaroverzichten cliëntenregistratie Algemeen Maatschappelijk Werk*. VOG/AMW - Federatie Maatschappelijke Dienstverlening Limburg.
- Vries, S. de & Bouwkamp, R. (1993). *Psychosociale hulpverlening binnen het AMW*. Utrecht: NIZW.

Dr. P.F.M. Verhaak is projectleider van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Dr.Ir. R.D. Friele is projectleider bij hetzelfde instituut.

Mw.dr. M. Chatrou was ten tijde van het onderzoek eerstelijnspsycholoog bij Kruisvereniging Breda en is heden werkzaam als universitair docent aan de vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijke psychologie van de Rijksuniversiteit Leiden.