

DE GGZ-POORTWACHERSPOSITIE VAN DE HUISARTS

Ph.J.M. Heiligers
P.F.M. Verhaak

April 2000

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ph.J.M. Heiligers, P.F.M. Verhaak

De GGZ-Poortwachterspositie van de huisarts

Ph.J.M.Hieligers, P.F.M. Verhaak

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 2000

Met lit.opg.

ISBN 90-6905-465-5

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

Lay-out: Marcelle van der Meulen

Omslag: Mieke Cornelius

INHOUD

1	INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	
1.1	Inleiding	1
1.2.1	Samenwerking Huis-AMW	2
1.2.2	Samenwerking huisarts-eerstelijnspsycholoog	2
1.3	Doelstelling van het onderzoek	2
1.4	Probleemstelling en vraagstelling	4
2	METHODE	
2.1	Inleiding	7
2.2	De gegevens verzameling per patiënt	9
2.3	Steekproefkader van huisartsen, patiënten en hulpverleners	11
2.3.1	De huisartsen, selectie en kenmerken	11
2.3.2	De patiënten, selectie en kenmerken	13
2.3.3	De hulpverleners, benadering en kenmerken	15
2.4	Respons en non-respons	16
2.4.1	Respons en non-respons huisartsen	16
2.4.2	Respons en non-respons patiënten	17
2.4.2	Respons en non-respons hulpverleners	18
2.5	Vergelijkingspunten, relevante meetinstrumenten en variabelen	20
2.8	Samenvatting	24
3	VERSCHILLEN IN VERWIJZINGEN EN VERWIJSDIAGNOSEN	
3.1	Inleiding	25
3.2	Verwijsbestemming	26
3.3	Achtergrondkenmerken van verwezen patiënten	28
3.4	Verwijsbestemming gerelateerd aan de ernst van de belangrijkste stoornis	30
3.5	Verwijsdiagnosen van de huisartsen en diagnosestelling door hulpverleners binnen verschillende samenwerkingsverbanden	33
3.6	Motivering van de huisarts bij verwijzingen	38
3.7	Samenvatting	39

4	INFORMATIE VAN HUISARTS NAAR GGZ EN VICE VERSA	
4.1	Inleiding	43
4.2	Informatie-overdracht van de huisarts naar de hulpverlener bij verwijzing	43
4.3	Informatie-overdracht van de hulpverlener naar de huisarts	45
4.4	Samenvatting en conclusies	51
5	DUUR EN EFFECT VAN BEHANDELING EN DE MATE VAN TEVREDENHEID	
5.1	Inleiding	53
5.2	Wachttijd en duur behandeling	53
5.3	Gemeten effect van de GGZ-hulpverlening op de psychische gesteldheid	55
5.4	Gemeten effect van de GGZ-hulpverlening op de algemene gezondheid en fysieke gesteldheid	57
5.5	Gemeten effect van de GGZ hulpverlening op bezoek aan zorgverleners, medicatie en dagelijkse werkzaamheden	58
5.6	De waardering van de behandeling door patiënten	60
5.7	Samenvatting en conclusies	63
6	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	
6.1	Samenvatting	65
6.2.	Methodologische overwegingen	70
6.3	Conclusies	72
6.4	Aanbevelingen	74
	LITERATUUR	77
	Bijlagen	

VOORWOORD

Initiatiefnemers in 1997 voor een onderzoek naar de ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen waren Groningse eerstelijnspsychologen en de zorgverzekeraar RZG. Dit initiatief viel min of meer samen met de afronding van een onderzoek van het NIVEL naar de plaats en functie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de eerstelijns GGZ, waarin geconcludeerd werd dat ook het AMW een belangrijke ondersteuning voor de huisarts zou kunnen betekenen bij het vervullen van die functie. Besloten werd beide mogelijke vormen van ondersteuning uit te werken binnen één onderzoeksopzet.

Dit spoorde ook goed met toenmalige beleidsvoornemens. In het Jaaroverzicht Zorg 1997 werd reeds opgemerkt dat "in navolging van de poortwachterspositie van de huisarts in de somatische zorg ... deze poortwachterspositie ook ontwikkeld (zal) worden ten opzichte van de GGZ. Het ligt in de bedoeling de komende jaren via experimenten hieraan concreet invulling te geven. De beoogde versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts zal in samenhang geschieden met de relevante zorgaanbieders in de eerste lijn." (VWS 1996).

Dit alles heeft geleid tot de opdracht voor een onderzoek aan het NIVEL om na te gaan in welke mate reeds bestaande vormen van samenwerking tussen huisartsen en eerstelijns: ELP of AMW bijdragen aan de ondersteuning van poortwachterstaken van de huisarts bij de verwijzing van psychische problematiek.

In het najaar van 1997 is dit onderzoek van start gegaan en het onderzoeksproces is op een constructieve wijze gevolgd en geadviseerd door een begeleidingscommissie met daarin vertegenwoordigers van de belangrijkste betrokkenen in de uitvoerende praktijken. Vertegenwoordigd waren: het Ministerie van VWS, Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen, VOG/sectie AMW, GGZ Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging, Trimbos Instituut, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, RZG Groningen.

Op deze plaats willen we alle leden van de begeleidingscommissie bedanken voor hun bijdrage en inzet om dit onderzoek op een geslaagde wijze te kunnen afronden.

1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

1.1 Inleiding

De meeste psychische problemen dienen zich in eerste instantie -al dan niet in ver- hulde vorm- aan in de huisarts praktijk (vgl. Goldberg en Huxley, 1992; Ormel e.a., 1991; Verhaak e.a., 1995). Ongeveer 8% van de hulpvragen die patiënten aan huisartsen stellen zijn in psychische of sociale termen gesteld. Bij een veelvoud van de somatische hulpvragen is de huisarts van mening dat psychosociale aspecten ook een rol spelen (Verhaak, 1986, 1995). Jaarlijks stelt de huisarts bij 17% van zijn patiënten een diagnose van psychische of sociale aard (Lamberts, 1991).

Epidemiologisch onderzoek wijst erop dat bij een kwart van de bevolking en een derde van de huisartsbezoekers sprake is van psychische problemen (Bijl et al. 1997, van Beekman e. a., 1994). Het percentage van de psychische diagnoses dat een huisarts naar de GGZ verwijst, varieert tussen verschillende huisartsen van 2% tot 5% (Verhaak, 1995). Gemiddeld verwijst een huisarts per jaar ongeveer 40 patiënten met psychische problemen, waarvan 13 naar het AMW, 13 naar de RIAGG, 7 naar vrijgevestigde psychologen en 7 naar de psychiater (vrijgevestigd, poliklinisch en APZ-opname), (Verhaak e.a., 1997). De verwijzingen van huisartsen naar de GGZ zijn de afgelopen 25 jaar in aantal sterk toegenomen (Verhaak e. a., 2000).

Als gevolg van deze ontwikkelingen is de vraag om hulp in de ambulante GGZ (RIAGGs, poli's psychiatrie, PAAZ) sterker gegroeid dan in de eerstelijns. Behalve dat de hulpvraag in kwantitatieve zin is toegenomen, is er ook sprake van een toenemende complexiteit van de hulpvraag, o.a. door verkorting van de opnameduur en sneller ontslag van psychiatrische patiënten. Het gevolg is het ontstaan van wachtlijsten en zorgvershraling in de ambulante GGZ.

In de beleidsvisie GGZ en de brief aan de Tweede Kamer (VWS, 1999) wordt reeds aangegeven dat de rol van de huisarts versterkt zal worden en tevens wordt beoogd de toegang tot de gespecialiseerde GGZ adequaat te structureren. Dit wordt verrat in de term "GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts". Dit voornemen zou er toe moeten bijdragen dat sneller een passend zorgaanbod aan mensen met psychische problemen kan worden gedaan. De premisse daarbij is dat 'stepped care' op een verantwoorde wijze in de praktijk gebracht wordt: patiënten met psychische problemen die naar de eerstelijns verwezen kunnen worden, moeten ook daar terecht komen, en naar de tweede lijn wordt slechts verwezen waar dat echt nodig is.

De huisarts praktijk is de plaats waar, naast het AMW, eerste opvang, zo mogelijk behandeling en eventueel doorverwijzing plaatsvindt. Een taak die de LHV bij monde van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH, 1995) heeft onderschreven. Deze taak vereist echter van de huisarts dat deze een goed onderscheid kan maken tussen patiënten die binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden en patiënten die gespecialiseerde hulp nodig hebben, zoals de ambulante GGZ kan bieden. In dit opzicht kan de huisarts terzijde gestaan worden door middel van consultatie vanuit de AGGZ zoals deze sinds najaar 1999 wordt aangeboden, gesteund door extra gelden die de minister hiervoor ter beschikking heeft gesteld.

De taak vereist ook dat de huisarts binnen de eerstelijns mogelijkheden heeft om patiënten te verwijzen, die niet in aanmerking komen voor AGGZ behandeling, maar te veel tijd en specifieke vaardigheden vereisen om door de huisarts behandeld te kunnen worden.

In het hier beschreven onderzoek is nagegaan in hoeverre AMW en Eerstelijnspsycholoog (ELP) die mogelijkheden biedt

1.1.1 Samenwerking huisarts-AMW

Sinds de jaren '60 is samenwerking tussen huisarts en AMW bepleit, hetgeen in de jaren '70 en '80 tot een constante groei van deze samenwerkingsrelatie heeft geleid. Momenteel werken huisartsen en AMW onder één dak in ongeveer 150 gezondheidscentra (643 huisartsen en 303 AMW-ers in 1998: Hingstman en Hoekstra, 1998) en 600 hometeams (waarin in 1992 ruim 1500 huisartsen en 800 AMW-ers participeerden: Hingstman en Harmsen, 1994). Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen aanzienlijk meer dan het landelijk gemiddelde naar het AMW en evalueren deze vorm van hulp ook positiever (Verhaak e.a., 1997). Het AMW wordt betaald door de gemeenten en stond de afgelopen jaren in een aantal gevallen onder druk om de oriëntatie op de geestelijke gezondheidszorg te verminderen, hoewel dit uit haar handelen tot nu toe niet tot uitdrukking is gekomen. Wel is het zo dat het afgelopen decennium het volume aan AMW (en noodgedwongen ook de output) min of meer constant bleef (De Rijk e.a., 1999). In haar recente maatregelen, aangekondigd in de Beleidsvisie GGZ en in de brief aan de Tweede Kamer (1999), heeft de minister extra middelen voor het AMW toegezegd die vanaf 2000 beschikbaar komen.

Ongeveer 30% van de cliëntèle van het AMW komt via een verwijzing door de huisarts bij het AMW, ruim 40% komt op eigen initiatief (vaak zijn dit ook al van eerdere contacten bekende cliënten) en 30% op verwijzing van andere hulp- of dienstverleners (VOG, 2000).

1.1.2 Samenwerking huisarts-eerstelijnspsycholoog

Sinds ongeveer vijftientig jaar zijn eerstelijnspsychologen werkzaam in de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg. Het betreft zelfstandig gevestigde psychologen die hun cliënten hoofdzakelijk op verwijzing van huisartsen krijgen en deze in het algemeen door middel van kortdurende therapieën (gemiddeld 8 en maximaal 15 zittingen) behandelen. Sinds het midden van de jaren '80 zijn eerstelijnspsychologen georganiseerd en sinds 1997 verenigd in een aparte vereniging, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. "Eerstelijnspsycholoog" is een aparte kwalificatie, waarvan het NIP -het Nederlands Instituut van Psychologen- de registraties coördineert. Vanaf het begin van de jaren '90 is de toestroom naar eerstelijnspsychologen stijgend (De Rijk et al., 1999).

Een belangrijk deel van deze aanmeldingen is van huisartsen afkomstig is: ruim 85% (Hutschemaekers & van de Camp, 1999). Veelal is dit een voorwaarde om behandeling door de ELP vergoed te krijgen. De meeste ziektekostenverzekeraars vergoeden een bepaald aantal zittingen door een eerstelijnspsycholoog aan verzekerden die een aanvullend pakket hebben. Begin 1999 zijn er 760 gekwalificeerde eerstelijnspsychologen (Jaarverslag 1998, NIP).

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het onderzoek dat we in dit rapport beschrijven heeft als doel om zichtbaar te maken of de GGZ-poortwachtersfunctie beter gerealiseerd kan worden wanneer er sprake is van een goede samenwerking tussen huisarts en eerstelijns hulpverleners op het gebied van de GGZ, de eerstelijns psycholoog (ELP) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW). We zullen deze doelstelling in het onderstaande nader uitwerken.

Een goede realisatie van de GGZ-poortwachtersfunctie houdt in dat patiënten die in de eerstelijns behandeld kunnen worden daar een behandeling krijgen die tot een even goed resultaat leidt als de meer gespecialiseerde AGGZ (RIAGG polikliniek, psychiater) had kunnen bieden. Dit wordt bevorderd wanneer de huisarts diè patiënten binnen de eerstelijns verwijst die daar ook baat bij zullen hebben. Een goede realisatie van de GGZ-poortwachtersfunctie houdt tevens in dat er een goede selectie van naar de AGGZ te verwijzen patiënten plaatsvindt.

De achterliggende gedachte van het hier beschreven onderzoek is, dat een reguliere samenwerking tussen huisarts en AMW respectievelijk ELP, resulterend in een goede bekendheid over en weer, ertoe bijdraagt dat de patiënten op de juiste plaats terecht komen. Degenen die gespecialiseerde behandeling behoeven komen terecht bij de gespecialiseerde AGGZ, degenen die gebaat zijn bij generalistische GGZ-hulp maar wel extra know how dan wel tijdsinvestering vergen komen bij het AMW of de ELP en patiënten waarbij volstaan kan worden met aandacht en eenvoudige begeleiding bij de huisarts (overeenkomstig de NHG-standaarden over psychische problematiek).

Daarom worden in dit onderzoek verwijzingen van patiënten met psychische problemen van huisartsen in drie situaties vergeleken. Huisartsen die regelmatig samenwerken met AMW, huisartsen die regelmatig samenwerken met ELP en huisartsen die geen regelmatige samenwerking met deze beide instanties kennen. Patiënten die niet verwezen worden en uitsluitend begeleid worden door de huisarts, zullen niet in dit onderzoek betrokken worden. De drie genoemde situaties worden vergeleken op de volgende punten:

De verwijsstroom: waarheen worden welke patiënten met welke psychische problemen verwezen. Uit de vergelijking van de drie situaties zal moeten blijken of in geval van samenwerking binnen de eerstelijns meer psychische problemen binnen de eerstelijns verwezen kunnen worden. Ook zal nagegaan worden of er een specificatie mogelijk is op het gebied van patiënt- en probleemkenmerken waarvoor ELP dan wel AMW bij uitstek een goed alternatief voor de AGGZ biedt.

Uit een vergelijking van de verwijsstromen kan eveneens afgeleid worden of een toename van GGZ-hulpverlening binnen de eerstelijns geen aanzuigende werking heeft, in die zin, dat er veel naar het AMW of de ELP wordt verwezen, zonder dat de stroom naar de AGGZ nu afneemt.

De onderlinge **informatieoverdracht/bekendheid**. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de mate waarin men in een regulier samenwerkingsverband erin slaagt tot een gemeenschappelijke taal te komen.

Ook is het wezenlijk voor het goed vervullen van een GGZ-poortwachtersfunctie dat de poortwachter weet wat sterke en zwakke kanten van potentiële verwijsmogelijkheden zijn. Onze hypothese is, dat naarmate onderlinge contacten en onderlinge

bekendheid toenemen ook een beter gemeenschappelijk inzicht ontstaat in criteria om wel of juist niet naar een bepaalde instantie te verwijzen. Naarmate men elkaar beter leert kennen, gaat men aangeboden psychopathologie ook meer in een gemeenschappelijk idioom benoemen, waarbij geen misverstanden bestaan over wat verschillende instanties voor mogelijkheden bij die problematiek hebben. Het uiteindelijk resultaat zou kunnen zijn dat regelmatige feedback leidt tot beter gerichte verwijzingen die daardoor ook succesvoller zijn.

Het **resultaat van de verwijzing** in termen van tevredenheid van de patiënt, verandering in psychopathologie en gebruik maken van medische voorzieningen na behandeling is het derde punt waarop de GGZ-verwijzingen al dan niet samenwerkende huisartsen vergeleken worden. Immers, de bedoeling van de GGZ-poortwachtersfunctie is enerzijds om meer GGZ-problemen binnen de eerstelijns te kunnen behandelen, maar anderzijds zal dit moeten geschieden bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg.

1.3 Probleemstelling en vraagstellingen

In welke mate de ondersteuning van de huisarts door AMW en ELP succesvol is, zal op basis van de onderstaande aandachtspunten kunnen blijken.

In de eerste plaats wordt nagegaan of de eerstelijnspartners patiënten in behandeling nemen die anders naar de 2e-lijn GGZ (RIAGG polikliniek) zouden gaan. Een mogelijke toename van de verwijzingen naar de eerstelijns zal dus het gevolg moeten zijn van een adequate selectie, waarbij patiënten met psychische problematiek die in de eerstelijns behandeld kunnen worden niet naar de tweede lijn gaan. In dit verband is het van belang na te gaan, of de samenwerking er niet toe leidt dat mogelijke toename van verwijzingen naar de 1e-lijn veroorzaakt wordt door extra cliënten, die anders door de huisarts zouden worden behandeld.

Een tweede aandachtspunt is een goede differentiatie tussen patiënten die binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden en patiënten die gespecialiseerde behandeling in de AGGZ behoeven. Verondersteld kan worden dat door de samenwerking de communicatie en informatie-uitwisseling met de huisarts in de 1e-lijn beter zal verlopen in vergelijking met de contacten naar de verderafgelegen 2e-lijn. Bekeken zal worden of dat frequenter contact gepaard gaat met een gemeenschappelijker begrippenkader waar het psychische problematiek betreft.

Ten slotte zal uit de vergelijking van de resultaten van de hulp bij cliënten in de eerstelijns tegenover cliënten behandeld in de tweedelijns naar voren moeten komen of er kwalitatief een vergelijkbaar resultaat bereikt werd.

Gebaseerd op deze uitgangspunten luidt de **probleemstelling** van dit onderzoek:

In welke mate draagt samenwerking binnen de eerstelijns bij aan een betere diagnosticering, doorverwijzing en behandeling van psychische problematiek door de eerstelijns én aan de ondersteuning van de huisarts?

Deze probleemstelling is in concrete vraagstellingen verwoord, die in de resultaat-
hoofdstukken besproken worden:

* in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de verwijsbestemmingen en de verwijfsdiagnosen
en de vraagstellingen voor dit hoofdstuk zijn:

- 'Zijn er in locaties waar de huisarts samenwerkt met de eerstelijns (ELP, AMW) meer of extra verwijfsingen in vergelijking met de situatie waarin de huisarts niet samenwerkt met de eerstelijns (ELP, AMW)?'
- 'Is er verschil in de wijze waarop samenwerkende en niet samenwerkende artsen differentiëren naar de ernst van de stoornis?'
- 'Wordt er door de huisartsen een goed onderscheid gemaakt tussen hetgeen in het eerstelijns-circuit behandeld kan worden en hetgeen een specialistische behandeling nodig heeft?'

* in hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de informatie-overdracht tussen huisarts en
hulpverlener en zullen de volgende vraagstellingen beantwoord worden:

- 'In hoeverre is er een verschil in de informatie-overdracht bij verwijfsingen naar ELP, AMW of AGGZ tussen de huisartsen die samenwerken met de eerstelijns (ELP, AMW) en de huisartsen die niet samenwerken?'
- 'In hoeverre is er een verschil in de mate waarin hulpverleners uit de samenwerkingslocaties tijdens en na afloop van de behandeling de huisarts informeren over de voortgang en resultaten van de behandeling in vergelijking met hulpverleners uit de locaties waar niet wordt samengewerkt tussen huisarts en eerstelijns (ELP, AMW)?'

* in hoofdstuk 5 zal worden ingegaan op aantoonbare effecten van de behandeling
bij ELP, AMW en AGGZ, en de waardering van de hulpverlening aan de hand van
de volgende vraagstellingen:

- 'Hoe is het effect van de verkregen hulp op psychisch welzijn en algemene gezondheid en sociaal functioneren van de verwezen patiënten en wat is het effect van deze hulp op het gebruik van de somatische zorg?'
- 'In welke mate waarderen patiënten de ontvangen hulp bij ELP, AMW en AGGZ en wat is het effect op hun dagelijkse activiteiten?'

2 METHODE

2.1 Inleiding

In dit onderzoek zijn huisartsen in drie verschillende settings benaderd: een setting waarin sprake is van substantiële samenwerking met eerstelijnspsychologen. Dit betrof locaties waar een of enkele ELPs samenwerken met een of enkele Huisartsengroepen (Hagro's) in een regio. De tweede setting betrof locaties waarin huisartsen en het AMW een goed omschreven samenwerkingsrelatie (gezondheidscentrum en home-team) hebben. En tenslotte betrof de derde setting huisartsenlocaties waarbinnen de huisartsen geen vorm van samenwerking onderhielden met de eerstelijns-GGZ.

Het onderzoek is noodgedwongen beschrijvend van aard. Het gaat om observationeel onderzoek waarbij een aantal bestaande situaties systematisch aan de hand van dezelfde parameters beschreven worden.

Met behulp van deze opzet is het mogelijk om in beeld te brengen welke extra's eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers te bieden hebben boven een situatie waarin de huisarts vooral op de (A)GGZ is aangewezen.

Er is echter geen sprake van een experiment, in de methodologische zin van het woord. De huisartsen die onderzocht worden zijn niet at random aan een bepaalde samenwerkingsvariant toebedeeld. Dit betekent dat resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd mogen worden naar situaties waarin huisartsen de betreffende samenwerking (nog) niet kennen. Wanneer we bijvoorbeeld zouden vinden dat huisartsen die intensief met het AMW samenwerken regelmatig feedback krijgen over verwezen patiënten, is dat nog geen garantie dat wanneer deze samenwerking door middel van extra financiering landelijk geïntroduceerd wordt, ook in nieuwe situaties per definitie van regelmatige feedback sprake zal zijn. Het kan namelijk zo zijn dat bijvoorbeeld in de geselecteerde onderzoekslocatie de samenwerking al zo lang beklijft vanwege die goede feedback. Goede feedback is dan niet het gevolg maar de oorzaak van de samenwerking.

Het onderzoek vond plaats in een aantal regio's, waarin samengewerkt werd met ELP's of AMW-ers en referentieregio's, waarin huisartsen geen reguliere samenwerking kennen. In deze regio's werden alle patiënten gevolgd die verwezen zijn naar de GGZ in de breedste zin van het woord. Dit houdt in dat in het kader van dit onderzoek een GGZ-verwijzing zowel een verwijzing vanwege psychische problematiek naar het AMW of de Eerstelijnspsycholoog, als naar de AGGZ, vrijgevestigd psychiater of psychotherapeut en naar intramurale zorg wordt verstaan.

Onder GGZ-behandeling worden in dit verslag alle behandelingen in het kader van een GGZ-verwijzing verstaan.

Van alle patiënten werd vanaf de verwijzing informatie m.b.t. die verwijzing verzameld. Die informatie werd zowel bij de huisartsen, de patiënten als de hulpverleners verzameld.

Het betreft:

1. Een registratieformulier (bijlage 1) dat door de **huisarts** ingevuld werd voor elke verwijzing naar de GGZ. De huisarts legt bij verwijzing vast:
 - verwijsbestemming
 - verwijsdiagnose
 - ernst van de stoornis
 - motivering voor verwijzing.

- Een afsluitingsformulier (bijlage 6) voor de **huisarts** na een periode van ongeveer 6 maanden. Verondersteld kan worden dat de behandeling van de verwezen patiënt na die periode vergevorderd dan wel afgerond zal zijn. Bij deze afsluiting werden aan de huisarts vragen gesteld over:
 - de feedback die per patiënt is ontvangen vanuit de GGZ
 - de tevredenheid over de behandeling van de patiënt.

- Bij de **patiënten** die instemden met deelname aan het onderzoek werden direct na de verwijzing schriftelijk de volgende vragenlijsten afgenomen (bijlage 2):
 - de GHQ-30, een meetinstrument voor psychische gesteldheid
 - de RAND-36, een meetinstrument voor algemene gezondheid en sociaal functioneren
 - een vragenlijst medische consumptie.

4. De **patiënt** werd na afloop van de GGZ-verwijzing ondervraagd over (bijlage 5):
 - een evaluatieve vragenlijst betreffende de waardering van de GGZ-behandeling
 - de GHQ-30, een meetinstrument voor psychische gesteldheid
 - de RAND-36, een meetinstrument voor algemene gezondheid en sociaal functioneren
 - een vragenlijst medische consumptie.

5. De behandelend **GGZ-therapeut** werd per patiënt na de verwijzing middels een telefonisch interview ondervraagd over de kwaliteit van de indicatiestelling (bijlage 3):
 - de informatie-overdracht van de huisarts
 - de diagnosestelling.

6. Na afloop van de behandeling werd de behandelend **GGZ-therapeut** gevraagd naar (bijlage 4):
 - de informatie-overdracht en feedback naar de huisarts
 - de tevredenheid van de patiënt.

De hier genoemde instrumenten zullen in par. 2.4 besproken worden.

2.2 De gegevensverzameling per patiënt

De procedure van gegevensverzameling per patiënt is uitgezet in het schema in figuur 2.1. Daar is te zien in welke volgorde en op welke tijdstippen de participanten in dit onderzoek benaderd werden. Het betreft de situatie waarin een patiënt toestemming heeft gegeven voor participatie aan het onderzoek (het invullen van de vragenlijsten). Daarnaast heeft elke patiënt volgens de procedure ook toestemming gegeven om de behandelend hulpverlener te benaderen. Indien de patiënt aan alle fasen in het onderzoek wil meewerken, kan er een complete set gegevens verzameld worden bij huisarts, patiënt en hulpverlener (zie bijlage 1 tot en met 6). In de uitvoering van het onderzoek zijn er echter diverse vormen van gedeeltelijke participatie voorgekomen. Deze verschillende vormen worden besproken bij de weergave van respons en non-responsgegevens van elke groep participanten in dit onderzoek: huisartsen, patiënten en hulpverleners.

Het totale proces per patiënt beslaat in de meest ideale vorm een jaar tijd. De procedure start op het moment dat een deelnemende huisarts besluit een patiënt te verwijzen naar een GGZ-instantie in de eerste of de tweede lijn. Tijdens dit consult verzoekt de huisarts de patiënt om mee te doen aan het onderzoek. Daarbij krijgt de patiënt een door de onderzoekers opgestelde informatiebrief voorgelegd en indien de patiënt toestemt ondertekent hij/zij het informed-consent-formulier (zie bijlage 7: patiënt-informatie).

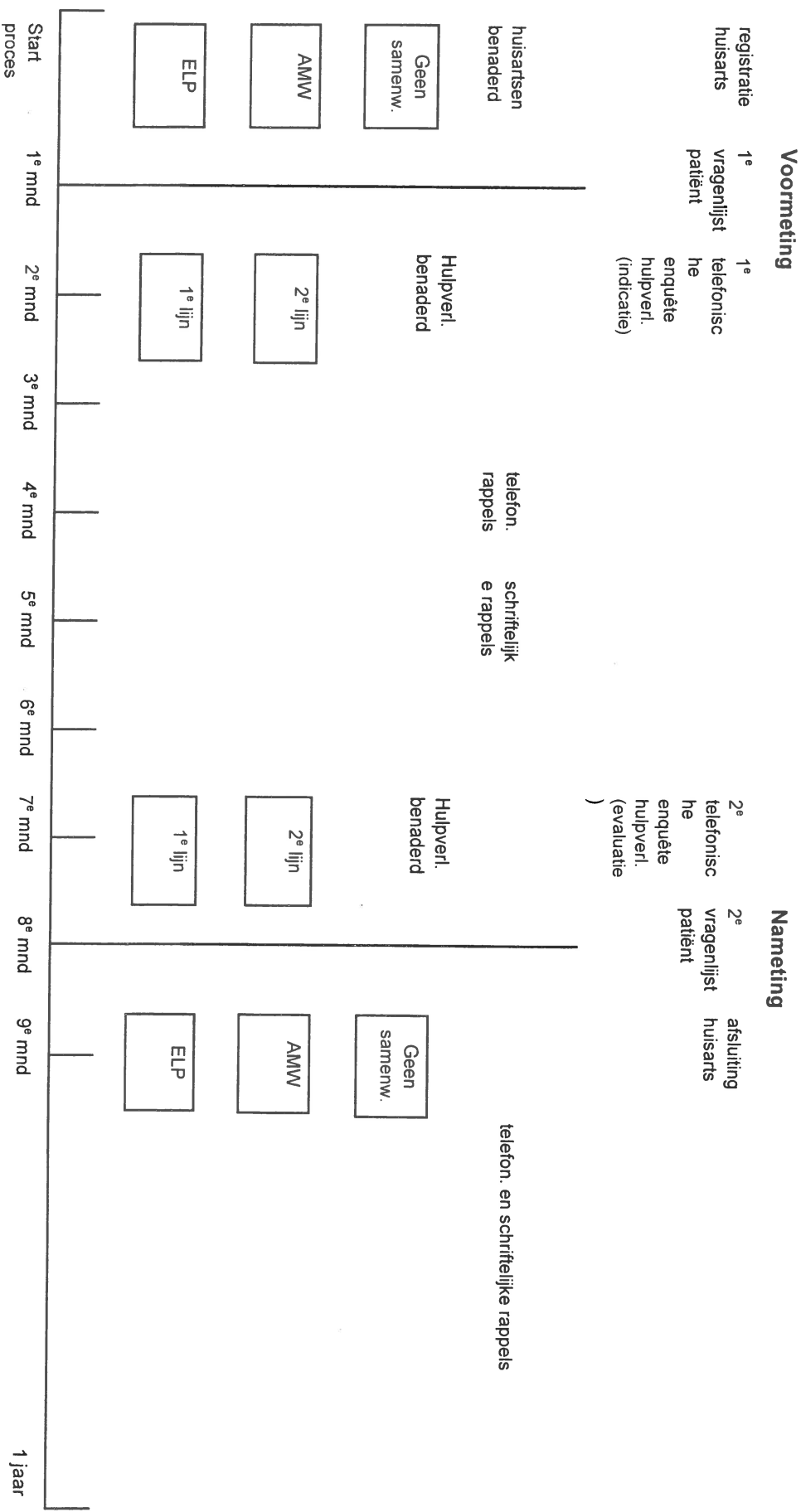
Na het consult vult de huisarts het voor hem bedoelde registratieformulier (bijlage 1) in met de verwijzingsgegevens. Dit formulier stuurt de huisarts samen met het ondertekende instemmingsformulier van de patiënt toe aan de onderzoekers. In het geval dat de patiënt geen toestemming geeft voor participatie wordt de verwezen patiënt anoniem (op nummer) door de huisarts aangemeld, waarbij eveneens het registratieformulier gebruikt kan worden. Op deze wijze kan het totale aantal verwezen patiënten worden geregistreerd.

Direct na binnenkomst van de registratie door de huisarts verzendt de onderzoeker een vragenlijst naar de patiënt (voormeting: 1e vragenlijst). Samen met deze vragenlijst ontvangt de patiënt tevens een toestemmingsformulier betreffende de benadering van de hulpverlener (zie bijlage 8). Indien de patiënt akkoord gaat, geeft hij/zij hiermee toestemming om de behandelend hulpverlener te benaderen met vragen over de informatie-overdracht tussen de huisarts en de hulpverlener.

Vanaf het moment dat de patiënt de eerste vragenlijst terugstuurt, vergezeld van de toestemming voor de hulpverlener, start de onderzoeker de benadering van de hulpverlener. Dit gebeurde meestal in de tweede maand na de aanmelding van de patiënt via de registratie van de huisarts. Het benaderen van de hulpverlener was veelal een intensieve taak, omdat per verwijzingsbestemming nog nagegaan moest worden op welke locatie en bij welke hulpverlener de verwezen patiënt terechtgekomen was (voor een nadere toelichting zie 2.5.3 :benadering hulpverlener).

Nadat duidelijk geworden is, wie de hulpverlener van de verwezen patiënt is, wordt de hulpverlener telefonisch benaderd. Dit gebeurt -overeenkomstig de afspraak met de organisatie- rechtstreeks of via een contactpersoon. Dan wordt de eerste telefonische enquête (bijlage 3) met de behandelend hulpverlener gehouden. Tijdens het eerste telefonische contact met een hulpverlener wordt het onderzoeksproject (doel en aard) nog nader toegelicht, evenals de strekking van de telefonische enquête.

Figuur 2.1
Gegevensverzameling poortwachterspositie huisarts naar GGZ per patiënt



Na de verzameling van gegevens van de drie verschillende participanten: de registratie van de huisarts, de 1e vragenlijst van de patiënt en de 1e telefonische enquête met de hulpverlener is de voormeting afgerond. Voor de patiënt is dit de periode waarin de behandeling plaatsvindt. In het onderzoek worden in deze fase tussen voor- en nameting schriftelijke en telefonische reminders verricht naar patiënten en hulpverleners die nog niet de gegevens van de voormeting verstrekten. Daarnaast werden ook de huisartsen regelmatig herinnerd aan hun participatie om te voorkomen dat er GGZ-verwijzingen vergeten werden.

Na ongeveer 6 maanden vanaf de registratie van een verwezen patiënt wordt door de onderzoekers de nameting gestart door de hulpverlener te benaderen met de tweede telefonische enquête (bijlage 4). Indien de behandeling beëindigd is, worden de evaluerende vragen met de hulpverlener doorgenomen. De volgende stap in de nameting is het toezenden van de tweede vragenlijst aan de patiënt (bijlage 5) en tevens wordt dan ook het evaluatieformulier naar de huisarts (bijlage 6) verzonden.

De totale procedure zoals hier beschreven betreft alle activiteiten met betrekking tot één aangemelde patiënt. Voor alle aangemelde patiënten die toestemming verleenden werd dit traject gevolgd.

De participerende huisartsen hebben gedurende een jaar alle patiënten die door hen verwezen werden naar de GGZ bij het onderzoek aangemeld.

2.3 Steekproefkader van huisartsen, patiënten en hulpverleners

De selectie en belangrijkste kenmerken van elk van de drie groepen participanten in het onderzoek: huisartsen, patiënten en hulpverleners worden hier achtereenvolgens besproken.

2.3.1 De huisartsen, selectie en kenmerken

De selectieprocedure bij huisartsen

De selectie van de huisartsen was gericht op een voldoende vertegenwoordiging van de drie onderscheiden vergelijkings-categorieën in het onderzoek:

- huisartsen samenwerkend met de eerstelijnspsychologen,
- huisartsen samenwerkend met het AMW,
- huisartsen die geen samenwerkingsverband hebben met de GGZ.

Bij de selectie van participanten in dit onderzoek waren huisartsen, gezien de belangrijke registratie- en aanmeldingsfunctie in dit onderzoek het eerste aanspreekpunt. Dit wil zeggen dat in eerste instantie de huisartsen met deelname van een geselecteerde locatie akkoord moesten gaan.

Geselecteerde locaties betroffen een of enkele Huisartsengroepen (Hagro's) in een regio, of huisartsen participierend in een hometeam of gezondheidscentrum. Bij de selectie van samenwerkingslocaties (met ELP en AMW) waren ook de samenwerkingspartners van begin af aan bij de besluitvorming rondom deelname betrokken. In feite is de eerste benadering van deze samenwerkingslocaties vaak gelopen via de GGZ-partners in de eerstelijns. De onderzoekers hebben na overleg met ingewijden in het veld ELP- en AMW-locaties benaderd, die een samenwerkingsrelatie onderhielden met de huisarts.

Bij de ELP-locaties zijn de eerstelijnspsychologen onder andere benaderd met hulp en bemiddeling vanuit de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Voor de selectie van de AMW-locaties is een oproep gedaan via een mailing aan AMW-ers in hometeams en gezondheidscentra. Op deze laatste oproep kwamen meer reacties dan verwacht en hebben de onderzoekers een selectie gepleegd (naar landelijke spreiding en urbanisatiegraad). Bij de eerstelijns-samenwerkingslocaties hebben de GGZ-partners (ELP en AMW) in overleg met de huisartsen in hun samenwerkingsverband besloten tot deelname aan het onderzoek.

Bij de niet-samenwerkende huisartsen werden de locaties via een mailing vanuit de DHV's (District Huisartsen Vereniging) geselecteerd. Voorwaarde voor participatie was, dat men geen samenwerkingsrelatie had met GGZ-organisaties. Ook bij deze selectie hebben de onderzoekers gekozen naar landelijke spreiding en vertegenwoordiging van verschillende gradaties van urbanisatie.

De werving van huisartsengroepen vergde enige tijd van overleg en heeft ertoe geleid, dat de start van het onderzoek niet bij alle locaties op hetzelfde tijdstip plaatsvond. Nadat met een huisartsenlocatie overeengekomen was om te participeren, hebben de onderzoekers elke locatie bezocht, waarbij de onderzoeksprocedure uitgelegd werd en elke participerende huisarts een map ontving met de procedure op schrift en een eerste set van benodigde formulieren (registratieformulieren, informatiebrieven voor patiënten, instemmingsformulieren voor patiënten en retourveloppen van het NIVEL).

De benadering en selectie van huisartsengroepen heeft plaatsgevonden in de periode tussen 1 november 1997 en 15 juni 1998. Per 1 december 1997 zijn de eerste drie locaties van start gegaan met het insluiten van patiënten en de laatste locatie startte op 15 juni 1998.

Dit betekende dat de eerste groepen artsen van 1 december 1997 tot 1 december 1998 patiënten registreerden voor het onderzoek en de laatste groep artsen het registreren van patiënten verrichtte in de periode tussen 15 juni 1998 tot 15 juni 1999.

De laatste ingesloten patiënten -kort voor 15 juni 1999- zijn na een kortere periode weer voor de nameting benaderd (niet pas na 6 maanden), omdat het onderzoek eind januari 2000 moest zijn afgerond. Deze laatste groep patiënten is reeds na 3 maanden benaderd, hetgeen uiteraard invloed heeft gehad op de respons bij de nameting (zie respons en non-respons).

Kenmerken van de huisartsen

Bij de selectie van huisartsengroepen was op de eerste plaats de vertegenwoordiging van de drie onderscheiden vergelijkingsgroepen in het onderzoek van belang. In totaal hebben 11 huisartsengroepen deelgenomen en bij elkaar zaten er 54 participerende huisartsen in deze groepen (zie tabel 2.1). In enkele groepen hebben een paar huisartsen om diverse redenen de participatie niet kunnen waar maken. Dit gebeurde in een vroeg stadium van de deelname. Van deze artsen zijn geen gegevens opgenomen en zij staan niet in het overzicht van tabel 2.1.

Als belangrijkste selectiecriteria bij de bepaling van de deelnemende artsenlocaties werd gekozen voor een redelijke spreiding van de huisartsengroepen over het land en een vertegenwoordiging van verstedelijkte en plattelandsregio per vergelijkingsgroep.

Naast deze inhoudelijke selectiecriteria werd er door de onderzoekers op toegezien, dat er geen locaties in het onderzoek betrokken werden, waar reeds een ander intensief onderzoek verricht werd, hetzij bij de huisartsen of de GGZ-organisaties.

Tabel 2.1 Deelnemende artsen naar samenwerkingsverband en urbanisatiegraad

aantal huisartsgroepen en huisartsen	samenwerkend met eerstelijnspsychologen		samenwerkend met Alg.Maatsch. Werk		niet samenw. met GGZ		totaal
	verstedel. regio	plattel. regio	verstedel. regio	plattel. regio	verstedel. regio	plattel. regio	
aantal huisartsengroepen	2	1	2	4	1	1	11
aantal huisartsen totaal	5	8	10	18	6	7	54

De deelnemende **huisartsengroepen** waren als volgt vertegenwoordigd:

- 3 huisartsengroepen die samenwerken met eerstelijnspsychologen, waarvan 2 groepen in een verstedelijkt gebied met 5 deelnemende huisartsen en 1 groep in een plattelandsgedebied met in totaal 8 deelnemende huisartsen.
- 6 huisartsengroepen die samenwerken met AMW-ers, waarvan 2 in een verstedelijkt gebied met 10 deelnemende huisartsen en 4 in een plattelandsgedebied met in totaal 18 huisartsen.
- 2 huisartsengroepen die geen vorm van samenwerking met de GGZ onderhouden, 1 in een verstedelijkt gebied met 6 huisartsen en 1 in een landelijke regio met 7 huisartsen.

2.3.2 De patiënten, selectie en kenmerken

De selectieprocedure bij patiënten

De ingesloten patiëntenpopulatie bestaat uit 715 personen. Dit zijn alle patiënten die vanwege psychische problemen door de participerende huisartsen verwezen werden. Het betreft hier dus niet alle patiënten die psychische problemen gemeld hebben in de huisartsenpraktijk. Het zijn uitsluitend de patiënten waarvan de huisarts de klachten als psychisch benoemd heeft en vervolgens doorverwezen heeft naar de GGZ. Patiënten waarvan de huisarts de klacht niet als psychisch benoemd of herkend heeft, en ook patiënten met psychische klachten die de huisarts zelf in behandeling heeft genomen, zijn niet in dit onderzoek betrokken.

In- en exclusie criteria

Als exclusie criterium gelden leeftijd van de patiënt (het onderzoek beperkt zich tot volwassen patiënten van 18 tot 70 jaar) en het niet beheersen (mondeling en schriftelijk) van de Nederlandse taal. Deze exclusie criteria worden gebruikt om praktische redenen van onderzoekstechnische aard.

Kenmerken van de patiënten

Nadere gegevens zijn uitsluitend bekend over 53% van de verwezen populatie, omdat 47% van de patiënten of niet heeft ingestemd met participatie en anoniem aangemeld is, of bij nader inzien er van af heeft gezien om de toegezonden vragenlijst te beantwoorden (zie ook 'respons en non-respons').

De hier gepresenteerde patiëntgegevens betreffen dus slechts de 386 patiënten die participeerden in het onderzoek (zie tabel 2.2)

Tabel 2.2 Gegevens participerende patiëntpopulatie (N=386)

	allen (N=386)	mannen (N=111:29%)	vrouwen * (N=270:71%)	patiënten AGGZ ²⁾	
				M:41%	V:59%
Gemiddelde leeftijd	37 jaar	39 jaar	36 jaar ¹⁾	42 jaar	
Burgelijke staat:					
gehuwd	49%	48%	50% ¹⁾		
ongehuwd	36%	37%	35%		
gescheiden	12%	12%	12%		
weduwestaat	3%	3%	3%		
Opleidingsniveau:					
lagere opleiding	44%	36%	47% ¹⁾		
middelbare opleiding	38%	44%	36%	t/m middelbaar	68%
hogere opleiding	18%	20%	17%		32%

* van 5 personen is het geslacht onbekend

¹⁾ er zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen (χ^2 -toets)

²⁾ bron: 'Psychotherapie in getallen', G.Hutschemaekers, K. van de Camp, 1999

In de patiënten-populatie is het aantal vrouwen groter (71%) dan het aantal mannen (29%). De leeftijd is gemiddeld 37 jaar, de mannen zijn gemiddeld 3 jaar ouder dan de vrouwen. Bijna de helft van de populatie is gehuwd en ruim eenderde is ongehuwd. Gelet op het opleidingsniveau is 44% laag opgeleid en heeft 38% een middelbare opleiding. Mannen en vrouwen verschillen niet wat de demografische gegevens betreft. Als de patiënt-kenmerken van de onderzoekspopulatie vergeleken worden met recente landelijke cijfers (Hutschemaekers, van de Camp, 1999) valt op dat de gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie in de omvangrijkste leeftijd-klasse zit, waar dus het merendeel van cliënten in de GGZ in ons land toe behoren. Verder zijn de mannen in de onderzoekspopulatie ondervertegenwoordigd in vergelijking met de landelijke populatie-gegevens. Tenslotte zijn er in de onderzoekspopulatie minder hoog-opgeleiden (HBO en WO): 17%, tegenover 32% in de landelijke populatie cliënten in de GGZ.

In tabel 2.3 is de patiënten-populatie van de drie onderscheiden huisartsengroepen met elkaar vergeleken wat de demografische kenmerken betreft. Hieruit blijkt dat de patiënten van de artsen samenwerkend met de ELP en AMW en de patiënten van niet-samenwerkende artsen niet verschillen in leeftijd, sekse-verhouding, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

Tabel 2.3 Gegevens participerende patiëntpopulatie naar samenwerkingsverband (N=386)

	HA samenw. met ELP (N=56)	HA samenw. met AMW (N=241)	HA zonder samenw. GGZ (N=89)
Gemiddelde leeftijd	40 jaar	36 jaar	38 jaar ¹⁾
Sekse: Man	34%	29%	28% ¹⁾
Vrouw	66%	71%	72%
Burgelijke staat:			
gehuwd	53%	49%	48% ¹⁾
ongehuwd	31%	36%	38%
gescheiden	12%	12%	12%
weduwestaat	4%	3%	2%
Opleidingsniveau:			
lagere opleiding	63%	41%	41% ¹⁾
middelbare opleiding	28%	36%	48%
hogere opleiding	9%	23%	11%

¹⁾ er zijn geen significante verschillen tussen de patiënten-populaties van de drie huisartsen-populaties (χ^2 -toets)

2.3.3 De hulpverleners, benadering en kenmerken

De benadering van hulpverleners

Na de selectie en informatie aan huisartsen en door hen verwezen patiënten moesten ook de hulpverleners waarnaar verwezen werd op de hoogte gebracht worden van het onderzoek. Immers alleen de directe samenwerkingspartners in de eerste lijn (ELP of AMW) werden reeds samen met de huisartsen geïnformeerd over het onderzoek. Er werd een uitgebreide informatieronde gestart naar de bekendste GGZ-organisaties in de geselecteerde regio's. Dit proces van informatieverschaffing verliep hoofdzakelijk schriftelijk. De RIAGG's, Psychiatrische Ziekenhuizen of Poli's van psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen, naast de zelfstandig gevestigde psychiaters en psycho-therapeuten kregen informatie over het onderzoeksplan, de procedure van benadering en de inhoud van de telefonische enquêtes voor de hulpverleners. Vanzelfsprekend werd ook de eerstelijns hulpverlening benaderd als deze niet de reeds benaderde samenwerkingspartner van de huisarts betrof.

Aan alle benaderde instanties of personen werd gevraagd of zij aan het onderzoek wilden deelnemen, ingeval er een patiënt vanuit de participerende huisartslocatie naar hen verwezen werd. Indien zij daarin positief beslisten, werd ook gevraagd een contactpersoon voor het onderzoek aan te wijzen, die door de onderzoekers benaderd zou kunnen worden om te vernemen wie binnen de GGZ-organisatie de behandelend hulpverlener was. Per patiënt werd deze procedure gevolgd, hetgeen in de beginfase van het onderzoek veel telefonisch en schriftelijk overleg en informatieverschaffing inhield.

Na enkele maanden waren contactpersonen van grotere GGZ-organisaties (bijv. de RIAGG's) goed op de hoogte van de procedure en verliep het contact vertrouwd en efficiënt. Bij vrijgevestigden en kleinere organisaties die slechts eenmalig of enkele malen in de loop van het onderzoeksjaar benaderd werden, moest het onderzoek per contact toegelicht worden.

De meeste GGZ-organisaties en vrijevestigden reageerden positief op het verzoek tot deelname aan het onderzoek en benoemden een contactpersoon. Slechts twee vrijevestigden weigerden. Een van hen vanwege overbelasting en de tweede omdat hij bezwaren had tegen het 'promoten van ELP's ' ten koste van vrijevestigde psychiaters en psycho-therapeuten. Een van de benaderde RIAGG's kon slechts instemmen met deelname, als de hulpverleners niet telefonisch maar schriftelijk op enkele vaste data benaderd zouden worden. Aan deze wens zijn de onderzoekers tegemoet gekomen.

Kenmerken van hulpverleners

Zoals uit het bovenstaande blijkt, is de selectie van hulpverleners bepaald door de gekozen verwijsbestemmingen van de huisartsen. Dit betekent dat de onderzoekers op deze selectie geen invloed uitoefenden en geen initiële contacten legden. Een uitzondering hierop vormen de hulpverleners die in de geselecteerde huisartslocaties de samenwerkingspartners in de eerstelijns waren. Zij waren vanaf het moment van selectie bij de onderzoekers bekend. Zoals uit tabel 2.4 blijkt hebben in totaal 124 hulpverleners aan het onderzoek deelgenomen. Er hebben 33 eerstelijnspsychologen, 33 maatschappelijk werkers en 58 hulpverleners uit de overige GGZ geparticipeerd.

Tabel 2.4 Aantal hulpverleners naar samenwerkingsverband en naar verwijsbestemming (N=124)

Verwijsbestemming	Samenw. met ELP	Samenw. met AMW	Zonder samenw. GGZ	Totaal
Eerstelijnspsych.	12	14	7	33
AMW	-	28	5	33
Overige GGZ	9	32	17	58
Totaal	21	74	29	124

In de regio's waar de huisartsen niet samenwerken met het AMW zijn weinig maatschappelijk werkers bij het onderzoek betrokken. In de ELP-regio's waren ongeveer 6 tot 8 AMW-ers werkzaam, maar de huisartsen gaven bij navraag aan dat zij inderdaad weinig verwezen hadden naar het AMW.

Gemiddeld hebben de participerende hulpverleners voor 3 deelnemende patiënten de twee telefonische enquêtes beantwoord. In feite hebben de meeste hulpverleners voor 1 patiënt geparticipeerd, maar er waren ook enkele hulpverleners met een maximum van 15 deelnemende patiënten.

2.4 Respons en non-respons

2.4.1 Respons en non-respons huisartsen

Bij de 11 deelnemende huisartsengroepen hebben niet alle huisartsen die deel uitmaakten van die locaties in het onderzoek geparticipeerd. In totaal waren er 78 artsen aan de participerende locaties verbonden, waarvan er uiteindelijk 54 actief geparticipeerd hebben. Een deel van de niet-deelnemende artsen (6) gaven reeds bij de instructie-bijeenkomsten aan, dat zij het onderzoek bij nader inzien te intensief vonden. Vervolgens stopten nog 12 artsen na ongeveer 1 maand met dezelfde

argumentatie. Daarnaast zijn er 6 artsen later in het jaar gestopt met als redenen: ziekte, overbelasting en overlijden arts.

Van de artsen die wel geparticipeerd hebben, heeft een groot aantal zeer regelmatig de verwezen patiënten naar de GGZ aangemeld. Daarnaast waren er ook artsen die vaker een reminder nodig hadden; zij gaven aan dat zij van tijd tot tijd vergaten de verwezen patiënten aan te melden. Dit betekent dat de 715 aangemelde patiënten een ondergrens aangeven van het totaal aantal verwezen patiënten. Tijdens de telefonische reminders is aan huisartsen gevraagd of zij een schatting konden geven van het aantal patiënten dat zij niet aangemeld hadden. De meesten gaven aan dit niet te kunnen inschatten, vandaar dat het niet mogelijk is deze onder-rapportage nader te bepalen.

De registratie van verwezen patiënten door de huisartsen is het totaal (715 patiënten) op basis waarvan de overige onderzoeksgegevens verzameld zijn. Dit totaal is het referentiegetal voor de ingezonden evaluaties van huisartsen na beëindiging van de GGZ-behandeling van hun patiënten. De respons van de evaluaties van de huisartsen is op 92% uitgekomen. Het betreft een non-respons ten aanzien van 56 patiënten. Een derde van deze patiënten werden aan het einde van de insluitingsfase van het onderzoek, kort voor 15 juni 1999 nog ingesloten. De behandeling van deze patiënten was nog niet afgesloten toen het onderzoek werd afgerond. Dit betekent dat het voor de huisartsen van deze patiënten niet mogelijk was de evaluerende vragen te beantwoorden.

2.4.2 Respons en non-respons patiënten

Van het totale aantal verwezen patiënten heeft 54% deelgenomen aan het onderzoek (N=386). De participerende en niet-participerende patiënten zijn vergeleken binnen de drie onderscheiden onderzoeksgroepen: de huisartsen samenwerkend met de ELP, degenen die samenwerken met het AMW en de niet-samenwerkende artsen. De verhouding participerende en niet-participerende patiënten verschilt niet bij de drie onderscheiden huisartsengroepen (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5 Respons- en non-responsgroep van de patiëntpopulatie naar samenwerkingsverband (N=386)

	HA samenw. met ELP		HA samenw. met AMW		HA zonder samenw. GGZ		Totaal	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Participerende patiënten	51,4	56	57,4	241	47,8	89 *	54	386
Niet-participerende patiënten	48,6	53	42,6	179	52,2	97	46	329

* er zijn geen significante verschillen tussen de respons en non-responsgroep (χ^2 -toets)

Er zijn van de niet-participerende patiënten geen nadere persoonlijke gegevens bekend, omdat zij door de huisarts anoniem aangemeld werden. Er kan dus alleen geconstateerd worden dat er bij de drie onderscheiden huisartsgroepen de patiënten-respons vergelijkbaar is.

Bij de patiënten was er bij de nameting een hoge non-respons. Van de 386 participerende patiënten bij de voormeting hebben er 131 niet deelgenomen aan de nameting. Van 255 patiënten is er zowel een voor- als nameting verkregen (Tabel 2.6).

Tabel 2.6 Respons- en non-responsgroep bij voor- en nameting van de patiëntpopulatie

Respons en non-responscategorieën			N	%
Totaal aantal verwezen patiënten			715	100%
Non-respons voormeting :weigering patiënten	329	46%		
Non-respons nameting: geen 2e vragenlijst	131	18%		
Totale non-respons: voor-+nameting			<u>- 460</u>	<u>64%</u>
Respons nameting			255	36% ¹⁾

¹⁾er zijn geen significante verschillen tussen de respons- en non-responsgroep bij de nameting wat betreft de drie huisartsengroepen en de demografische gegevens, m.u.v. burgerlijke staat ($\chi^2=10.055$, $df=3$, $p=.02$)

De respons- en non-responsgroep bij de nameting konden wel met elkaar vergeleken worden op demografische gegevens, omdat bij de voormeting deze gegevens gevraagd werden. Beide groepen blijken niet te verschillen wat betreft leeftijd, sekse en opleiding. Wel is er een verschil in burgerlijke staat. Bij de responsgroep zijn meer gescheiden mensen en bij de non-responsgroep van de nameting meer gehuwden.

Evenals bij de vergelijking van respons en non-responsgroep bij de voormeting zijn er geen verschillen tussen respons- en non-responsgroep bij de nameting wat betreft de drie onderscheiden huisartsengroepen. Een van de redenen van de non-respons was, dat de behandeling nog niet was afgerond en men nog geen definitieve evaluatie kon geven. Uit de hulpverleners-registratie blijkt dat er nog 17 van de participerende patiënten in behandeling waren en er nog een patiënt op de wachtlijst stond op het moment dat het onderzoek afgesloten werd (zie overige non-respons bij hulpverleners).

2.4.3 Respons en non-respons hulpverleners

Van het totale aantal verwezen patiënten heeft 43% toestemming gegeven om de behandelend hulpverlener te benaderen. Het grootste deel van de patiënten dat geen toestemming verleende voor de hulpverlener had aangegeven helemaal niet aan het onderzoek mee te willen doen. Daar kwam nog een klein percentage bij dat wel zelf wilde participeren, maar geen toestemming gaf om de hulpverlener te benaderen (Tabel 2.7).

Tabel 2.7 Toestemming en weigering door patiënten betreffende participatie hulpverleners

Toestemming en weigering	N	%
Patiënten die eigen deelname weigeren	333	46.5
Patiënten die zelf deelnemen, maar participatie hulpverlener weigeren	18	2,5
Overige non-respons hulpverleners	59	8
Patiënten die toestemming gaven om hulpverlener te benaderen	<u>305</u>	<u>43</u>
Totaal aantal verwezen patiënten	715	100%

Naast het ontbreken van de toestemming van patiënten waren er nog bij 59 patiënten andere redenen, waardoor het contact met de hulpverlener niet tot stand kwam. De belangrijkste redenen voor deze overige non-respons werden geïnventariseerd (Tabel 2.8).

Tabel 2.8 Overige non-respons van hulpverleners bij voor en nameting samen (N=59)

Redenen voor non-respons	N
Patiënten die zich niet bij de hulpverlener gemeld hebben	8
Patiënten die nog niet in behandeling waren bij beëindiging onderzoek	1
Patiënten die tussentijds de hulpverlening afbraken	3
Patiënten waarvan bij evaluatie het dossier niet (meer) voorhanden was	7
Hulpverleners die andere baan hadden (en patiënt niet meer traceerbaar bleek)	3
Patiënten waarvan behandeling nog niet afgerond was bij beëindiging onderzoek	17
Anders	12 *
Onbekend	8

* o.a. ziekte hulpverlener, overlijden patiënt

Uit deze inventarisatie van non-respons blijkt, dat voor een kleine 20 patiënten de afronding van het onderzoek te vroeg kwam: hun behandeling liep nog door of moest in een geval nog starten. Verder betrof het patiënten (11) die uiteindelijk niet naar de hulpverlening toekwamen of de hulpverlening afbraken. Daarnaast waren er redenen die samenhangen met de hulpverlener-(organisatie): het zoekraken van dossiers en verandering van baan (10).

De hiervoor genoemde overige non-respons betrof zowel de participatie van hulpverleners bij de voor-, als de nameting: in totaal werden er van 59 patiënten geen gegevens verstrekt. In tabel 2.9 is nog nagegaan hoe groot de het verschil in respons tussen voor- en nameting is. Dan blijkt dat er bij de nameting er over 37 patiënten geen gegevens verstrekt werden. Er is geen verschil in participatie tussen hulpverleners betreffende informatie over patiënten bij de voormeting en de nameting deelnamen, gelet op de drie typen huisartslocaties in dit onderzoek.

Tabel 2.9 Responsverschil hulpverleners naar patiënten-aantallen waarover zij informatie verstrekten, bij voor- en nameting naar samenwerkingsverband

	Voormeting N	Nameting N	Vershil N
* Particip. hulpverleners naar pat.-aantallen vanuit samenwerkingslocatie ELP	49	43	6 *
* Particip. hulpverleners naar pat.-aantallen vanuit samenwerkingslocatie AMW	194	175	21
* Particip. hulpverleners naar pat. aantallen bij locaties zonder samenw.GGZ	<u>63</u>	<u>53</u>	<u>10</u>
Totaal	306	271	37

* er zijn geen significante verschillen in respons bij voor- en nameting tussen de drie huisartslocaties (χ^2 -toets)

2.5 Vergelijkingspunten, relevante meetinstrumenten en variabelen

Teneinde GGZ-verwijzingen vanuit de verschillende vormen van samenwerking in de eerstelijns te beschrijven werden ze onderzocht op de volgende aspecten:

- de instantie waarnaar verwezen werd (verwijsbestemming),
- de verwijsdiagnose bij verwijzingen naar ELP, AMW en overige GGZ,
- de informatieverschaffing door de huisarts bij de verwijzing,
- de feedback over verwezen patiënten naar de huisarts,
- de mate van herstel van verwezen patiënten (GHQ-30, RAND-36 gemeten),
- de waardering van de geboden hulpverlening door patiënten,
- de mate van verbetering in de ervaren algemene gezondheid,
- de medische consumptie (artsbezoek, medicijngebruik, met name ook in de somatische en alternatieve sfeer) van verwezen patiënten,
- de tevredenheid van de patiënt.

Relevante variabelen en meetinstrumenten

Alle verzamelde gegevens werden per patiënt verzameld en geregistreerd. Dit betekent dat aan huisartsen en hulpverleners geen algemene indrukken gevraagd werden, maar concrete gegevens per verwezen en in behandeling gekomen patiënt.

Instrumenten Huisarts:

Voor de huisarts zijn twee formulieren ontworpen, een voor de registratie en een voor de evaluatie.

- Registratieformulier (bijlage 1)

Bij elke verwijzing heeft de huisarts de verwijsbestemming, een verwijsdiagnose, de ingeschatte ernst van de stoornis en de eigen motivatie om te verwijzen aangegeven. De verwijsdiagnosen werden door de huisartsen geregistreerd naar de indeling van psychische problematiek, waar zij vertrouwd mee zijn, namelijk de ICPC (zie bijlage 9). De ICPC (ICPC-2, second edition, WONCA, International Classification Committee, 1998) is een internationaal classificatie-systeem voor de eerstelijns, waarbinnen de psychische stoornissen een onderdeel vormen.

Deze indeling van psychische problematiek is voor huisartsen een bekend instrumentarium, maar komt niet overeen met de indeling van diagnosestelling zoals hulpverleners in de GGZ deze hanteren (zie bijlage 10). Dit betekent dat er conceptuele verschillen voorkomen tussen de verwijsdiagnosen van de artsen en de diagnosen van de hulpverleners.

- Evaluatieformulier (bijlage 6)

Op het evaluatieformulier kon de huisarts na beëindiging van de GGZ-behandeling aangeven welke feedback hij ontvangen had van de hulpverlener tijdens de behandelperiode en over het resultaat van de behandeling. Daarnaast gaf de huisarts een inschatting van de tevredenheid van de patiënt over de GGZ-behandeling.

Instrumenten Patiënt:

Bij de patiënten is een voor- en een nameting verricht. Bij beide metingen werden grotendeels dezelfde instrumenten opgenomen om het effect of verschil in gemeten geestelijke en algemene gezondheid en medische consumptie voor en na de GGZ-behandeling te kunnen analyseren.

Daarnaast werden er bij de voormeting achtergrondkenmerken gevraagd: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en burgerlijke staat. Bij de nameting werd ook gevraagd naar de waardering van de verkregen hulp bij de GGZ.

De gebruikte instrumenten zullen hier achtereenvolgens besproken worden.

GHQ-30

De General Health Questionnaire is een door Goldberg (1972) ontwikkelde zelfbeoordelingsvragenlijst voor de detectie van personen met niet-psychotische psychiatrische aandoeningen met name emotionele stoornissen als angst en depressie. Voor dit onderzoek is de Nederlandse bewerking van Koeter en Ormel (1987) gebruikt. Met dit meetinstrument kan de prevalentie van psychische problematiek in de drie onderscheiden populaties: samenwerking huisarts-ELP, huisarts-AMW en niet-samenwerkende huisartsen onderling vergeleken worden. Er wordt nagegaan of er bij de voormeting al verschillen in ervaren psychische problematiek te traceren is. Bovendien wordt met dit instrument het effect van de GGZ-behandeling in de drie onderscheiden populaties vergeleken door een voor- en nameting te verrichten en de verschillen in de effectscores te toetsen.

Er werd hier gebruik gemaakt van de GHQ-30, een verkorte versie van de GHQ-60, die evenveel positieve als negatieve items bevat en geen items die relatief vaak gescoord worden door zuiver somatisch zieken. De GHQ-scoring werd verricht volgens de aanwijzingen van de handleiding (Koeter & Ormel, 1987).

Een voorbeeld van een van de vragen in de GHQ is:

'Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?' De antwoord-categorieën betreffen een 4-punt-schaal, variërend van 'helemaal niet' tot 'veel meer dan gewoonlijk'.

De betrouwbaarheid van de GHQ-30 was zeer goed:

Betrouwbaarheid voormeting GHQ-30: Cronbach's Alpha .94

Betrouwbaarheid nameting GHQ-30: Cronbach's Alpha .97

RAND-36

Dit instrument is gebruikt bij de voor- en de nameting om de algemene gezondheid, de ervaren gezondheidsverandering en het sociaal functioneren van de patiënten te meten. Het instrument is gebaseerd op de MOS-schaal (Medical Outcome Study-instrument van Anderson, Sullivan & Usherwood, 1990). De MOS-schaal is gebaseerd op de gezondheidsdefinitie van de WHO (World Health Organization) en meet lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid. De meting van geestelijke gezondheid van de MOS-schaal werd niet gebruikt, omdat voor de meting van dit aspect de voorkeur gegeven werd aan de GHQ-30, een specifiek instrument voor de meting van geestelijke gezondheid. Er werd gebruikt gemaakt van een Nederlandse versie van de MOS: de RAND-36 (Van der Zee en Sanderman, 1993). De RAND-36 bestaat uit 8 schalen, waarvan er drie in dit onderzoek gebruikt werden:

- de schaal die de ervaren algemene gezondheid meet, bestaande uit 5 items. Een voorbeeld van de gemeten algemene gezondheid is de volgende uitspraak:

'ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen'. Respondenten worden gevraagd op een vijfpunt-schaal van 'volkomen juist' tot 'volkomen onjuist' aan te geven in welke mate die uitspraak voor hen zelf geldt.

-de schaal die ervaren gezondheidsverandering meet bestaat betreft slechts een vraag:

'in vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?'

Respondenten konden hierop hun antwoord aangeven binnen een vijfpunt-schaal van 'veel beter dan een jaar geleden' tot 'veel slechter dan een jaar geleden'.

-de schaal, die het sociaal functioneren meet, bestaat uit 2 items. Een voorbeeld daarvan is:

'in hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?' Op een vijfpunt-schaal kon de respondent antwoorden, variërend van 'helemaal niet' tot 'heel erg veel' .

Van de twee schalen bleek de betrouwbaarheid goed te zijn:

- Algemene gezondheid, Crohnbach's Alpha voormeting .74
Crohnbach's Alpha nameting .81
- Sociale gezondheid, Crohnbach's alpha voormeting .79
Crohnbach's Alpha, nameting .85

Quote

De Quote (Sixma en van Campen, 1998) is een instrument waarmee bij de voormeting het belang dat de patiënt vooraf hecht aan de verschillende aspecten van de te ontvangen hulp gemeten kan worden. Bij de nameting worden dezelfde aspecten geëvalueerd en geeft de patiënt de waardering achteraf ten aanzien van de ontvangen hulp. In dit onderzoek is de Quote uitsluitend gebruikt als waarderingsinstrument achteraf, dus alleen bij de nameting.

De thema's waarover de patiënt een waardering kon uitspreken, betroffen de onderwerpen die ook gebruikt werden bij de waardering van de RIAGG-hulp in het onderzoek van Van der Sande e.a. (1992) naar 'vraag en aanbod in de RIAGG', waar cliënten eveneens gevraagd werd hun waardering voor de ontvangen hulp aan te geven (bijlage 11). Aan patiënten werden uitspraken voorgelegd, waarbij zij konden aangeven op een vijfpunt-schaal in hoeverre zij het met die uitspraak eens waren. De geëvalueerde thema's betroffen de intakeprocedure, de hulpverleningsrelatie, de zinvolheid van de ontvangen hulp en het ervaren effect of resultaat van de hulp.

Elk thema zal hier worden weergegeven met een voorbeelduitspraak, zoals voorgelegd in de vragenlijst::

- de schaal betreffende de intakeprocedure bestaat uit 4 items. Een voorbeeld van deze schaal is de uitspraak: 'na aanmelding werd ik zeer snel geholpen' . De respondent werd gevraagd aan te geven in hoeverre hij/zij het met die uitspraak eens was, waarbij de antwoorden op een vijfpunt-schaal varieerden van 'mee eens' tot 'oneens' .
- de schaal betreffende de hulpverleningsrelatie bestaat uit 5 items. Een voorbeeld van deze schaal is : 'ik kon met de hulpverlener erg makkelijk over mijn problemen praten'. De respondent antwoordde op een vijfpunt-schaal van 'mee eens' tot 'oneens' .
- de schaal over de zinvolheid van de hulp bestaat uit 5 items. Een voorbeeld hiervan is: 'ik vond de gesprekken erg zinvol' , met dezelfde antwoordmogelijkheden als bij de voorgaande schaal.
- de schaal betreffende het effect van de hulp bestaat uit 5 items. Een voorbeeld hiervan is: 'ik kan nu veel beter met mijn problemen omgaan' met weer vijf antwoordmogelijkheden van 'mee eens' tot 'oneens' .

De betrouwbaarheid van de vier schalen over de waardering door de patienten was goed:

Betrouwbaarheid waardering intakeprocedure:	Crohnbach's Alpha .75
Betrouwbaarheid waardering hulpverleningsrelatie:	Crohnbach's Alpha .81
Betrouwbaarheid waardering zinvolheid hulp:	Crohnbach's Alpha .82
Betrouwbaarheid waardering effect hulp:	Crohnbach's Alpha .79

Instrumenten voor de hulpverlener:

Voor de benadering van de hulpverlener werden twee telefonische vragenlijsten gehanteerd, een bij de voormeting en een voor de nameting.

-Telefonische enquête 1:

Bij de voormeting werd aan de hulpverlener gevraagd om enkele data betreffende hun cliënt na te gaan in de registratie of dossier. Er werd gevraagd: de datum van aanmelding, datum van het eerste intakegesprek en datum van het eerste behandelgesprek. Met deze gegevens (en de einddata die bij de 2e telefonische enquête gevraagd werden) is de duur van de contactperiode tussen patiënten en hulpverlenersorganisatie berekend.

Daarbij werden drie verschillende perioden gedefinieerd:

- de *wachttijd*: dit betreft het aantal dagen tussen de dag van aanmelding tot de eerste behandel-dag van de patiënt,
- de *behandelperiode*: deze betreft het aantal dagen tussen de eerste behandel-dag en de afsluiting van de hulpverlening: de dag van het laatste gesprek,
- de totale *hulpverleningsperiode*: dit is het aantal dagen tussen de dag van aanmelding en de dag van het laatste behandelgesprek.

Verder betroffen de meeste vragen de informatie-overdracht van de huisarts naar de hulpverlener bij de verwijzing: of er informatie werd gegeven, welke informatie en of die informatie voldoende was. Tenslotte werd de hulpverlener gevraagd naar de diagnosestelling (zie bijlage 10 bij de verwezen patiënt. Voor de inventarisatie van de diagnosestelling door de hulpverleners werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van de indeling in de DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). De DSM-IV is een diagnostisch en statistisch handboek, dat gebruikt wordt voor diagnosestelling van psychische stoornissen.

Deze indeling voldeed nietvoor alle hulpverleners aan de terminologie die zij gebruiken bij het benoemen van de diagnosen. Maatschappelijk werkers benoemen vooral de thema's waaraan gewerkt werd tijdens de behandeling in plaats van een centrale diagnose als basis voor het behandelplan. De diagnosestelling van de 2e-lijn hulpverleners en de ELP's was vaker direct onder te brengen in de DSM-IV-indeling.

In veel gevallen moesten de onderzoekers doorvragen naar het benoemen van de belangrijkste stoornis, hetgeen niet altijd gemakkelijk bleek te zijn.

-Telefonische enquête 2 :

In de nameting werd de datum van het eindgesprek van de behandeling gevraagd. De overige vragen betroffen nu de informatie-overdracht van de hulpverleners naar de huisarts: of er tussen tijds en afsluitend informatie verstrekt werd aan de huisarts, welke informatie en op welke manier er gecommuniceerd werd. Tenslotte werd de hulpverlener gevraagd aan te geven in hoeverre de cliënt volgens hen tevreden was over de ontvangen hulp.

2.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de participerende groepen, de verzamelde gegevens en gebruikte meetinstrumenten beschreven, die in dit onderzoek nodig waren om de vraagstellingen zoals geformuleerd in Hoofdstuk I te kunnen beantwoorden.

Ten eerste betreft het hier een beschrijvend onderzoek, waarbij een drietal bestaande situaties systematisch aan de hand van dezelfde parameters beschreven worden. Het onderzoek vond plaats in een aantal regio's waarin samengewerkt werd met de ELP, of met het AMW en referentieregio's waarin huisartsen geen reguliere samenwerking met deze beroepsgroepen hebben. In deze drie regio's werden patiënten met psychische problematiek gevolgd na hun verwijzing naar de eerste lijn of de (A)GGZ. De gegevens over de verwezen patiënten-populaties werden verzameld bij drie groepen participanten: de huisartsen, de patiënten en de hulpverleners. Dit betekent dat de huisartsen en hulpverleners over de patiënten rapporteren en niet over de eigen (beroeps-)groep, of de eigen positie. Bij iedere patiënt werd een voor- en een nameting verricht. Het proces van de gegevensverzameling per patiënt over (gemiddeld) een periode van 1 jaar werd beschreven aan de hand van een schematische weergave (figuur 2.1) voorzien van een tijdsbalk. Ten tweede werd ingegaan op het steekproefkader van de drie participerende groepen: de huisartsen, patiënten en hulpverleners. Achtereenvolgens werden de selectieprocedure, het aantal participanten en de kenmerken van de drie groepen participierenden beschreven. Centraal in de gegevensverzameling staan de patiënten en van deze populatie werden de belangrijkste kenmerken vergeleken naar de drie onderscheiden huisarts-locaties: de samenwerkende artsen met de ELP, met het AMW en de niet- samenwerkenden. Er zijn tussen de patiënten-populaties geen significante verschillen gevonden wat betreft sekse, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat.

Vervolgens werden de respons en non-respons gegevens vergeleken. Dan blijkt er tussen de patiënten die participeren in het onderzoek en degenen die weigerden en slechts anoniem geregistreerd werden, geen verschil te zijn bij de vergelijking van de drie onderzoekslocaties (samenwerking huisarts-ELP, huisarts-AMW en zonder samenwerking). Wel is er bij de vergelijking van participerende patiënten van de voor- en de nameting een verschil gevonden in burgerlijke staat: het betreft minime verschillen.

Tenslotte werden in dit hoofdstuk de gebruikte meetinstrumenten beschreven en de meest relevante vergelijkingspunten voor de beantwoording van de vraagstellingen. De betrouwbaarheden van de GHQ-30 (een meetinstrument voor psychisch welzijn), de Rand-36 (die de algemene gezondheid meet) en de Quote (een evaluerend waarderingsinstrument betreffende de ontvangen hulpverlening) waren goed. De vergelijkbaarheid van de verwijsdiagnose van de huisartsen en de diagnosestelling van hulpverleners bleek problematisch door een verschil in categorisering van psychische problematiek.

3 VERSCHILLEN IN VERWIJZINGEN EN VERWIJSDIAGNOSEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de differentiatie in verwijsbestemming en verwijsdiagnosen die de huisarts stelt. Daarbij zullen drie vragen zoals gesteld in Hoofdstuk 1 centraal staan. In de eerste plaats gaat het om de vraag:

'Zijn er in locaties waar de huisarts samenwerkt met de eerstelijns (ELP, AMW) meer of extra verwijzingen in vergelijking met de situatie waarin de huisarts niet samenwerkt met de eerstelijns (ELP, AMW)?'

Bij het beantwoorden van die vraag zal worden nagegaan, of er ten gevolge van het feit dat er samengewerkt wordt tussen de huisarts en de eerstelijns (ELP, AMW) ook meer verwijzingen naar de samenwerkingspartner gaan. Vervolgens wordt bekeken of er verschil is in de ernst van de stoornissen die verwezen worden naar de eerstelijns (ELP, AMW) en de tweedelijns (AGGZ). De tweede vraag die in dit hoofdstuk beantwoord wordt, luidt:

'Is er verschil in de wijze waarop samenwerkende en niet samenwerkende artsen differentiëren naar de ernst van de stoornis?'

Het is dan de vraag of er bij verwijzingen vanuit de samenwerkingsverbanden in gelijke mate de patiënten met meer ernstige stoornissen naar de tweede lijn verwezen worden in vergelijking met verwijzingen vanuit de niet-samenwerkende artsen.

De derde vraag die in dit hoofdstuk centraal staat, is:

'Wordt er door de huisartsen een goed onderscheid gemaakt tussen hetgeen in het eerstelijns circuit behandeld kan worden en hetgeen een specialistische behandeling nodig heeft?'

Voor de beantwoording van deze vraag wordt nagegaan of er in de samenwerkingsverbanden door de contacten tussen huisarts en eerstelijns (ELP, AMW) de huisarts gesteund wordt om tot een verwijsdiagnose te komen die vergelijkbaar is met de diagnosestelling door de hulpverleners.

3.2 Verwijsbestemming

Uit tabel 3.1 blijkt dat de meestel patiënten binnen dit onderzoek verwezen werd naar het Algemeen Maatschappelijk Werk (37%), vervolgens een bijna net zo groot percentage naar de eerstelijns psychologen (30,5%) en tenslotte ruim 20% naar de RIAGG's. Nog 10% werd naar overige instanties of vrijevestigden in de GGZ verwezen. Het grote aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk hangt vanzelfsprekend samen met het grote aantal artsen in deze studie dat samenwerkt met het AMW.

Tabel 3.1 Verwijsbestemming van patiënten in % door huisartsen die samenwerken met eerstelijns psychologen, met Algemeen Maatschappelijk Werk en zonder samenwerkingsverband

Verwijsbestemming	Allen (N=704)	Samenwerk. met ELP (N=107) ¹⁾	Samenwerk. met AMW (N=413) ¹⁾	Geen samenwerking (N=184) ¹⁾
1elijns psycholoog	30,5%	69%	16,5%	40%
AMW	37%	3%	56,5%	13,5%
<i>Overigen:</i>				
RIAGG	22,5%	18,5%	20%	31%
Poli psychiatrie	5%	6,5%	3%	7,5%
CAD	1%	2%	0,5%	1%
Vrijgevestigde psychiater	1%	-	1%	2%
Vrijgevestigde psychother.	2%	1%	1,5%	4%
anders	1%	-	1%	1%
Totaal	100%	100%	100%	100%

¹⁾ $\chi^2 = 210,01$, df 14, p = .000 (verschil tussen samenwerkenden -met ELP en AMW- en niet samenwerkenden)

Vergelijken wij de drie onderscheiden groepen participerende artsen in het onderzoek, dan blijken de artsen die samenwerken met eerstelijnspsychologen bijna 70% van hun patiënten met psychische problematiek ook naar de eerstelijns psycholoog (ELP) te verwijzen. Dezelfde trend is te zien bij de artsen die samenwerken met het AMW: bijna 57% verwijst naar de maatschappelijk werkers. Bij een vergelijking van de totale verwijsstroom naar de eerstelijns valt op dat bij de samenwerkingsverbanden met de ELP in totaal 71% van de patiënten naar de eerstelijns gaat, bij de samenwerkenden met het AMW 73% en bij de niet samenwerkenden ruim 53%. Dit betekent dat er in de samenwerkingsregio's meer patiënten in de eerstelijns blijven. Door de artsen die geen samenwerkingsverband met de eerstelijns onderhouden wordt vaak verwezen naar de RIAGG's, poli Psychiatrie en vrijgevestigden, echter ook relatief veel naar de eerstelijnspsychologen (40%), terwijl er een geringere verwijsstroom naar het maatschappelijk werk gaat (13,5%). Ook in de samenwerkingsregio's met de ELP worden er heel weinig patiënten naar het AMW verwezen. Naast de vergelijking van verwijsbestemmingen vanuit de drie huisartsenlocaties, is het van belang om het aantal verwijzingen per jaar per arts naast elkaar te plaatsen. Daaruit valt op te maken, of er extra veel patiënten verwezen worden in de samenwerkingsregio's in vergelijking met de huisartsenlocaties waar niet wordt samengewerkt. Het gemiddelde aantal verwezen patiënten per arts ligt bij de artsen die met eerstelijnspsychologen samenwerken het laagst, nl. 8 patiënten gemiddeld per jaar (tabel 3.2).

Tabel 3.2 Aantal verwijzingen per jaar, gemiddeld per jaar per arts en gemiddeld per jaar per arts gewogen naar praktijkgrootte

	aantal artsen	aantal verwijzingen per jaar	gemid. aantal verwijz. per jaar per arts	gemid. praktijkgrootte	gewogen aantal verwijz. per jaar per arts/prakt. grootte
samenw. met ELP	13	108	8 ¹⁾	2.433	7,5 ¹⁾
samenw. met AMW	28	418	15 ²⁾	2.080	16 ²⁾
geen samenw.	13	185	14	2.454	13

¹⁾ verschil met niet samenw.: p = .000 (t-toets);

²⁾ verschil met niet samenw. is niet significant (t-toets)

Bij de met het AMW samenwerkende artsen zijn dat er gemiddeld 15 per jaar per arts en bij de niet samenwerkenden 14 gemiddeld. Relateren we de gemiddelde praktijkgrootte van de drie artsengroepen aan het aantal verwijzingen dan worden de verschillen tussen ELP- en AMW- samenwerkenden nog iets groter omdat de praktijken bij de AMW-samenwerkenden gemiddeld kleiner zijn. Deze kleinere praktijkomvang hangt samen met het gegeven dat een aantal van deze samenwerkingsverbanden met het AMW in gezondheidscentra gerealiseerd zijn, waar de artsen de patiënten met elkaar delen en vaak komt dat op een lager gemiddelde uit dan de gemiddelde solo- of duo- huisarts-praktijk.

De gemiddeld lage verwijfsstroom naar de eerstelijnspsychologen geeft aan dat er in elk geval geen extra verwijzingen naar de samenwerkingspartner gaan. Er is geen sprake van een extra zuigkracht binnen het samenwerkingsverband. Het gemiddeld aantal verwijzingen is echter ook bij de AMW-samenwerkenden niet significant groter dan bij de huisartsen die geen samenwerking onderhouden. Dus ook bij deze locaties wordt niet extra veel verwezen naar de samenwerkingspartner ten opzichte van de niet samenwerkenden.

3.3 Achtergrondkenmerken van verwezen patiënten

Hier is nagegaan of er verschillen in achtergrondkenmerken zijn tussen patiënten van de verschillende verwijsstromen over de drie onderzoekslocaties heen. In tabel 3.3 wordt het opleidingsniveau vergeleken van patiënten die naar verschillende verwijsbestemmingen verwezen werden. Ruim 40% van de patiënten is laag opgeleid, nog eens bijna 40% heeft een middelbaar opleidingsniveau en bijna 20% van de patiënten is hoger opgeleid. Uit de vergelijking van het opleidingsniveau van patiënten binnen de onderscheiden verwijsbestemmingen blijken geen onderlinge verschillen. Hetzelfde geldt overigens bij de vergelijking van burgerlijke staat: patiënten verwezen naar de verschillende verwijsbestemmingen verschillen daarin niet.

Tabel 3.3 Opleidingsniveau van patiënten per verwijsbestemming in %.

Verwijsbestemming	Verwijsbestemming ELP	Verwijsbestemming AMW	Verwijsbestemming overige GGZ	Allen
	%	%	%	%
Opleidingsniveau:				
Laag opleidingsniveau	37,5 *	45,8 *	49,1 *	44,1
Middelbaar opleidingsniveau	39,2	34,9	40,4	37,7
Hoog opleidingsniveau	23,3	19,3	10,5	18,2

* er zijn geen significante verschillen naar verwijsbestemming (χ^2 -toets)

In tabel 3.4 worden de patiënten-populaties van de onderscheiden verwijsbestemmingen vergeleken wat betreft leeftijd. Er blijkt een verschil te zijn wat de leeftijd betreft tussen patiënten verwezen naar de ELP en patiënten verwezen naar de AGGZ. (Bij vergelijkingen tussen deze twee verwijsbestemmingen zal er dus gecontroleerd worden voor leeftijd). Dit verschil tussen verwijsstromen over de hele populatie is niet te traceren bij een van de aparte huisartslocaties. De gemiddelde leeftijd van de patiënten-populaties bij de verschillende verwijsbestemmingen varieert tussen de 34 ende 42 jaar.

Tabel 3.4 Leeftijd van patiënten vergeleken naar verwijfsbestemming en per samenwerkingsverband

	sa menw met ELP (N=53)	sa menw. met AMW (N=237)	zo nder sa menw. (N=89)	Al len (N=381)
Gemiddelde leeftijd	leeftijd	leeftijd	leeftijd	leeftijd
Verwijsbestemming:				
1elijns psych. (N=121)	42	35	39	38 ¹⁾ .03
Alg. maatsch. Werk (N=155)	- *	37	43	37,5
Overigen (N=105)	35	34	36	35 ¹⁾ .03
Allen (N=381)	40	36	38	37

¹⁾ verschil in leeftijd tussen patiënten met verwijfsbestemming ELP en overige GGZ (t-toets) ;

* er zijn geen verwijzingen naar AMW, kan niet getoetst worden .

In tabel 3.5 zijn de sekseverhoudingen van de patiënten-populaties bij de onderscheiden verwijfsbestemmingen weergegeven. Er zijn geen sekseverschillen tussen patiënten van verschillende verwijfsbestemmingen en zoals reeds eerder in hoofdstuk 2 geconstateerd ook niet tussen de patiënten-populaties van samenwerkenden met ELP, met AMW en niet samenwerkende artsen.

Tabel 3.5 Sekse van patiënten vergeleken naar verwijfsbestemming en per samenwerkingsverband

Sekse	sa menw. met ELP (N=53)		sa menw. met AMW (N=237)		zo nder sa menw. (N=89)		Al len (N=381)	
	Man N=18 %	Vrouw N=35 %	Man N=67 %	Vrouw N=170 %	Man N=25 %	Vrouw N=64 %	Man N=111 %	Vrouw N=270 %
Verwijsbestemming:								
1elijns psych. (N=121)	38,1	61,9	33,3	66,7	25,0	75,0	32,2	67,8 ¹⁾
Alg. maatsch. Werk (N=155)	-	-	24,6	75,4	36,4	63,6	25,8	74,2 ¹⁾
Overigen (N=105)	18,2	81,87	33,9	66,1	28,9	71,1	30,5	69,5 ¹⁾
Allen (N=381)	34,0	66,0	28,3	71,7	28,1	71,9	29,1	70,9

¹⁾ er zijn geen verschillen in sekse tussen patiënten van de drie verschillende verwijfsbestemmingen (χ^2 -toets)

3.4 Verwijsbestemming gerelateerd aan de ernst van de belangrijkste stoornis

De ernst of zwaarte van de stoornis is vanzelfsprekend een belangrijk gegeven om na te gaan of patiënten met lichtere stoornissen, zoals verwacht, verwezen worden naar de eerstelijns. Om verschillen in de ervaren zwaarte van de klacht te meten worden de patiënt-gegevens van de GHQ-voormeting gebruikt. Daarnaast hebben huisartsen bij de verwezen patiënten die zij in dit onderzoek aanmeldde, ook zelf steeds aangegeven in hoeverre de stoornis volgens hen als licht, matig of ernstig beschouwd moest worden. Beide metingen zullen hier worden besproken en vergeleken. Mede om te kunnen bepalen in hoeverre de beoordeling van de huisartsen overeenkomt met de GHQ-meting.

De GHQ is als meetinstrument bedoeld om de prevalentie van psychopathologie te kunnen constateren. De meting geeft geen indicatie voor de zwaarte in termen van ernstige of minder ernstige problematiek. De GHQ-meting geeft de waarschijnlijkheid aan dat er sprake is van psychopathologie. In die zin kan de meting aangeven of er bij de verwezen patiënten van de 3 huisartslocaties in **vergelijkbare mate** sprake is van psychische problematiek.

Tabel 3.6 De GHQ-voormeting gerelateerd aan verwijsbestemming en naar samenwerkingsverband

Samenwerkingsverbanden	Samenwerking huisarts- ELP (N=53)	Samenwerking huisarts-AMW (N=237)	Zonder samenwerking (N=89)	Allen (N=381)
Verwijsbestemming :				
Eerstelijnspsycholoog (N=121)	19.60 ¹⁾ n.s. ^{a)} *	20.89 ²⁾ n.s. ^{a)} n.s.	20.48 ³⁾ n.s. ^{a)} n.s.	20.32 ^{a)} n.s.
A MW (N=155)	- ¹⁾ * ^{b)} *	18.24 ²⁾ n.s. ^{b)} n.s.	19.75 ³⁾ n.s. ^{b)} n.s.	18.24 ^{b)} n.s.
Overige GGZ (N=105)	20.88 ¹⁾ n.s. ^{c)} n.s.	20.05 ²⁾ n.s. ^{c)} n.s.	18.00 ³⁾ n.s. ^{c)} n.s.	19.45 ^{c)} n.s.
Allen (N=381)	19.96 ¹⁾ n.s.	18.95 ²⁾ n.s.	19.73 ³⁾ n.s.	

Onafhankelijke t-toetsen:

- ¹⁾ Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van samenwerking ELP en samenwerking AMW
 - ²⁾ Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van samenwerking AMW en niet-samenwerkenden
 - ³⁾ Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van samenwerking ELP en niet-samenwerkenden
 - ^{a)} Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van verwijsbestemming ELP en samenwerking AMW
 - ^{b)} Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van verwijsbestemming AMW en niet-samenwerkenden
 - ^{c)} Verschil GHQ-voormeting tussen patiënten van samenwerking ELP en niet-samenwerkenden
- * geen toetsing door ontbreken verwijzing naar AMW

In tabel 3.6 is de GHQ-voormeting weergegeven, gerelateerd aan verwijsbestemming en naar samenwerkingsverband. Er is geen differentiatie gevonden in de GHQ - meting vooraf tussen patiënten van de samenwerkingsverbanden ELP en ,AMW en ook niet tussen patiënten van elk van de samenwerkingsverbanden en de niet-samenwerkende artsen.

De vergelijking tussen de verwijsbestemmingen laat een zelfde resultaat zien. Er is

geen differentiatie in de ervaren klachten volgens de GHQ-meting als verwijzingen naar de ELP en naar het AMW vergeleken worden, noch als de gegevens van verwijzingen naar de ELP en van het AMW vergeleken worden met de verwezen patiënten naar de overige GGZ, de 2e lijn. Er is bij alle groepen patiënten in vergelijkbare mate sprake van psychopathologie.

De door de huisarts geconstateerde ernst van de stoornis, met een differentiatie naar licht, matig en ernstig (tabel 3.7) laat in tegenstelling tot de GHQ-score een aantal verschillen zien. Hierbij moet worden opgemerkt, dat de huisarts over een grotere populatie uitspraken deed, dan de populatie patiënten die de GHQ-voormeting invulde (tabel 3.6). De huisarts heeft anoniem ook de verwijsbestemming en ernst van de klachten doorgegeven over patiënten die zelf geen vragenlijst wilden invullen. Gecontroleerd werd voor het verschil in geconstateerde ernst van de stoornis bij participerende en niet-participerende patiënten: er werd geen verschil gevonden.

Alle huisartsen bij elkaar differentieerden bij de verwezen klachten duidelijk naar lichte, matige en ernstige stoornissen (tabel 3.7). Het algemene beeld is, dat veel huisartsen bij de meest ernstige stoornissen relatief vaak naar RIAGG's en overige hulpverleners verwijzen. In de eerstelijns komen relatief meer verwijzingen bij stoornissen van lichte en matige aard terecht.

Deze differentiatie werd met name door de samenwerkende huisartsen naar voren gebracht. De huisartsen die niet samenwerken, maakten geen duidelijk onderscheid tussen de drie typen van ernst.

Tabel 3.7 Door huisartsen geconstateerde ernst van de belangrijkste stoornis,gerelateerd aan verwijlsbestemming en naar samenwerkingsverband

ernst en beloop van de belangr. stoornis	verwezen patiënten bij samenw. met ELP (N=827)			verwezen patiënten bij samenw. met AMW (N=447)			verwezen patiënten bij ha. zonder samenwerking (N=93)			Allen (N=622)						
	licht %	matig %	ernstig %	licht %	matig %	ernstig %	licht %	matig %	ernstig %	licht %	matig %	ernstig %				
Verwijsbestemming:																
Telijns psych. (N=192)	10,4	74,6	15,0 ¹⁾	21,5	66,2	12,3 ²⁾	5,0	86,7	8,3 ³⁾	12,1	75,8	12,1 ⁴⁾ a)				
Alg. maatsch. Werk (N=220)	-	*	-	*	-	*	17,4	75,4	7,2	10,0	70,0	20,0	16,8	74,1	9,1	b)
Overigen (N=210)	6,7	56,7	36,7	11,3	64,9	23,7	9,6	71,1	19,3	10,0	66,2	23,8	c)			

¹⁾ $\chi^2 = 11,01$ (df 4, p = .03) ;
²⁾ $\chi^2 = 17,1$ (df 4, p = .002) ;
³⁾ n.s. ;
⁴⁾ $\chi^2 = 22,56$ (df 4, p = .000) ;
a) verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en AMW. n.s
b) verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming AMW en overigen: $\chi^2 = 18,96$ (df 2, p = .000) ;
c) verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en overigen: B = .18 (df 2, p = .01) (gecontroleerd voor leeftijd) .

Als laatste stap in de analyse van de differentiatie naar ernst of zwaarte van de klachten worden hier de GHQ-voormeting en de door de huisartsen aangegeven differentiatie naar ernst aan elkaar gerelateerd (tabel 3.8).

Tabel 3.8 De GHQ-voormeting gerelateerd aan de door de huisarts geconstateerde ernst van de stoornis naar samenwerkingsverband

Samenwerkingsverbanden	Samenwerking huisarts- ELP (N=45)	Samenwerking huisarts-AMW (N=180)	Zonder samenwerking (N=66)	Allen (N=291)
	gemiddelde GHQ-score	gemiddelde GHQ-score	gemiddelde GHQ-score	gemiddelde GHQ-score
Ernst van de stoornis :				
Licht	14.60	17.00	10.40 ¹⁾ .002	15.95 ¹⁾ .002
Matig	20.12	19.61	20.96 ¹⁾ .002	19.96 ¹⁾ .002
Ernstig	15.67	19.13	19.11	18.43

¹⁾ Verschil in GHQ-voormeting tussen licht en matig ingeschatte stoornis (onafhankelijke t-toets).

Dan blijkt dat er op een punt verschil is tussen de differentiatie van de huisartsen en het gemeten klachtenniveau met de GHQ. Het verschil tussen lichte en matige ernst, hangt samen met een verschil in GHQ-score. Dit verschil in GHQ-meting bij de als licht en matig benoemde stoornissen wordt met name aangetroffen bij de niet-samenwerkende artsen.

3.5 Verwijsdiagnosen van de huisartsen en diagnosestelling door hulpverleners binnen verschillende samenwerkingsverbanden

Verwijsdiagnosen huisarts

De huisartsen hebben bij alle verwijzingen die zij gedurende een jaar registreerden ook hun verwijsdiagnose gegeven. De verwijsdiagnosen voor de totale populatie verwezen patiënten en van de zelf participerende verwezen patiënten zijn niet significant verschillend. Er zijn ook geen significante verschillen tussen participerende patiënten en patiënten die niet wilden meedoen aan het onderzoek. In tabel 3.9 zijn derhalve de gegevens van de totale populatie opgenomen.

Gelet op de verwijsdiagnosen van de totale populatie (N=701) in tabel 3.9 blijkt de diagnose relatieproblemen het meest voor te komen. Ruim een kwart van de verwezen patiënten krijgt deze diagnose, Vervolgens komt depressief gevoel samen met depressie (samen 16,5%) vaak voor en op de derde plaats verwerkingsproblemen (10,3%). De diagnosen angst en spanningen, problemen in de werksituatie en identiteitsproblemen worden elk bij ruim 7% van de verwezen patiënten gesteld. Weinig verwijzingen zijn er met de diagnose dementie, opleidingsproblemen, slaapstoornissen, de grote psychiatrie (schizofrenie), alcohol en drugs, surmenage, somatoforme stoornis en acute stress.

In de vergelijking van de drie onderscheiden groepen huisartsen blijken de verwijfsdiagnosen te verschillen. De lichtere problematiek: angst, spanning, depressief gevoel komen meer voor bij de in de eerste lijn samenwerkende artsen dan bij de niet samenwerkenden.

Tabel 3.9 Verwijsdiagnose in % door huisartsen die samenwerken met ELP, het AMW en huisartsen die geen samenwerkingsverband met de GGZ hebben: de totale verwezen populatie en de participerende patiënten

Verwijsdiagnose	huisartsen sa- menwerkend met ELP	huisartsen sa- menwerkend met AMW	huisartsen zonder samen- werking	totaal
	%	%	%	%
angst, spanning	10,2 ¹⁾	7,3 ¹⁾	5,5 ¹⁾	7,4
acute stress	4,6	3,9	0,6	3,1
depressief gevoel	11,1	10,3	6,1	9,3
slaapstoornis	0,9	1,5	0,6	1,1
alcohol, drugs	3,7	1,5	1,1	1,7
somatoforme stoornis	0,9	2,0	6,1	2,9
dementie	-	-	0,6	0,1
schizofrenie, psychose	-	1,0	2,8	1,3
depressie	5,6	7,6	7,7	7,3
suïcide poging	-	-	-	-
surmenage	3,7	2,4	1,7	2,6
problemen werksituatie	5,6	9,0	6,1	7,7
opleidingsproblemen	-	1,2	-	0,7
relatieproblemen	24,1	26,5	28,7	26,7
verwerkingsproblematiek	13,0	9,1	11,0	10,3
identiteitsprobleem / per- soonlijkheidsstoornis	9,3	7,1	7,7	7,6
overige problemen ²⁾	7,4	9,5	13,8	10,3
totaal	N= 106	410	180	696

¹⁾ $\chi^2 = 43,93$, df 30, p = .05: verschil tussen 3 huisartsgroepen bij totaal aantal verwezen patiënten

²⁾ Bij de categorie overige diagnosen zijn enkele categorieën samengenomen. Het betreft onder andere PTSS (Post Traumatische Stress stoornis), chronische vermoeidheid en eetstoornissen

Diagnosestelling hulpverleners

Zoals blijkt uit tabel 3.10 gebruiken hulpverleners een andere indeling van psychische problematiek dan de huisarts. Verder is de hier gebruikte indeling voor de hulpverleners: de DSM-IV is niet voor alle instanties die psychische problemen behandelen, gangbaar. Zo legt het maatschappelijk werk weer andere accenten in de indeling van psychische problematiek die tot hun werkgebied hoort, dan de RIAGG's.

Volgens de diagnosestelling van de hulpverleners komen verwerkingsproblematiek, relatieproblemen en neurotische en stressgebonden stoornissen het meest voor (elk bij bijna 20% van de participerende patiënten). De huisartsen noemden relatieproblematiek en neurotische stoornissen (dit zijn in hun classificatie angst, stress, somatoforme stoornis en surmenage) in vergelijkbare mate, maar verwerkingsproblematiek minder. Vervolgens bleken volgens de diagnoses van de hulpverleners een aantal stoornissen bij ongeveer 10% van de verwezen patiënten voor te komen: werk-gerelateerde problematiek (ruim 10%), stemmingsstoornissen (bijna 10%, waaronder depressie) en tenslotte ook stoornissen van persoonlijkheid en gedrag (7%). Door de huisartsen werden deze diagnoses (behalve depressie) minder gesteld. Tenslotte stelden de hulpverleners een aantal stoornissen weinig: schizofrenie, gedragsstoornissen en identiteitsproblemen. Hierbij kan alleen een vergelijkbaar weinig gestelde diagnose van gedragsstoornissen bij de huisartsen geconstateerd worden, alhoewel de huisartsen hier alleen maar in termen van slaapstoornissen melding over maken.

Een vergelijking van de diagnosestelling door de hulpverleners binnen de drie onderscheiden huisartsengroepen (samenwerkend en niet samenwerkend) laat geen onderlinge verschillen zien.

Helaas is het niet goed mogelijk om beide typen diagnosestelling (bij huisartsen versus hulpverleners) te vergelijken, vanwege de verschillen in indeling van psychische problematiek, die slechts ten dele overlap vertoont. Daar komt echter nog bij dat ook de doelstelling van een verwijzdiagnose door de huisarts anders is dan bij de diagnosestelling zoals de hulpverlener die gebruikt, namelijk ten behoeve van een behandelplan. Dit is temeer een reden om beide typen diagnoses apart te bespreken: aan elke indeling liggen immers eigen criteria ten grondslag.

Tabel 3.10 Diagnosen hulpverleners in % betreffende patiënten verwezen vanuit samenwerkingsverbanden met de ELP, het AMW en huisartsen die geen samenwerkingsverband met de GGZ hebben

Diagnose hulpverlener	samenwerking met ELP (N=47)		samenwerking met AMW (N=183)		huisartsen zonder samenwerking (N=59)		allen (N=289)
	%	*	%	*	%	*	%
Psych. gedragsstoornissen tgv. middelengebruik	-		1,6		-		1,0
Schizofrenie	5,9		-		1,9		1,4
Stemmingsstoornissen	9,8		8,1		15,1		9,7
Suicidale neigingen	-		-		-		-
Neurotische stressgebonnden en somatoforme stoornissen	19,6		16,8		20,8		18,0
Gedragssyndromen (eten en slaapstoornissen)	3,9		1,6		3,8		2,4
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	11,8		5,4		7,5		6,9
Gedrags- en emotionele stoornissen begonnen in kindertijd	3,9		1,6		-		1,7
Niet-specifieke psychische stoornissen	2,0		0,5		-		0,7
nazorg ex-psychiatrische patiënten	-		-		-		-
Relatieproblematiek	13,7		19,5		18,9		18,3
Verwerkingsproblematiek	9,8		22,2		15,1		18,7
Eenzaamheid	-		1,1		-		0,7
Identiteitsproblemen	-		5,4		1,9		3,8
Werkgerelateerde problematiek	7,8		11,4		13,2		11,1
Gezondheidsproblemen met psych. problem.	5,9		2,2		-		2,4
Multiprobleem gezin	-		1,1		1,9		1,0
Anders	5,9		1,6		-		2,1

* er zijn geen significante verschillen tussen de hulpverlenersdiagnosen in de 3 huisartsengroepen (χ^2 -toets)

In het voorgaande werd een vergelijking getrokken tussen de drie huisartsengroepen in dit onderzoek: de verwijsdiagnosen van de huisartsen bleken wel te verschillen, terwijl de hulpverlenersdiagnosen bij de drie aparte huisartsenlocaties niet differentieerden. In tabel 3.11 is weergegeven in hoeverre er verschillen zijn bij de diagnosestelling tussen de onderscheiden verwijsbestemmingen. De tabellen horend bij deze vergelijkingen zijn opgenomen in bijlage 12 (tabel 3.11a1, tabel 3.11a2, tabel 3.11b1, tabel 3.11b2, tabel 3.11c1 en tabel 3.11c2).

Tabel 3.11 Verschillen tussen verwijsbestemmingen betreffende de verwijsdiagnose van huisartsen en de diagnosen van de hulpverleners ¹⁾

Diagnosen	Huisartsdiagnose		Hulpverlenersdiagnose	
Verschillen tussen verwijsbestemmingen:	tabel	P	tabel	p
Verschil tussen verwijsbestemming ELP en AMW	3.11a1	n.s.	3.11a2	.01
Verschil tussen verwijzbestemming AMW en overige GGZ	3.11b1	.000	3.11b2	.000
Verschil tussen verwijsbestemming ELP en overige GGZ	3.11c1	n.s. *	3.11c2	.008*

* Gecontroleerd voor leeftijd

¹⁾ zie bijlage 12 voor de bijbehorende tabellen (χ^2 -toetsen)

De huisartsen differentieren niet als ze naar de ELP of het AMW verwijzen, ook is er geen differentiatie in de diagnosen van de huisartsen bij verwijzingen naar de ELP en de overige GGZ. Wel differentieert de huisarts in de diagnosen bij verwijzingen naar het AMW of naar de 2e lijn (RIAGG en overige GGZ). De huisarts verwijst de patiënten met de diagnose depressie, depressief gevoel en identiteitsproblemen of persoonlijkheidsproblemen meer naar de 2e lijn en relatieproblematiek, verwerkingsproblematiek en opleidingsproblemen meer naar het AMW (tabel 3.11a1, 3.11b1, 3.11c1 in bijlage 12).

De verwijsdiagnosen van de hulpverleners differentieren tussen elk van de drie verwijsbestemmingen. In de eerste plaats verschillen de eerstelijnspsychologen en de maatschappelijk werkers in diagnosestelling. De ELP stelt in vergelijking met het AMW vaker de diagnose stemmingsstoornissen, neurotische of stressgebonden klachten, terwijl de maatschappelijk werker vaker dan de ELP de diagnose relatieproblematiek en verwerkingsproblematiek stelt (zie ook bijlage 12, tabel 3.11a2). Ook verschillen de maatschappelijk werkers en de hulpverleners in de 2e lijn (RIAGG en overige GGZ), wat de diagnosestelling betreft. De 2elijns-hulpverlener stelt in vergelijking met het AMW vaker de diagnose stemmingsstoornissen en neurotische of stressgebonden klachten en de maatschappelijk werkers stellen ook nu weer vaker de diagnose relatieproblematiek en verwerkingsproblematiek (zie tabel 3.11b2 in bijlage 12). Tenslotte verschillen ook de ELP en de hulpverleners uit de 2e lijn van elkaar in diagnosestelling. De 2elijns-hulpverlener stelt evenals in de

vergelijking met het AMW ook in vergelijking met de ELP vaker de diagnose stemmingsstoornissen en ook de diagnose neurotische klachten. De ELP stelt vaker de diagnose relatieproblematiek, verwerkingsproblematiek en werk-gerelateerde problemen (zie bijlage 12, tabel 3.11c2).

3.6 Motivering van de huisarts bij verwijzingen

Vanuit welke motieven de huisartsen tot een verwijzing overgaat bij patiënten met psychische problemen, wordt weergegeven in tabel 3.12.

De meest genoemde motieven voor verwijzing zijn bij de huisartsen het ontbreken van deskundigheid en het gebrek aan tijd. Bij deze twee motieven zijn er verschillen tussen de drie groepen huisartsen. De huisartsen samenwerkend met het AMW noemden het vaakst het motief van de ontbrekende tijd: de helft van hen, voor de beide andere groepen gold dit motief minder.

Tabel 3.12 Motivering van huisarts bij verwijzing naar de GGZ in % ¹⁾

Motieven voor verwijzing	huisartsen die samenwerken met ELP (N=108)	huisartsen die samenwerken met AMW (N=418)	huisartsen zonder samenwerkingsverband (N=185)	χ^2	p
Ik heb er zelf geen tijd voor	33%	50%	24%	39.23	.000
Ik heb zelf geen deskundigheid	64%	50%	69%	19.97	.000
Ik heb advies nodig over de behandeling	3%	4%	5%	-	n.s.
Ik heb advies nodig over de diagnose	1%	1%	3%	-	n.s.
Andere motieven	12%	20%	21%	-	n.s.

¹⁾ Totalen zijn meer dan 100% omdat er meerdere motieven genoemd kunnen worden

De motivatie dat de eigen deskundigheid ontbreekt, werd door artsen die niet samenwerken het vaakst genoemd (69%), echter, de artsen die met de ELP samenwerken noemden dit motief bijna net zo vaak. Voor de artsen samenwerkend met het AMW geldt dit motief minder. Dit betekent dat bij de huisartsen samenwerkend met het AMW de eigen deskundigheid minder als probleem ervaren wordt. Toch werd de behoefte aan advies op het gebied van behandeling en diagnose door alle artsen nauwelijks als motief naar voren gebracht. Bij de overige motieven werden vaak patiënt-georiënteerde motieven genoemd, bijvoorbeeld de wens van de patiënt om verwezen te worden en daarnaast werd ook vaak de ernst of de lange duur van de problematiek als motief aangevoerd.

3.7 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd in de eerste plaats nagegaan welke invloed de samenwerking van de huisartsen met eerstelijnspartners, respectievelijk de ELP of het AMW, heeft op de verwijsstromen. Daarbij staat in de eerste plaats de vraag centraal of er in de samenwerkingsverbanden meer verwijzingen plaatsvinden en of er ook extra psychische problematiek verwezen wordt in vergelijking met de situatie waar huisartsen niet samenwerken. Uit de verwijs-bestemmingen van de drie onderscheiden huisartsengroepen blijkt dat huisartsen die samenwerken met de ELP, dan wel met het AMW verhoudingsgewijs meer verwijzen naar hun respectievelijke samenwerkingspartners. In totaal blijven in de samenwerkingsregio's ruim 70% van de verwezen patiënten met psychische problematiek binnen de eerstelijns, terwijl dat bij de huisartsen die niet samenwerken minder gebeurt, namelijk bij 50% van de verwijzingen. Opmerkelijk is het geringe aantal verwijzingen naar het AMW zowel vanuit de niet-samenwerkende huisartsen, als de huisartsen samenwerkend met de ELP. Voor een deel kan dit verklaard worden door het gegeven, dat voor het benaderen van het AMW er geen verwijzing van de huisarts nodig is. Slechts ongeveer 30% van de AMW-cliënten komt er binnen via een verwijzing van de huisarts. Bovendien betreffen niet alle verwijzingen naar het AMW psychische problematiek. Verwijzingen naar het AMW gaan voor een deel over informatie, advies, concrete dienstverlening en bemiddeling bij materiële zaken en deze verwijzingen zijn niet betrokken in het onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat in de situatie dat huisartsen samenwerken met de ELP de noodzaak tot verwijzing naar het AMW vermindert. Tenslotte zou het ook mogelijk zijn dat bij de huisartsen in de ELP-regio's de AMW-verwijzingen aan de aandacht ontglipt zijn. Bij navraag bij een aantal van deze huisartsen bleek dit niet het geval. Ze gaven aan dat ze weinig naar het AMW verwezen. Bij de samenwerkingsverbanden met de ELP lijkt het directe contact met deze eerstelijns-hulpverlener de noodzaak om naar het AMW te verwijzen te doen afnemen.

Een tweede vergelijkingspunt in de verwijsstromen tussen de drie onderscheiden huisartsengroepen betreft het gemiddeld aantal verwijzingen per jaar per arts. Dit gemiddelde aantal verwijzingen per jaar bleek bij de ELP-samenwerkingsverbanden laag te zijn in vergelijking met de artsen die niet samenwerken. De artsen samenwerkend met het AMW verschillen niet in aantal verwijzingen per jaar per arts met de niet-samenwerkende artsen. Ook als de praktijkgrootte gerelateerd wordt aan het gemiddeld aantal verwijzingen per jaar blijft het resultaat van de vergelijking tussen de drie huisartsengroepen hetzelfde. Hieruit kan geconcludeerd worden dat huisartsen die samenwerken gemiddeld niet 'extra' of meer patiënten met psychische problematiek verwijzen in vergelijking met niet-samenwerkende artsen. Kortom, er is geen sprake van een zuigende werking ten gevolge van de samenwerking.

In antwoord op de eerste vraag die in dit hoofdstuk centraal stond: 'Zijn er in locaties waar de huisarts samenwerkt met de ELP of het AMW meer of extra verwijzingen van patiënten met psychische problematiek in vergelijking met de situatie waarin de huisarts niet samenwerkt?' kan geconcludeerd worden dat:

1. Er in geval van samenwerking van de huisarts met de ELP of het AMW meer GGZ-verwijzingen in de eerstelijns blijven;
2. Er echter geen extra verwijzingen naar de samenwerkingspartners plaatsvin-

den: er is geen zuigende werking naar de samenwerkingspartner.

Het volgend vergelijkingspunt aangaande de verwijsstromen betreft de mate waarin huisartsen differentiatie in de verwijzingen aanbrengen wat de ernst van de klachten betreft. Blijven er in de samenwerkingslocaties meer patiënten met ernstige stoornissen in de eerstelijns in vergelijking met het verwijsbeleid van niet-samenwerkende artsen?

Mogelijke verschillen in de aanwezigheid van psychopathologie werd gemeten ³ met de GHQ-30. Uit deze voormeting van de psychische gesteldheid bij de patiënten bleken geen verschillen tussen de verwijsbestemmingen. Bij patiënten in alle drie de onderzoeksgroepen en bij alle verwijsbestemmingen was een even grote kans op psychopathologie aanwezig.

Naast deze meting brachten de huisartsen bij alle verwijzingen een door hen ingeschatte differentiatie in klachten naar ernst aan. Daarbij onderscheiden zij drie typen van ernst: licht, matig en ernstig. Huisartsen die samenwerken met de ELP of het AMW verwezen de door hen als ernstig benoemde klachten meer naar de 2e lijn (RIAGG en overige GGZ) en de lichte en matige klachten meer naar de eerste lijn. De verwijzingen van de niet-samenwerkende artsen verschilden niet tussen eerste- en tweede-lijn.

Samengevat, op de tweede vraag die in dit hoofdstuk aan de orde was: 'Is er verschil in de wijze waarop samenwerkende en niet samenwerkende artsen differentieren naar de ernst van de stoornis?' luidt het antwoord:

1. Er blijkt in dit onderzoek geen verschil in ervaren ernst tussen patiënten verwezen naar de ELP, het AMW en de 2e lijn (volgens de GHQ-meting),
2. Huisartsen die samenwerken met de eerstelijns-GGZ verwijzen de door hen als ernstig ingeschatte problematiek meer naar de tweede lijn dan naar de eerste lijn, dit in tegenstelling tot niet samenwerkende artsen.

De derde vraag die in dit hoofdstuk beantwoord zou worden, is: 'Wordt er door de huisartsen een goed onderscheid gemaakt tussen hetgeen in het eerstelijns-circuit behandeld kan worden en hetgeen een specialistische behandeling nodig heeft?' Het gaat dus om de vraag in hoeverre de huisarts differentiatie aanbrengt naar het type stoornis. Bovendien is het de vraag of artsen die gesteund worden door samenwerking met de GGZ duidelijker tot een onderscheid kunnen komen dan artsen zonder samenwerking.

De verwijsdiagnose die de huisartsen stellen blijkt te differentieren **tussen de drie huisartsengroepen**. De samenwerkende huisartsen houden meer dan de niet-samenwerkenden de lichte problematiek in de eerste lijn, zoals angst, spanning en depressief gevoel.

In de vergelijking met de diagnosestelling van de hulpverleners bleek de meest

3

Bij de vergelijking van achtergrondgegevens van de patiënten werden er geen verschillen gevonden naar verwijsbestemming op een uitzondering na. Er was een verschil in leeftijd tussen patiënten verwezen naar de ELP en naar de 2e lijn. Voor dit verschil werd bij de vergelijking van de verwijsbestemmingen steeds gecontroleerd.

voorkomende problematiek in de huisarts-praktijk (namelijk relatieproblemen) zowel door de huisartsen als de hulpverleners vaak als zodanig benoemd te worden. Verder lopen de diagnoses vaak uiteen. Een vergelijking van diagnoses van huisartsen en hulpverleners is bovendien niet goed mogelijk door het verschil in indeling van klachten die beiden hanteren. Ook is er het verschil in intentie bij de diagnosestelling: de huisarts gebruikt de diagnose om weloverwogen een verwijfsbestemming te kiezen (of soms ook zelf tot behandeling over te gaan), terwijl de diagnosestelling bij de hulpverleners steeds als basis dient voor een heel behandelplan.

Een ander beeld komt naar voren als de beide typen diagnoses elk apart vergeleken worden **naar de verschillende verwijfsbestemmingen**. De huisartsen differentiëren in verwijfsdiagnose bij verwijfsingen naar het AMW en naar de 2e lijn (RIAGG en overige GGZ). Relatie- en verwerkingsproblematiek verwijft de huisarts naar het AMW en depressie en persoonlijkheidsstoornissen naar de 2e lijn. De hulpverleners differentiëren tussen elk van de drie onderscheiden verwijfsbestemmingen. Stemningsstoornissen en neurotische klachten worden vooral door de 2e lijn-hulpverleners gediagnosticeerd en relatie- en verwerkingsproblematiek door de ELP en het AMW.

Samengevat kan ten aanzien van de differentiatie die huisartsen aanbrengen (de derde vraag in dit hoofdstuk) gesteld worden dat:

1. de huisartsen in samenwerking met de eerste lijn duidelijker onderscheid maken bij hun verwijfsingen in de zelf ingeschatte ernst van de problemen dan niet-samenwerkende artsen. Ook bij de lichtere diagnoses (angst, spanning en depressief gevoel) verwijfsen de samenwerkenden meer naar de eerstelijns,
2. tenslotte differentiëren huisartsen in hun diagnoses voor AMW en 2e lijn, maar niet tussen ELP en AMW, of ELP en 2e lijn. Dit is echter een onderscheid dat niet alleen de samenwerkende artsen maken, ook de niet-samenwerkenden differentiëren hierin.

4 INFORMATIE VAN HUISARTS NAAR GGZ EN VICE VERSA

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag omtrent de informatie-overdracht over verwezen patiënten tussen huisartsen en hulpverleners, zoals die per patiënt is uitgewisseld en geregistreerd voor het onderzoek. Het betreft twee vraagstellingen:

- 'In hoeverre is er een verschil in de informatie-overdracht bij verwijzingen naar ELP, AMW of AGGZ tussen de huisartsen die samenwerken met de eerstelijns (ELP, AMW) en de huisartsen die niet samenwerken?'
- 'In hoeverre is er een verschil in de mate waarin hulpverleners uit de samenwerkingslocaties tijdens en na afloop van de behandeling de huisarts informeren over de voortgang en resultaten van de behandeling in vergelijking met hulpverleners uit de locaties waar niet wordt samengewerkt tussen huisarts en eerstelijns (ELP, AMW)?'

De gegevens omtrent de informatie-overdracht zijn in dit onderzoek gebaseerd op de telefonische interviews met de behandelende hulpverleners (zie bijlage 3 en 4) en de evaluatie van de huisartsen na beëindiging van de behandeling (bijlage 6). De gegevens werden verstrekt op patiëntniveau, dit wil zeggen dat er per patiënt geregistreerd werd. Er is dus geen sprake van globale inschattingen. In paragraaf 4.2 zal de informatie die de hulpverlener heeft verkregen bij de verwijzing door de huisarts beschreven worden en vervolgens in paragraaf 4.3 ook de informatie - overdracht van de hulpverleners naar de huisarts tijdens en na beëindiging van de behandeling. Bij deze evaluatie over de informatie tijdens en na beëindiging van de behandeling zal zowel de mening van de behandelend hulpverlener als die van de huisarts betrokken worden. In paragraaf 4.4 zal in de samenvatting worden ingegaan op de beantwoording van de vraag hoe de informatie - overdracht omtrent de patiënten geregeld is en hoe de huisarts op de hoogte blijft betreffende de voortgang van verwezen patiënten.

4.2 Informatie - overdracht van de huisarts naar de hulpverlener bij verwijzing

De gegevens betreffende de informatie bij verwijzing zijn gebaseerd op telefonische interviews met 124 hulpverleners die samen over 305 patiënten informatie verstrekten. Dit betreft uitsluitend de verwijzingen waarbij de patiënt toestemming heeft gegeven om de behandelend hulpverlener te benaderen in het kader van dit onderzoek. Informatie overdracht bij de verwijzing is in de drie huisartsengroepen in ruim 60% van de verwijzingen gebeurd (tabel 4.1).

Tabel 4.1 Informatie door huisarts over problematiek bij verwijzing en beoordeling of die informatie voldoende is

	ha samenwerkend ELP (N=47)	ha samenwerkend AMW (N=188)	ha zonder samenw GGZ (N=61)
Informatie bij verwijzing	63,8%	60,1%	65,6% ¹⁾
Voldoende informatie	93,5%	95,4%	92,7%

¹⁾ verschil is bij beide metingen niet significant (χ^2 -toets)

Indien er informatie verstrekt werd, was dat in de meeste gevallen voldoende informatie. Aan de hulpverleners die te kennen gaven dat zij geen informatie hebben gekregen (bijna 40%), is voorgelegd welk type informatie zij verwachten te krijgen bij een verwijzing door de huisarts. Ruim 30% van deze hulpverleners verwacht informatie over de achtergrond van de patiënt en ook bijna een kwart een korte beschrijving van de problematiek (tabel 4.2). Een verwijsdiagnose wordt veel minder verwacht en ook gaf een op de vijf van deze groep hulpverleners aan geen informatie nodig te hebben van de huisarts. Hiermee bedoelden zij dat via de eigen intake meestal voldoende informatie verkregen wordt om de behandeling te kunnen starten. Overigens nuanceerden de meeste hulpverleners hun mening wel per patiënt. Afhankelijk van de problematiek hadden zij bij de ene patiënt meer behoefte aan informatie dan bij de andere patiënt. De uitspraak van hulpverleners dat er geen informatie nodig is bij de verwijzing betreft dus geen standaard-houding van de hulpverlener, maar is gerelateerd aan het type problematiek per patiënt.

Tabel 4.2 Verwachte informatie door hulpverleners bij ontbrekende informatie van de huisarts bij verwijzing ¹⁾

verwachte informatie bij verwijzing	ha samenwerkend met ELP (N=17)	ha samenwerkend met AMW (N=70)	ha zonder samenw. (N=19)	χ^2	p	totaal (N=106)
Korte beschrijving problematiek	35,3%	15,4%	36,8%	-	n.s.	22,6%
Korte beschrijving achtergrond patiënt	29,4%	31,5%	31,6%	-	n.s.	31,1%
Verwijsdiagnose	-	2,9%	15,8%	6.563	.038	4,7%
Motivatie van arts om verwijzing	17,6%	11,4%	36,8%	6.853	.033	17,0%
Verwacht niet veel informatie	11,8%	7,1%	-	-	n.s.	6,6%
Geen informatie nodig	11,8%	24,3%	15,8%	-	n.s.	20,8%

¹⁾ totalen kunnen meer dan 100% zijn, omdat meerdere antwoorden gegeven worden

Bij de verwijzingen vanuit de groep huisartsen die niet samenwerken verwachten meer hulpverleners informatie op het punt van de verwijsdiagnose en de motivatie

voor verwijzing in vergelijking met de hulpverleners van patiënten uit de beide samenwerkingsgroepen.

De punten die hulpverleners hebben genoemd als een gemis als zij onvoldoende informatie kregen, werden bij de verwijzingen waar de informatie voldeed inderdaad ook het meest door de huisarts ingevuld. In tabel 4.3 is te zien dat het bij veel verwijzingen achtergrondinformatie over de patiënt betreft en ook werd er vaak een korte beschrijving gegeven van de problematiek van de patiënt. Een verwijsdiagnose en motivatie voor de verwijzing werd minder vaak gegeven. Dit algemene beeld omtrent informatie bij de verwijzing is terug te vinden bij alle drie de groepen huisartsen. De huisartsen die niet samenwerken geven op een punt meer informatie, namelijk een motivatie voor hun verwijzing.

Tabel 4.3 Aard van verstrekte informatie door huisartsen bij verwijzing ¹⁾

verstekte informatie	ha samenwerk. met ELP (N=37)	ha samenwerk. met AMW (N=128)	ha zonder samenw. (N=39)	χ^2	p	totaal (N=204)
Korte beschrijving problematiek	46,2%	45,5%	55,3%	-	n.s.	47,7%
Korte beschrijving achtergrond	46,2%	65,9%	63,8%	-	n.s.	61,9%
Verwijsdiagnose	15,4%	9,1%	21,3%	-	n.s.	12,8%
Motivatie van arts om verwijzing	5,1	12,9%	23,4%	6.22	.045	13,8%

¹⁾ totalen kunnen meer dan 100% zijn, omdat meerdere antwoorden gegeven werden

4.3 Informatie - overdracht van de hulpverlener naar de huisarts

Tussentijds contact

Na de verwijzing naar de GGZ is het van belang dat de huisarts geïnformeerd wordt over de voortgang en het resultaat van de hulpverlening. Verwacht kan worden dat binnen de samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en de eerstelijns (ELP of AMW) deze informatie - overdracht een vanzelfsprekend onderdeel van de samenwerking is.

Het is echter niet zo dat elke behandeling aanleiding geeft om ook tijdens de behandeling, dus tussentijds contact op te nemen. Zeker als de behandeling van korte duur is, zal tussentijds contact niet plaats vinden.

Tabel 4.4 Tussentijds contact gehad over de GGZ-behandeling volgens de hulpverlener en de huisarts, alle verwijzingen betreffend ¹⁾

	samenw. ELP (N=47)		samenw. AMW (N=179)		zonder samenw. (N=53)		hulpv. onderling	ha. onderling	verschil hulpv.-huisarts
	hulp	ha	hulp	ha	hulp	ha	p ²⁾	p ²⁾	p ²⁾
	%	%	%	%	%	%			
tussentijds géén contact gehad	55,6	34,8	47,5	45,6	69,8	60,8	.016	.014	.000
tussentijds telefonisch contact gehad	22,2	26,1	12,8	12,1	20,8	16,1	n.s.	n.s.	.000
tussentijds vis-à-vis contact gehad	15,6	19,6	33,0	28,8	-	-	.000	.000	.000
tussentijds schriftelijk contact gehad	8,9	21,7	14,0	18,1	13,2	24,1	n.s.	n.s.	.01

¹⁾ totalen tellen op tot meer dan 100%, omdat er soms meerdere typen contact gelegd werd

²⁾ χ^2 -toetsen

In tabel 4.4. zijn de rapportages over tussentijds contact van zowel de huisarts als de hulpverlener opgenomen.¹ In het algemeen verschillen hulpverleners en huisartsen in hun waarneming over de tussentijdse contacten: huisartsen constateerden minder tussentijds contact dan hulpverleners. Uit tabel 4.4 blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen of meer geen contact tijdens de behandelingsperiode is tussen hulpverlener en huisarts. Uit de waarnemingen van de hulpverleners en de huisartsen blijkt een verschil in tussentijdse contacten tussen de drie onderscheiden huisartsengroepen. Bij de huisartsen die samenwerken met de eerstelijns (ELP of AMW) wordt vaker tussentijds over de behandeling van verwezen patiënten gesproken dan bij de huisartsen die niet samenwerken.

60% van de huisartsen die niet samenwerken en 70% van de hulpverleners in die locaties constateerde dat er tussentijds geen contact is.

Met het AMW is er vooral vis-à-vis contact, met de ELP minder. Vis-à-vis contact is er helemaal niet bij de huisartsen die niet samenwerken, hetgeen significant verschilt met de beide samenwerkingsgroepen. Dit verschil in contact vis-à-vis constateren zowel de huisartsen als de hulpverleners. Over de mate waarin er telefonisch of schriftelijk contact wordt opgenomen verschillen huisartsen en hulpverleners in de drie huisartsenlocaties niet.

1

Van de huisartsenwaarnemingen zijn hier alleen de patiënten m.b.t. de participerende patiënten meegenomen, omdat de waarnemingen over patiënten die participeerden en degenen die weigerden, verschilden wat tussentijds contact betreft.

Bericht bij afsluiting behandeling

Het beeld dat naar voren komt bij de informatie-overdracht bij beëindiging van de hulpverlening laat eveneens verschillen zien tussen hulpverleners en huisartsen. Ongeveer 80% van de hulpverleners geeft aan dat ze bij de afsluiting van de behandeling de huisarts bericht geven over het resultaat van de hulpverlening (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Bericht gegeven bij beëindiging van behandeling volgens de hulpverlener en de huisarts, alle GGZ-verwijzingen betreffend ¹⁾

	samenw. met ELP		samenw. met AMW		zonder samenw.		hulpv. ha	verschil
	hulp	ha	hulp	ha	hulp	ha	p ²⁾	hulpv. ha p ²⁾
N=	48	86	167	347	53	171		
	%	%	%	%	%	%		
bericht over resultaat behandeling	79,2	26,7	82,0	32,3	77,4	18,7	n.s.	.005. .000
bericht gegeven met prognose	4,2	7,0	15,6	3,2	13,2	2,3	n.s.	n.s. .001
bericht gegeven met advies	12,5	4,7	18,0	11,5	7,5	8,2	n.s.	n.s. n.s.
geen bericht gegeven bij beëindiging	14,6	67,4	15,0	52,4	18,9	69,6	n.s.	.000 .001
onbekend of er bericht gegeven werd	-	-	1,2	4,9	-	4,1	n.s.	n.s. n.s.

¹⁾ totalen tellen op tot meer dan 100%, omdat er op meerdere wijzen bericht gegeven werd bij beëindiging

²⁾ χ^2 -toetsen

De huisartsen zelf geven daarentegen in veel mindere mate aan dat zij bericht kregen over de resultaten, slechts 20 tot 30%. ² De ervaren berichtgeving over de beëindiging van de behandeling is niet verschillend ervaren door de hulpverleners binnen de drie verschillende huisartsen locaties. De huisartsen verschillen onderling echter wel ten aanzien van de berichtgeving over het resultaat en de beëindiging van de behandeling. Meer huisartsen die samenwerken met het AMW en de ELP geven aan dat zij bericht ontvingen over het resultaat dan niet

2

Bij de berichtgeving aan het eind van de behandeling zijn er slechts ten aanzien van een punt verschillen in de waarnemingen in de waarnemingen van de huisartsen gevonden tussen participerende en niet participerende patiënten. Er werd namelijk over de resultaten van de behandeling in 32% van de participerende patiënten en in 23% van de niet participerende patiënten bericht gegeven (p=.02). Tussen de totale populatie verwezen patiënten en de participerende zij er echter geen verschillen, vandaar dat er in tabel 4.5 gekozen is voor de presentatie van de gegevens over alle verwijzingen (totale populatie) door de huisarts.

samenwerkende huisartsen. Over de beëindiging van de hulpverlening was de berichtgeving bij de met het AMW-samenwerkende huisartsen minder dan bij beide andere groepen.

Als de waarnemingen van de hulpverleners en de huisartsen met elkaar vergeleken worden, dan zijn er verschillen op een aantal punten.

Minder huisartsen dan hulpverleners geven aan dat er berichtgeving is geweest over de resultaten van de behandeling. Meer huisartsen dan hulpverleners geven aan dat er geen bericht is geweest over de beëindiging van de behandeling. Ook over berichtgeving betreffende een prognose verschillen huisartsen en hulpverleners. Meer hulpverleners dan huisartsen geven aan dat er berichtgeving was over een prognose

Tevredenheid patiënt volgens hulpverlener en huisarts

In de evaluatie over de behandeling hebben zowel de hulpverlener als de huisarts aangegeven in welke mate de patiënt volgens hen tevreden is over de behandeling in de GGZ (ELP, AMW of AGGZ). Bij controle naar mogelijke verschillen tussen participerende en niet participerende patiënten bleek dat de huisartsen verschilden in de mate waarin zij informatie hadden over de tevredenheid van beide groepen: zij hadden verhoudingsgewijs over meer participerende patiënten informatie. In tabel 4.6 en 4.7 worden vanwege dit verschil en de vergelijkbaarheid met de hulpverleners-waarnemingen alleen de patiënt-gegevens van de participerende patiënten weergegeven.

Uit tabel 4.6 blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen en hulpverleners informatie heeft over de mate waarin de patiënten tevreden zijn over de behandeling. Zowel huisartsen, als hulpverleners binnen de 3 huisartsenlocatie verschillen niet in de mate waarin zij hierover informatie hebben. Ook zijn er geen verschillen in informatie over de tevredenheid van de patiënt tussen huisartsen en hulpverleners.

De mate waarin patiënten tevreden zijn over de ontvangen hulpverlening wordt in het algemeen zowel door huisartsen als door hulpverleners hoog ingeschat (tabel 4.7). De gemiddeld ingeschatte tevredenheid is 4.3 bij de huisartsen en 4.7 bij de hulpverleners op een 5-punt schaal, variërend van 'de patiënt was ontevreden' tot 'de patiënt was tevreden'.

Verschillen in geconstateerde tevredenheid bij de patiënt tussen huisartsen en hulpverleners zijn er bij de onderscheiden huisartsengroepen niet. Vergelijken we de ingeschatte tevredenheid van patiënten tussen de verschillende verwijsbestemmingen dan zijn er eveneens geen verschillen.

Tabel 4.6 Mate waarin huisartsen en hulpverleners informatie hebben over de tevredenheid van de patiënt betreffende de GGZ-behandeling, per samenwerkingsverband en naar verwijlsbestemming

mate van informatie over tevredenheid patiënt	samenwerking ELP (N=46) ¹⁾		samenwerking AMW (N=157) ¹⁾		zonder samenwerking (N=47) ¹⁾		allen (N=250)	
	hulpverl. ²⁾	huisarts ²⁾	hulpverl. ²⁾	huisarts ²⁾	hulpverl. ²⁾	huisarts ²⁾	hulpverl. ²⁾	huisarts ²⁾
informatie over tevredenheid patiënt	%	%	%	%	%	%	%	%
informatie over tevredenheid patiënt	86,4	65,9	93,0	61,5	87,2	53,1	90,7	60,3
geen informatie over tevredenheid patiënt	13,6	34,1	7,0	38,5	12,8	46,9	9,3	39,7

X²-toetsen:

¹⁾ Hulpverleners van patiënten bij verschillende huisartslocaties verschillen niet in mate van informatie. Huisartsen van de drie verschillende huisartslocaties verschillen eveneens niet in mate van informatie

²⁾ er zijn geen verschillen in informatie betreffende de tevredenheid van de patiënten tussen hulpverleners en huisartsen (gecontroleerd voor verschillen tussen participerende en niet-participerende patiënten)

Tabel 4.7 Tevredenheid van de patiënt over de behandeling bij de GGZ volgens hulpverlener en huisarts per samenwerkingsverband

gemiddelde geconstateerde tevredenheid patiënt:	samenwerking ELP (N=46) ¹⁾		samenwerking AMW (N=157) ¹⁾		zonder samenwerking ¹⁾ (N=47)		allen (N=250)	
	hulpverl.	huisarts	hulpverl.	huisarts	hulpverl.	huisarts	hulpverl.	huisarts
%	%	%	%	%	%	%	%	%
allen	4.6	4.6	4.8	4.1	4.6	4.4	4.7	4.3
verwijsbestemming ELP ¹⁾	4.6	4.6	4.7	4.0	4.6	4.5	4.8	4.3
verwijsbestemming AMW ¹⁾	-- *	-- *	4.8	4.3	-- *	-- *	4.6	4.1
verwijsbestemming overigen ¹⁾	4.6	4.4	4.9	4.0	4.1	4.2	4.6	4.1

* kleine N, geen of vrijwel geen participerende patiënten

¹⁾ χ^2 -toetsen:

er zijn geen verschillen tussen huisarts en hulpverlener in geconstateerde tevredenheid bij patiënt;

er zijn geen verschillen in geconstateerde tevredenheid als de drie huisartslocaties vergeleken worden;

er zijn geen verschillen in geconstateerde tevredenheid als de verwijsbestemmingen ELP=AMW, AMW-overige GGZ, ELP-overige GGZ vergeleken worden

4.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd ingegaan op de informatie overdracht tussen huisartsen en hulpverleners over de verwezen patiënten met psychische problematiek.

De vraag was enerzijds of huisartsen die samenwerken met de eerstelijns (De ELP of het AMW) bij verwijzingen meer informatie geven aan de hulpverleners dan huisartsen die niet samenwerken. Anderzijds is het ook de vraag in hoeverre hulpverleners tijdens en na de behandeling de huisartsen informeren over de voortgang en beëindiging van de hulp aan verwezen patiënten.

In antwoord op de vragen over de informatie overdracht tussen huisartsen en hulpverleners kan geconstateerd worden, dat:

1. 60 % van de huisartsen informatie geeft aan de hulpverlener bij een verwijzing naar de ELP, AMW of overige GGZ,
2. de samenwerkende huisartsen geven niet bij meer verwijzingen informatie dan de niet samenwerkende artsen,
3. volgens de hulpverleners en de huisartsen ontvangen de samenwerkende huisartsen tijdens de behandelingsperiode vaker informatie over de voortgang dan huisartsen die niet samenwerken,
4. Over de berichtgeving omtrent de resultaten en de beëindiging van de behandeling verschillen huisartsen en hulpverleners van mening. Hulpverleners geven in grotere aantallen aan informatie te verstrekken.
5. In de vergelijking tussen huisartsen onderling blijken de niet samenwerkende artsen in mindere mate bericht te hebben ontvangen over de resultaten van de behandeling.
6. Bij de inschatting van de tevredenheid van de patiënten zijn huisartsen en hulpverleners in gelijke mate geïnformeerd. De tevredenheid wordt hoog ingeschat en er is geen verschil in de waargenomen tevredenheid bij patiënten als de huisartsen en de hulpverleners vergeleken worden. Dit geldt zowel voor de vergelijking tussen de patiënten van de drie huisartsenlocaties als van de onderscheiden verwijsbestemmingen.

Opmerkelijk is het verschil tussen hulpverleners en huisartsen als het gaat om de berichtgeving aan het eind van de behandeling. Het algemene beeld is dat hulpverleners in 80% van de gevallen aangeven de huisarts te berichten over de resultaten van het hulpverleningscontact, terwijl huisartsen slechts in 20 to 30 % van de gevallen die berichtgeving constateren. Eenzelfde verschil is er ten aanzien van berichtgeving over de beëindiging van de behandeling.

Dit gegeven is binnen het onderzoek per patiënt gevraagd aan zowel de hulpverlener als de huisarts. Er is dus geen globale inschatting gevraagd, maar per patiënt geregistreerd. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn, dat de hulpverleners wel bericht stuurden, maar dat de huisarts dat weer vergat, omdat het in feite berichtgeving betrof waar de huisarts niet meteen weer actie op moest ondernemen. Daarnaast kan bij de antwoorden van de hulpverleners ook een bepaalde mate van sociale wenselijkheid een rol gespeeld hebben, omdat het meestal wel van hen verwacht wordt dat zij over de beëindiging van de behandeling bericht geven. Bovendien werd in de eindfase van het onderzoek bij patiënten waarvan de hulpverlening nog niet was afgerond (17 van de 305, zie H.2 tabel 2.8) aan de behandelend hulpverleners gevraagd of zij 'van plan' waren bij afronding

bericht te geven aan de huisarts. Dit heeft bij de hulpverleners tot een iets hoger percentage geleid dan bij de huisartsen, die slechts melding gaven van feitelijk ontvangen berichtgeving.

Gesteld kan worden dat er bij de verwijzing geen verschil is tussen samenwerkende artsen en niet samenwerkende artsen in informatie overdracht van huisartsen naar hulpverleners. Bij de tussentijdse informatie en informatie bij beëindiging van de hulpverlening geven hulpverleners in grotere aantallen aan dat zij informatie verlenen aan huisartsen, dan de aantallen huisartsen die zeggen informatie te hebben ontvangen. Wel geven meer samenwerkende huisartsen dan niet samenwerkenden aan dat zij informatie krijgen over de resultaten van de behandeling.

Uit deze gegevens omtrent de informatie-overdracht kan niet worden vastgesteld dat vanwege de samenwerking er een meer gemeenschappelijke taal gehanteerd wordt dan bij het ontbreken van samenwerking. Wel zijn er duidelijk praktische voordelen verbonden aan de samenwerking en wordt de informatieverstrekking directer door de grotere nabijheid van de samenwerkingspartners in de eerstelijns.

5 DUUR EN EFFECT VAN BEHANDELING EN DE WAARDERING VAN DE HULP

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden nagegaan of er in de resultaten van de behandeling verschillen zijn tussen patiënten die verwezen werden vanuit de samenwerkingsverbanden en patiënten die verwezen werden vanuit locaties waar huisartsen niet samenwerken. De vragen die in dit hoofdstuk centraal staan, zijn:

- 'Hoe is het effect van de verkregen hulp op psychisch welzijn, algemene gezondheid en sociaal functioneren van de verwezen patiënten, en wat is het effect van de GGZ-hulp op het gebruik van de somatische zorg?'
- 'In welke mate waarderen patiënten de ontvangen hulp bij de ELP, het AMW en de overige GGZ, en wat is het effect op hun dagelijkse activiteiten?'

Echter voorafgaand aan de bespreking van de resultaten van de hulpverlening zal eerst worden ingegaan op mogelijke verschillen in de duur van de behandeling en de wachttijd voorafgaand aan de behandeling (par. 5.2). Ook dit aspect van de duur van de hulp zal vergeleken worden op eventuele verschillen tussen patiënten vanuit de samenwerkende en niet-samenwerkende huisartsenlocaties.

De resultaten of effecten van de GGZ-behandeling zijn in de eerste plaats bekeken op het terrein van het psychisch welzijn, een vergelijking van de psychopathologie voor en na de behandeling (par.5.3). Vervolgens wordt het effect op de algemene gezondheid en het sociaal functioneren van de verwezen patiënten nagegaan (par. 5.4). Daarnaast zal worden bekeken of na de GGZ-behandeling ook het gebruik van de somatische zorg en medicatie afneemt (par.5.5). Tevens is als een mogelijk effect van de hulp nagegaan in welke mate patiënten na de behandeling weer hun dagelijkse activiteiten verrichtten.

Tenslotte is de waardering van de patiënten over de verkregen hulp geïnventariseerd en wordt bekeken hoe patiënten de behandeling op enkele belangrijke aspecten in de hulpverlening hebben ervaren en gewaardeerd. Het betreft de mening van de patiënten over de intake, de hulpverleningsrelatie, de zinvolheid van de ontvangen hulp en het ervaren effect van de hulp (par. 5.6).

5.2 Wachttijd en duur behandeling

Voor de patiënt is het van groot belang dat de vraag om hulp niet voor lange tijd uitgesteld moet worden vanwege wachtlijsten bij de hulpverlenende instanties. In het kader van dit onderzoek is nagegaan of bij samenwerking tussen huisartsen en de eerstelijns (ELP of AMW) het probleem van wachttijden zich minder zal voordoen en of de behandelduur beïnvloed wordt door het samenwerken.

De wachttijd, duur van behandeling en totale hulpverleningsduur zijn in dit onderzoek gebaseerd op de registratie van de hulpverlener. De wachttijd beslaat de periode vanaf de dag dat de patiënt zich aanmeldt bij de hulpverlenings-instantie

tot aan de eerste behandeldag. De duur van de behandeling¹ begint op de eerste behandeldag tot de datum van het laatste afsluitende gesprek met de hulpverlener. De totale hulpverleningsduur is het aantal dagen tussen de dag van aanmelding en de dag van afsluiting van de behandeling met een laatste gesprek. De drie verschillende perioden worden hier in gemiddeld aantal weken weergegeven.

De patiënten van de drie onderscheiden groepen huisartsen moeten gemiddeld bijna 5 tot 7 weken wachten voor de behandeling kan beginnen (tabel 5.1). De behandelperiode duurt vervolgens gemiddeld 18 tot 23 weken. Beide perioden, zowel wachttijd als behandelduur, zijn niet significant verschillend voor samenwerkende en niet-samenwerkende artsen.

Tabel 5.1 Wachttijd en duur van behandeling in gemiddeld aantal weken, naar samenwerkingsverband

	samenwerk. ELP (N=37)	samenwerk. AMW (N=120)	zonder samenwerk. (N=38)
	gem. aantal weken	gem. aantal weken	gem. aantal weken
wachttijd	6,3	4,6	6,6 ¹⁾
duur van behandeling	17,8	23,0	18,3 ¹⁾

¹⁾ er werden bij toetsing geen significante verschillen gevonden (t-toets)

Gelet op verwijlsbestemmingen over de drie onderscheiden huisartsengroepen heen komt er wel een significant verschil naar voren in de gemiddelde wachttijd (tabel 5.2). Gemiddeld is de wachttijd bij het algemeen maatschappelijk werk geringer dan bij de verwijzingen naar de overige GGZ en ook geringer in vergelijking met de wachttijd bij de ELP. Daarbij wachten bij het AMW patiënten gemiddeld ruim 2 weken en bij de overige GGZ ruim 9 weken. De ELP zit daar met een wachttijd van 5,5 weken precies tussenin. De gemiddelde behandelduur verschilt niet tussen de eerstelijns (ELP en AMW) en de overige GGZ: de behandeling duurt gemiddeld ruim 20 weken.

Tabel 5.2 Wachttijd en duur van de behandeling in gemiddeld aantal weken naar verwijlsbestemming

	verwijs- best. ELP (N=63)	ver- wijs- best. AMW (N=92)	verwijs- best. overige GGZ (N=52)	verschil ELP- AMW	p	verschil ELP- overige GGZ	p	Verschil AMW- overige GGZ	p
	gem. aant. wk	gem. aant. wk	gem. aant. wk	t- waarde		t- waarde		t- waarde	
wachttijd	5,5	2,4	9,4	2.51	.01	2.30	.02	4.05	.000
behandelingsduur	20,5	22,0	21,2	-	n.s	-	n.s	-	n.s.

¹ Duur van de behandeling is hier niet geregistreerd in aantallen consulten.

Voor de onderlinge vergelijking is in tabel 5.3 de gemiddelde duur van de totale hulpverleningsperiode, uitgedrukt in aantal weken in kaart gebracht. Het betreft dus het gemiddelde aantal weken vanaf de aanmeldingsdag tot aan de dag van beëindiging van de hulpverlening. Er zijn geen significante verschillen in de totale hulpverleningsduur tussen verwijzingen vanuit samenwerkende en niet-samenwerkende huisartsen. Er is wel een significant verschil in het gemiddeld aantal weken binnen de ELP-locaties: de hele hulpverleningsperiode is bij de eerstelijnspsycholoog, de samenwerkingspartner, significant korter dan de periode bij de overige GGZ. Bij de AMW-samenwerkingsverbanden werd dit verschil met verwijzingen naar de overige GGZ niet geconstateerd. Bij de artsen samenwerkend met de ELP worden de verwezen patiënten naar die eerstelijnspsychologen gemiddeld in 18 weken geholpen; bij de samenwerking met het AMW worden verwezen patiënten gemiddeld in ruim 23 weken geholpen.

Wordt de gemiddelde hulpverleningsduur vanuit de verwijsbestemmingen in het algemeen bekeken, dan is de gemiddelde hulpverleningsduur bij eerstelijnspsychologen 23 weken, bij het AMW 24 weken en bij de overige GGZ 30 weken.

De gemiddelden in hulpverleningsduur van samenwerkende en niet-samenwerkende huisartsen zijn per verwijsbestemming niet significant verschillend.

Tabel 5.3 Gemiddeld aantal weken van de totale hulpverleningsduur naar samenwerkingsverband en verwijsbestemming

verwijsbestemming	samenw. ELP (eerstelijns)	samenwerk. AMW	zonder samenw.	allen
	gem. aant. wk	gem. aant. wk	gem. aant. wk	gem. aant. wk
eerstelijnspsych	17,9 ³⁾ ^{a)}	32,0 ^{a)}	23,0 ^{a)}	23,2 ¹⁾
AMW	-	23,7	33,0	24,0 ¹⁾ ²⁾
overige hulpverl.	34,2 ³⁾	31,1	25,8	30,4 ²⁾

t-toetsen:

^{a)} er zijn geen significante verschillen in gemiddelde hulpverleningsduur tussen samenwerkende en niet samenwerkende huisartsen

¹⁾ verschil tussen verwijsbest. ELP en AMW: n.s.

²⁾ verschil tussen verwijsbest. AMW en overige GGZ: n.s.

³⁾ verschil tussen verwijsbest. ELP en overige GGZ: $p < .05$

5.3 Gemeten effect van de GGZ hulpverlening op de psychische gesteldheid

De psychische gesteldheid van de verwezen patiënten is op twee momenten gemeten. De eerste keer vond er een voormeting plaats direct nadat de patiënt verwezen werd en de tweede keer na beëindiging van de behandeling. Het verschil tussen beide metingen geeft het effect van de behandeling weer. De psychische gesteldheid is gemeten met de General Health Questionnaire (GHQ-30, zie Hoofdstuk 2), die bij beide metingen door de patiënten ingevuld werd.

Tabel 5.4 Gemiddelde score op de schaal voor Geestelijke Gezondheid (GHQ): voormeting, nameting en effect naar samenwerkingsverband en verwijlsbestemming ¹⁾

	samenw. met ELP GHQ		gepaarde t- toets		samenw. met AMW GHQ		gepaarde t- toets		zonder samenw. GHQ		gepaarde t- toets		allen GHQ		gepaarde t- toets	
	voor (N=53)	na (N=32)	t-waarde	t-waarde	voor (N=238)	na (N=148)	t-waarde	t-waarde	voor (N=89)	na (N=56)	voor (N=380)	na (N=236)	t-waarde	t-waarde	voor (N=380)	na (N=236)
verwijsbestem- ming ELP (N=119)	19.60	7.55	4.44**** 2) 3)	4.81**** 2) 3)	20.89	7.61	4.81**** 2) 3)	6.30**** 2) 3)	20.48	9.28	20.32	8.25	6.30**** 2) 3)	8.25	20.32	8.96****
verwijsbestem- ming AMW (N=152)	-	-	-	10.29****	18.24	6.76	10.29****	-	-	-	18.24	7.13	-	7.13	18.24	10.22****
verwijsbestem- ming overige GGZ (N=103)	20.88	11.17	2.75*	5.25****	20.05	8.14	5.25****	3.82****	18.00	7.71	19.45	8.57 a)	3.82****	8.57 a)	19.45	7.12****
alle verwijzingen (N=374)	19.96	8.71	5.24****	12.58****	18.95	7.13	12.58****	7.14****	19.73	9.18	19.19	7.83	7.14****	7.83	19.19	15.39****

¹⁾ t-toetsen: * p ≤ .05 - > .01; ** p ≤ .01 - > .005; *** p ≤ .005 - > .001; **** p ≤ .001

²⁾ er is geen significant verschil tussen patiënten uit de samenwerkingsverbanden en patiënten van de niet samenwerkenden

³⁾ er is geen significant verschil tussen patiënten bij verschillende verwijlsbestemmingen

a) gecontroleerd voor leeftijd

De GHQ-voormeting laat zien dat de ervaren mate van psychisch onwelzijn van de patiënten uit de onderscheiden huisartsengroepen onderling niet varieert (tabel 5.4).

Bij de nameting blijkt voor alle patiënten het psychisch welzijn significant verbeterd te zijn: voor alle populaties een verbetering van de gemiddeld hoge score van 19.00 naar een score van 8.00.

Worden de gemiddelde effectmaten van patiënten uit samenwerkingsverbanden en niet samenwerkende huisartsen vergeleken en getoetst dan zijn er geen significante verschillen tussen deze populaties. Ook werden er geen verschillen tussen patiënten verwezen naar de verschillende verwijsbestemmingen geconstateerd. In termen van effectverschillen kan er geconstateerd worden dat er gemiddeld geen verschillen zijn in de mate waarin de eerstelijns-hulpverleners (ELP en AMW) en de overige (A)GGZ in dit onderzoek resultaat behaalden bij de naar hen verwezen patiënten. Hierbij moet opgemerkt worden dat het type klachten van verwezen patiënten bij eerste en tweede lijn wel differentieert (zie in Hoofdstuk 3 de verschillen in diagnosestelling) .

5.4 Gemeten effect van de GGZ-hulpverlening op de algemene gezondheid en fysieke gesteldheid

Evenals de psychische gesteldheid is ook de ervaren algemene gezondheid op twee momenten gemeten: voor en na de behandeling bij de ELP, het AMW of de overige GGZ.

De voor- en nameting van deze gezondheidsaspecten is verricht met behulp van de Rand-36, gebaseerd op de MOS (zie Hoofdstuk 2). Dit meetinstrument gaat in op de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid. Voor dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de dimensies lichamelijke en sociale gezondheid. Gemeten werden de algemene gezondheidsbeleving, de ervaren gezondheidsverandering en de beperkingen in sociale activiteiten ten gevolge van gezondheidsproblemen.

Algemene gezondheid

Wat de ervaren algemene gezondheid betreft, is er duidelijk een verbetering in de ervaren algemene gezondheid na de GGZ-behandeling bij vrijwel alle patiëntengroepen verwezen naar de eerstelijns (ELP en AMW), echter bij patiënten verwezen naar de overige GGZ werd geen verbetering gemeten als de drie huisartsenlocaties apart bekeken worden (zie tabel 5.5, bijlage 13). Tussen de patiënten van de drie onderzoekslocaties zijn er geen verschillen gevonden in de ervaren algemene gezondheid, zowel bij de voor- als de nameting. Bij een vergelijking van de patiënten verwezen naar de onderscheiden verwijsbestemmingen is er een verschil in ervaren gezondheid bij het effect (het verschil tussen voor- en nameting), waarbij de patiënten verwezen naar het AMW een hogere score op algemene gezondheid ervaren dan degenen die naar de overige GGZ verwezen werden. (Voor verdere verschillen naar verwijsbestemming: zie tabel 5.5 in bijlage 13).

Gezondheidsverandering

De mogelijke verandering in gezondheid werd gemeten door aan patiënten te vragen naar de algemene gezondheid in vergelijking met een jaar geleden. Een lage score betekent dat men de gezondheid verslechterd vindt. Bij de voormeting van de ervaren gezondheidsverandering waren de scores van de verwezen pati-

enten in het algemeen laag. In vergelijking met een jaar daarvoor vond men gemiddeld dat men er slechter aan toe was. Bij de nameting na beëindiging van de GGZ-behandeling werd de gezondheidsverandering gemiddeld veel positiever beleefd (zie tabel 5.6, bijlage 13).

Binnen elk van de drie huisartsen locaties komt er bij de vergelijking van patiënten die naar verschillende verwijsbestemmingen gingen, slechts één verschil in ervaren gezondheidsverandering naar voren. Het betreft patiënten binnen de AMW-samenwerking, waarbij een verschil in effect gevonden werd tussen patiënten verwezen naar het AMW en naar de overige GGZ: bij de laatste groep patiënten is de ervaren gezondheidsverandering groter.

De vergelijking tussen patiënten verwezen naar verschillende verwijsbestemmingen laat zien dat er enkele verschillen waren bij de voormeting van de ervaren gezondheidsverandering bij de totale patiënten-populatie (zie tabel 5.6, bijlage 13).

Beperkingen sociale activiteiten

Een derde meting aangaande de algemene gezondheid betreft de meting van beperkingen op sociale activiteiten ten gevolge van gezondheidsproblemen (tabel 5.7, bijlage 13). Een lage score op deze maat geeft extreme en frequente beperkingen in sociale activiteiten ten gevolge van gezondheidsproblemen aan. Bij de totale patiënten-populatie is er een verbetering in positieve zin wat het ondernemen van sociale activiteiten betreft. Dit positieve effect is met name waarneembaar bij patiënten verwezen vanuit de samenwerkingslocaties met het AMW en bij verwezen patiënten van de niet samenwerkende artsen. Voor patiënten verwezen vanuit de ELP-samenwerking werd ten aanzien van het ondernemen van sociale activiteiten geen verbetering geconstateerd. Tussen de patiënten van de drie huisartsenlocaties zijn er overigens geen verschillen gevonden wat het ondernemen van sociale activiteiten betreft. Dit geldt zowel voor de voor-, als de nameting.

5.5 Effect van GGZ-hulpverlening op bezoek aan zorgverleners, medicatie en dagelijkse werkzaamheden

5.5.1 Bezoek aan zorgverleners

Naast de hiervoor beschreven effecten op ervaren psychische en fysieke gesteldheid werd ook nagegaan in hoeverre medische consumptie -uitgedrukt in concreet meetbare gegevens- is verminderd. In dit verband werd aan de patiënten in de voor- en nameting gevraagd aan te geven hoe vaak ze in de voorgaande 3 maanden een of meerdere zorgverleners bezochten en of ze medicatie voorgeschreven kregen. Daarnaast werd nagegaan of patiënten vanwege ziekte hun dagelijkse werkzaamheden niet konden verrichten.

Het bezoek aan zorgverleners is bij de totale patiënten-populatie na de GGZ-behandeling veranderd. Het bezoek aan de huisarts was bij de voormeting hoog: ruim 90% bezocht de huisarts in de voorafgaande drie maanden. Deels is dit een artefact omdat de deelnemende patiënten in het algemeen naar aanleiding van hun huisartsbezoek werden geselecteerd. Huisartsen en fysiotherapeuten werden na de GGZ-behandeling minder bezocht. Het bezoek aan medisch specialisten en alternatieve hulpverleners is na de GGZ-behandeling toegenomen (tabel 5.8, bijlage 13).

Er is geen verschil gevonden in het bezoek aan de GGZ-hulpverlener. Ook bij de voormeting hadden patiënten al contacten met de GGZ. Het is mogelijk dat patiënten hun eerste vragenlijst invulden op het moment, nadat zij zich al aangemeld hadden bij de GGZ-instantie of zelfs al een eerste gesprek hadden gevoerd. Verder is er na de GGZ-behandeling geen verschil in het bezoek aan de oefentherapeut en in ziekenhuisopname in vergelijking met de voormeting, voorafgaand aan behandeling.

Tussen de patiënten van de drie huisartsenlocaties zijn er geen verschillen gevonden in de mate van het bezoek aan zorgverleners bij de voor- en de nameting. Wordt het bezoek aan zorgverleners na de GGZ-behandeling van de patiënten bij de onderscheiden verwijsbestemmingen bekeken, dan komen er enkele verschillen naar voren (zie ook tabel 5.8a, bijlage 13). Deze vergelijking laat bij de nameting zien dat het relatieve aantal patiënten bij de ELP en ook bij de overige GGZ significant groter is dan bij het AMW. Dit betekent dat in de drie maanden voorafgaand aan de nameting er bij de ELP en de overige GGZ er meer patiënten nog contact hadden met hun behandelaar dan bij het AMW.

5.5.2 Voorgeschreven medicatie

Het aantal patiënten dat medicatie kreeg voorgeschreven door de huisarts is bij de voor- en de nameting boven de 50%. De medicatie voorgeschreven via medisch specialisten lag onder de 50%. Het aantal patiënten dat medicatie kreeg via de huisarts is na de GGZ-behandeling bij de totale populatie toegenomen (tabel 5.9, bijlage 13). De middelenvoorschriften door alternatieve hulpverleners namen af. De toe- en afname van medicatie zoals beschreven bij de totale populatie, is alleen bij de patiënten verwezen vanuit de AMW-samenwerkingsverbanden op dezelfde wijze traceerbaar. Bij patiënten verwezen vanuit de ELP-samenwerking en de niet-samenwerkende artsen is er geen verschil in medicatie tussen voor- en nameting. Tussen patiënten van de drie onderscheiden huisartsenlocaties (samenwerkend met ELP, samenwerkend met AMW en niet samenwerkenden) is geen verschil in medicatie-gebruik bij de voor- en de nameting. Een vergelijking tussen de verwijsstromen laat eveneens geen verschillen in medicatie-voorschriften zien (tabel 5.9a, bijlage 13).

5.5.3 Ziekte en het verrichten van dagelijkse werkzaamheden

De voor- en nameting van de invloed die ziekte had op het verrichten van dagelijkse werkzaamheden in 3 maanden voor de beide metingen, laat bij de totale populatie een forse daling zien van aantallen patiënten die hun gebruikelijke werkzaamheden niet konden verrichten (tabel 5.10, bijlage 11). In de totale populatie verrichtte bij de voormeting ruim 35% van de patiënten hun dagelijkse werkzaamheden en bij de nameting was dit aantal gestegen tot 60%.

Van de patiënten die een baan hadden was bij de voormeting bijna 50% niet aan het werk en bij de nameting was dat aantal gedaald tot 35%. Bij degenen die huishoudelijke werkzaamheden verrichtten, is eveneens een daling te zien in het aantal patiënten dat deze taken niet verrichtte. Voor de GGZ-behandeling deed 25% het huishouden niet en erna was dit nog maar 15%.

Verschillen in de aantallen patiënten die de dagelijkse werkzaamheden weer verrichtten, zijn er niet tussen de patiëntenpopulaties van de samenwerkende en niet samenwerkende artsen.

Bij patiënten van de ELP-samenwerkingslocaties, die als dagelijkse werk huishoudelijke taken verrichtten, werd na de GGZ-behandeling geen verbetering gevonden:

het aantal patiënten dat het huishouden niet kon doen was niet gedaald. Bij de patiënten van niet-samenwerkende artsen was er geen daling als het naar school gaan en huishoudelijke taken betrof.

In het algemeen valt er ook bij de vergelijking van patiënten per verwijsbestemming na de GGZ-behandeling een verbetering te constateren. Het merendeel van de patiënten verrichtte weer in hogere mate de dagelijkse taken, op enkele uitzonderingen na (tabel 5.10a, bijlage 13). Tussen de patiënten van de verschillende verwijsbestemmingen is er één verschil gevonden. Bij de nameting onder de cliënten van de overige GGZ die als dagelijkse taak het huishouden doen, zijn er significant meer dan bij de ELP-cliënten die zich nog niet in staat achtten om dit werk weer op te pakken.

5.6 De waardering van de behandeling door patiënten

Aan alle patiënten werd bij de nameting gevraagd hun mening te geven over een viertal belangrijke aspecten van de hulpverlening. Het betreft achtereenvolgens de waardering van de intake, van de hulpverleningsrelatie, van de zinvolheid van de verkregen hulp en tenslotte van het effect van de behandeling. Voor deze waarderingsmaat werd gemeten op een vijf-punt-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de waardering is.

Intake

In het algemeen is de waardering voor de intake hoog te noemen: > 4.3 op een 5-punt-schaal (tabel 5.11). De waardering voor de intake is bij de patiënten van de samenwerkingsverbanden niet significant verschillend in vergelijking met de

Tabel 5.11 Gemiddelde waarderingscore over de intake bij de GGZ naar samenwerkingsverband en verwijsbestemming

	samenw. met ELP ¹⁾ (N=32)	samenw. met AMW ¹⁾ (N=148)	zonder samenw. ¹⁾ (N=56)	allen (N=236)
	waardering intake	waardering intake	waardering intake	waardering intake
verwijsbestemming ELP ²⁾ (N=75)	4.6	4.5	4.5	4.5
verwijsbestemming AMW ²⁾ (N=103)	-	4.5	-	4.5
verwijsbestemming overige GGZ (N=58) ²⁾	4.5	4.3	4.5	4.4
alle verwijzingen (N=236)	4.6	4.6	4.5	4.5

t-toetsen:

¹⁾ -er zijn geen significante verschillen gevonden tussen waardering van patiënten uit de eerstelijns-samenwerkingsverbanden en die van de huisartsen zonder samenwerking, en ook niet tussen patiënten van ELP- en AMW-samenwerkenden;

²⁾ -er zijn geen verschillen tussen patiënten van verwijsbestemmingen: ELP en AMW, AMW en overige GGZ, ELP en overige GGZ.

patiënten van de niet samenwerkende huisartsen, ook onderling tussen patiënten van de ELP- en de AMW-samenwerkenden zijn er geen verschillen. Ook tussen patiënten van de drie verwijsstromen was er geen verschil in waardering voor de intake (tabel 5.11).

Hulpverleningsrelatie

De gemiddelde waardering voor de hulpverleningsrelatie kan met een score tussen 4.3 en 4.7 zeer hoog genoemd worden (tabel 5.12). De verwezen patiënten vanuit de samenwerkingsverbanden en de niet samenwerkende artsen verschillen niet in hun waardering van de relatie met de hulpverlener. Wordt de gemiddelde waardering van patiënten van verschillende verwijsbestemmingen bekeken, dan waarderen de patiënten die bij het AMW terechtkomen de hulpverleningsrelatie hoger dan de patiënten verwezen naar de overige GGZ. Ditzelfde verschil wordt ook aangetroffen, als de patiënten uit de AMW-samenwerkingslocaties apart bekeken worden. Bij de ELP-samenwerkingslocaties en bij de patiënten van de niet samenwerkende artsen is dit verschil in waardering niet aangetroffen.

Tabel 5.12 Gemiddelde waarderingsscore m.b.t. de hulpverleningsrelatie naar samenwerkingsverband en verwijsbestemming

	samenw. met ELP (N=32) *	samenw. met AMW (N=148) *	zonder samenw. (N=56) *	allen (N=236)
	waard. relatie	waard. relatie	waard. relatie	waard. relatie
verwijsbestemming ELP (N=75)	4.7	4.7	4.5	4.6
verwijsbestemming AMW (N=103)	-	4.7 ¹⁾	-	4.7 ²⁾
verwijsbestemming overige GGZ (N=58)	4.6	4.3 ¹⁾	4.6	4.4 ²⁾
alle verwijzingen (N=236)	4.6	4.6	4.6	4.6

t-toetsen:

* er zijn geen significante verschillen gevonden tussen waardering van patiënten uit de eerstelijns-samenwerkingsverbanden en die van de huisartsen zonder samenwerking, en ook niet tussen patiënten van ELP- en AMW-samenwerkenden.

¹⁾ Verschil tussen patiënten bij de verwijsbestemming AMW en bij de overige GGZ.: p=.02

²⁾ Verschil tussen patiënten bij de verwijsbestemming AMW en bij de overige GGZ.: p=.002

Zinvolheid

Vervolgens hebben alle verwezen patiënten ook aangegeven in welke mate de geboden hulp zinvol was (tabel 5.13). De waardering van de zinvolheid na afloop van de behandeling lag gemiddeld eveneens hoog, variërend van een score tussen 4.3 en 4.7. Significante verschillen in waardering van de zinvolheid tussen de patiënten bij de verschillende verwijsbestemmingen zijn er niet. Wel is er een verschil in ervaren zinvolheid tussen de patiënten verwezen vanuit de AMW-samenwerkingsverbanden en de patiënten van de niet-samenwerkende artsen. Patiënten uit de AMW-samenwerkingsverbanden waarderen de ontvangen hulp in hogere mate als zinvol.

Tabel 5.13 Gemiddelde waarderingscores m.b.t. de zinvolheid van de verkregen hulp naar samenwerkingsverband en verwijfsbestemming

	samenw. met ELP (N=32)	samenw. met AMW (N=148)	zonder samenw. (N=56)	allen (N=236)
	waard. zinvolh.	waard. zinvolh.	waard. zinvolh.	waard. zinvolh.
verwijsbestemming ELP (N=120) *	4.6	4.6	4.4	4.5
verwijsbestemming AMW (N=103) *	-	4.6	-	4.6
verwijsbestemming overige GGZ (N=58) *	4.5	4.4	4.4	4.4
alle verwijfsingen (N=236)	4.6	4.5 ¹⁾	4.3 ¹⁾	4.5

t-toetsen:

* er zijn geen verschillen tussen patiënten van verwijfsbestemmingen: ELP en AMW, AMW en overige GGZ, ELP en overige GGZ.

¹⁾ Verschil tussen patiënten van AMW-samenwerking en patiënten van niet-samenwerkende artsen: p=.03.

Effect van de hulpverlening

De waardering na afloop van de behandeling over het ervaren effect van de hulp werd gemiddeld ook weer hoog gewaardeerd, met een score variërend van 4.3 tot 4.7 (tabel 5.14).

Tabel 5.14 Gemiddelde waarderingscore m.b.t. het effect van de be-handeling naar samenwerkingsverband en verwijfsbestemming

	samenw. met ELP (N=32)	samenw. met AMW (N=148)	zonder samenw. (N=56)	allen (N=236)
	waard. effect	waard. effect	waard. effect	waard. effect
verwijsbestemming * ELP (N=120)	4.6	4.4	4.4	4.5
verwijsbestemming * AMW (N=103)	-	4.4	-	4.4
verwijsbestemming * overige GGZ (N=58)	4.7	4.3	4.3	4.4
alle verwijfsingen (N=236)	4.7 ^{1) 2)}	4.4 ¹⁾	4.3 ²⁾	4.4

t-toetsen:

* er zijn geen verschillen tussen patiënten van verwijfsbestemmingen: ELP en AMW, AMW en overige GGZ, ELP en overige GGZ.

¹⁾ Verschil tussen patiënten van ELP samenwerkingsverband en AMW samenwerkende: p=.05

²⁾ Verschil tussen patiënten van ELP samenwerkingsverband en niet samenwerkenden: p=.01

Tussen patiënten binnen de verschillende verwijfsbestemmingen is er geen verschil in ervaren effect van de hulpverlening. Wel is er een verschil in ervaren effect tussen patiënten van de ELP-samenwerkingsverbanden en de patiënten van de AMW-samenwerkenden, en ook tussen patiënten van de ELP-samenwerking en

patiënten van de niet-samenwerkende artsen. De patiënten verwezen vanuit de ELP-samenwerkingsverbanden waardeerden het effect van de hulpverlening het hoogst.

5.7 Samenvatting en conclusies

De resultaten van de GGZ-behandeling stonden centraal in dit hoofdstuk. Nagegaan is of er verschillen zijn tussen patiënten, die verwezen werden vanuit de samenwerkingsverbanden van huisartsen met de eerstelijns (ELP of AMW) en patiënten van huisartsen die niet samenwerken. Die effecten van de hulpverlening bij psychische problematiek werden niet alleen nagegaan voor het psychisch welzijn van de patiënten, maar ook voor de algemene gezondheid en de medische consumptie. Daarnaast werd ook de waardering van de hulpverlening door patiënten van verschillende huisartslocaties en verwijsstromen vergeleken.

In antwoord op de eerste vraag die centraal stond in dit hoofdstuk, namelijk hoe het effect van de GGZ-hulpverlening is op het psychisch welzijn, de algemene gezondheid, het sociaal functioneren en het gebruik van de somatische zorg, kan in algemene zin geconstateerd worden dat er positieve effecten zijn.

- Het psychisch welzijn van de patiënten is aanzienlijk verbeterd en er zijn geen verschillen tussen patiënten van samenwerkende en niet samenwerkende artsen gebleken. Ook de vergelijking van patiënten bij de verschillende verwijsbestemmingen laat geen verschillen zien. Patiënten verschilden bovendien niet in algemene kenmerken (leeftijd, sekse, opleiding) en bleken ook bij de voormeting een vergelijkbaar hoge mate aan psychisch onwelzijn te ervaren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het behaalde resultaat door de ELP, het AMW en de overige GGZ vergelijkbaar is in termen van de ervaren verbetering in psychisch welzijn bij de patiënten die naar hen verwezen werden. Hierbij moet benadrukt worden, dat de aard van problematieken die naar de eerste en de tweede lijn verwezen worden wel verschilt (zie hoofdstuk 3; diagnosestelling). Verder blijkt dat patiënten van de drie huisartslocaties met een vergelijkbare wachttijd voorafgaand aan de hulp geconfronteerd worden. Echter wie verwezen wordt naar de overige GGZ moet langer wachten dan degenen die naar de ELP gaan en de wachttijd is het kortst bij het AMW.
- De algemene gezondheid van patiënten is eveneens in positieve zin verbeterd voor veel patiënten. De patiënten van de samenwerkende en niet samenwerkende artsen verschillen daarin niet. Die verbetering van de algemene gezondheid blijkt echter vooral bij de patiënten die naar de eerste lijn verwezen werden, terwijl er bij de patiënten van de tweede lijn geen verbetering tussen de voor- en de nameting blijkt. De consumptie van somatische zorg in termen van het bezoek aan zorgverleners is na de GGZ-behandeling merendeels afgenomen. Vooral het bezoek aan de huisarts daalde drastisch. Patiënten van samenwerkende en niet samenwerkende artsen verschillen niet in de mate waarin ze zorgverleners bezochten en hetzelfde geldt voor een andere vorm van medische consumptie, namelijk de voorgeschreven medicatie. De medicatie die de huisarts voorschrijft is na de GGZ-behandeling wel gestegen.

Het antwoord op de tweede vraag in dit hoofdstuk, namelijk in welke mate patiënten de verkregen hulp waarderen en welk effect de GGZ-behandeling op het verrichten van hun dagelijkse taken heeft, is eveneens positief voor deze beide aandachtspunten.

De patiënten waarderen de GGZ-hulpverlening in hoge mate. Voor zover er verschillen zijn gaat het om verschillen tussen "goed" en "zeer goed".

- de intake wordt door alle patiënten op dezelfde wijze gewaardeerd,
- de hulpverleningsrelatie wordt door patiënten verwezen naar het AMW hoger gewaardeerd dan door patiënten bij de beide andere verwijsbestemmingen,
- de zinvolheid van de hulp wordt door de patiënten van de beide samenwerkingsverbanden hoger gewaardeerd dan door patiënten van de niet samenwerkende artsen,
- het effect van de hulpverlening wordt door patiënten uit de ELP-samenwerkingsverbanden hoger gewaardeerd.

In alle condities verrichten na de behandeling meer patiënten weer hun dagelijkse taken dan voor de behandeling: 35% versus 60%. De patiënten van de drie huisartsenlocaties verschillen overigens niet in de mate waarin zij hun dagelijkse taken kunnen verrichten, niet bij de voor- en niet bij de nameting.

Samengevat kan gesteld worden dat voor alle patiënten na de GGZ-behandeling in het algemeen geldt, dat hun gezondheid verbeterd is.

Voor alle bovengenoemde effecten werden geen verschillen gevonden tussen patiënten uit de samenwerkingsverbanden en de niet samenwerkende artsen. Het al dan niet samenwerken heeft geen relatie met de effecten.

Wel was er een differentiatie tussen patiënten van de samenwerkende en niet samenwerkende artsen wat de waardering van de hulp betreft. De patiënten van de AMW samenwerkingsverbanden waardeerden de zinvolheid van de hulp hoger en de patiënten van de ELP waardeerden het effect van de hulp hoger dan patiënten van de niet samenwerkende artsen.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit hoofdstuk wordt eerst een samenvatting van het rapport gepresenteerd, gevolgd door enkele methodologische overwegingen en vervolgens wordt afgesloten met de conclusies.

6.1 Samenvatting

Veel psychische problemen worden in eerste instantie gemeld in de huisarts-praktijk, bovendien is het aantal verwijzingen van de huisarts naar de GGZ in de afgelopen decennia toegenomen. Daarnaast is de vraag om hulp in de ambulante GGZ (RIAGG's, poli's psychiatrie, PAAZ) sterker gegroeid dan in de eerstelijns. Dit heeft geleid tot zorgvershraling en wachtlijsten in de ambulante GGZ. In de uitwerking van de beleidsvisie GGZ (VWS, 1999) in een brief aan de Tweede Kamer werd geopperd om de eerstelijns en de rol van de huisarts te versterken en ook werd aangegeven dat de toegang tot de gespecialiseerde GGZ goed gestructureerd dient te worden. In dit verband werd de 'GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts' genoemd. Het doel van dit onderzoek is om aan te tonen dat door een goede samenwerking tussen huisarts en eerstelijns-hulpverleners op het gebied van de GGZ de poortwachtersfunctie beter gerealiseerd kan worden. Vandaar dat de centrale probleemstelling van dit onderzoek luidt:

In welke mate draagt samenwerking binnen de eerstelijns bij aan een betere diagnosticering, doorverwijzing en behandeling van psychische problematiek door de eerstelijns én aan de ondersteuning van de huisarts?

Vanuit deze centrale probleemstelling werden verschillende deelvragen geformuleerd, die in de hoofdstukken 3 tot en met 5 beantwoord werden. Na een korte samenvatting van de methode en de gevolgde procedure bij dit onderzoek, zullen ook de resultaten in samengevatte vorm besproken worden.

In hoofdstuk 2 werd de ***methodische en procedurele opzet van het onderzoek*** uiteengezet. Het betreft hier een beschrijvend onderzoek, waardoor generalisaties van de gegevens naar situaties waar huisartsen (nog) niet samenwerken met de eerstelijns op basis van de resultaten niet mogelijk zijn. Er werden een drietal situaties beschreven, waarbij dezelfde parameters gebruikt werden. Het gaat dan om de vergelijking van een aantal regio's waar huisartsen samenwerken met de ELP, of met het AMW en referentieregio's waar huisartsen niet samenwerken. In die drie typen regio's werden patiënten met psychische problematiek gevolgd, die verwezen werden door hun huisarts. De aanmelding van de patiënten bij het onderzoek werd door de huisartsen verricht. De deelnemende huisartsen registreerden een jaar lang elke verwezen patiënt. De patiënt-gegevens werden vervolgens verzameld bij drie groepen participanten: de huisartsen, patiënten en hulpverleners. Er werd een voor- en een nameting verricht en per patiënt duurde het hele proces van gegevensverzameling ongeveer een jaar.

De patiënten populaties van de drie huisartsenlocaties (samenwerkend met ELP, met AMW, of niet samenwerkend) verschilden niet wat de demografische kenmerken betreft: leeftijd, sekse, opleidingsniveau en burgerlijke stand.

Verder zijn de respons en non-respons-gegevens uitvoerig besproken in hoofdstuk 2, evenals de instrumenten waarmee in dit onderzoek gewerkt werd.

Samenwerking en verwijfsbeleid

Inhoudelijk werd in de eerste plaats nagegaan welke invloed de samenwerking van de huisartsen met eerstelijnspartners, respectievelijk de ELP of het AMW, heeft op de aard en omvang van het verwijfsbeleid van de huisartsen (hoofdstuk 3). Daarbij ging het om de vraag of het samenwerken met de eerstelijns tot meer of extra verwijfsingen uitnodigt in vergelijking met de situatie dat er niet wordt samengewerkt. Een vraag die daarmee samenhangt, betreft het mogelijke verschil tussen samenwerkende en niet samenwerkende artsen in de wijze waarop zij differentiëren in de ernst van de stoornissen.

In de eerste plaats bleek uit de verwijfsbestemmingen van de drie onderscheiden huisartsengroepen dat huisartsen die samenwerken met de ELP, dan wel met het AMW verhoudingsgewijs meer verwezen naar hun respectievelijke samenwerkingspartners in de eerstelijns. In totaal blijven in de samenwerkingsregio's ruim 70% van de verwezen patiënten met psychische problematiek binnen de eerstelijns, terwijl dat bij de huisartsen die niet samenwerken minder gebeurt, namelijk bij 50% van de verwijfsingen.

Bovendien bleek het gemiddelde aantal verwijfsingen per jaar per arts bij de ELP-samenwerkingsverbanden laag te zijn in vergelijking met de artsen die niet samenwerken. De artsen samenwerkend met het AMW verschilden niet in aantal verwijfsingen per jaar per arts met de niet-samenwerkende artsen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat huisartsen die samenwerken gemiddeld niet 'extra' of meer verwezen in vergelijking met niet-samenwerkende artsen. Kortom, er is geen sprake van een zuigende werking ten gevolge van de samenwerking.

Wat betreft de mate waarin huisartsen differentiatie aanbrachten in de verwijfsingen naar de ernst van de klachten, zijn er twee metingen omtrent mogelijke verschillen in de ernst van de klachten bekeken. In de eerste plaats werden mogelijke verschillen in ervaren psychisch onwelzijn gemeten met de GHQ-30. Uit de voormeting van de psychische gesteldheid bleken geen verschillen tussen patiënten van verschillende verwijfsbestemmingen. Dit betekent dat de prevalentie van psychopathologie (uitgewerkt in GHQ-scores) bij patiënten verwezen naar de ELP, het AMW en de 2e lijn-GGZ niet verschilde voorafgaand aan de behandeling. In de tweede plaats brachten huisartsen bij alle verwijfsingen een door hen ingeschatte differentiatie in klachten aan naar drie typen van ernst: licht, matig en ernstig. Huisartsen die samenwerken met de ELP of het AMW verwezen de door hen als ernstig benoemde klachten meer naar de 2e lijn (RIAGG en overige GGZ) en de lichte en matige klachten meer naar de eerste lijn. Deze differentiatie werd niet toegepast door artsen die niet-samenwerken.

Geconcludeerd kan worden dat huisartsen die samenwerken met de ELP en het AMW hun eigen inschatting van de ernst van de stoornis bij verwijfsingen laten meewegen in hun keuze voor of de eerste lijn (lichte en matige ernst van klachten), of de tweede lijn (ernstige klachten). De niet-samenwerkende artsen bepaalden hun verwijfsing niet door te differentiëren naar zwaarte van de klachten.

Een laatste vraag in het kader van het verwijsbeleid was: 'Wordt er door de huisartsen een goed onderscheid gemaakt tussen hetgeen in het eerstelijns-circuit behandeld kan worden en hetgeen een specialistische behandeling nodig heeft?'

Het gaat hier dus om de vraag in hoeverre de huisarts differentiatie aanbrengt naar het type stoornis. Bovendien is het de vraag of artsen die gesteund worden door samenwerking met de GGZ duidelijker tot een onderscheid kunnen komen dan artsen zonder samenwerking.

De verwijsdiagnose die de huisartsen stelden, bleek te differentiëren tussen de drie huisartsengroepen. De samenwerkende huisartsen verwijzen meer dan de niet-samenwerkenden lichte problematiek in de eerste lijn, zoals angst, spanning en depressief gevoel.

In de vergelijking met de diagnosestelling van de hulpverleners bleek dat de meest voorkomende problematiek in de huisarts-praktijk, namelijk relatieproblemen, zowel door de huisartsen als de hulpverleners in gelijke mate als zodanig benoemd te worden. Verder liepen de diagnoses vaak uiteen. Een vergelijking van diagnoses van huisartsen en hulpverleners was niet goed mogelijk, vooral door het verschil in indeling en benoeming van klachten dat beiden hanteren.

Een ander beeld kwam naar voren als de beide typen diagnoses elk apart vergeleken worden naar de verschillende verwijsbestemmingen. De huisartsen differentieerden in verwijsdiagnose bij verwijzingen naar het AMW en naar de 2e lijn (RI-AGG en overige GGZ). Relatie- en verwerkingsproblematiek verwijst de huisarts naar het AMW en depressie en persoonlijkheidsstoornissen naar de 2e lijn.

De hulpverleners differentieerden tussen elk van de drie onderscheiden verwijsbestemmingen. Stemmingsstoornissen en neurotische klachten worden vooral door de 2e lijn-hulpverleners gediagnosticeerd en relatie- en verwerkingsproblematiek door de 1e lijn-hulpverleners.

Informatie-overdracht tussen huisarts en hulpverlener

Een volgend punt van aandacht in dit onderzoek betreft de informatie overdracht tussen huisartsen en hulpverleners over patiënten die verwezen werden naar de GGZ (hoofdstuk 4).

De vraag was enerzijds of huisartsen die samenwerken met de eerstelijns bij verwijzingen meer informatie geven aan de hulpverleners dan huisartsen die niet samenwerken. Anderzijds is het ook de vraag in hoeverre hulpverleners tijdens en na de behandeling de huisartsen informeren over de voortgang en beëindiging van de hulp aan verwezen patiënten.

De informatie-overdracht bij de verwijzing kreeg bij ruim 60% van de huisartsen aandacht. De huisartsen in beide samenwerkingsverbanden en de huisartsen die niet samenwerken verschilden daarin niet. De hulpverleners vonden de verkregen informatie bij de verwijzing merendeels voldoende. Als de huisartsen geen informatie gaven bij de verwijzing, hadden de hulpverleners vooral achtergrondinformatie over de patiënt en een korte beschrijving van de problematiek verwacht.

De huisartsen die wel informatie verschaften bij de verwijzingen concentreerden zich inderdaad op een beschrijving van de problematiek en achtergrond informatie. Daarin verschilden de samenwerkende huisartsen niet van de artsen die geen samenwerking met de GGZ hebben.

Tijdens de behandelingsperiode was er bij de huisartsengroepen die samenwerken volgens de hulpverleners in meer gevallen tussentijds contact dan bij de huisartsen zonder samenwerking.

Opmerkelijk is het verschil tussen hulpverleners en huisartsen als het gaat om de perceptie van de berichtgeving aan het eind van de behandeling. In 80% van de gevallen gaven de hulpverleners aan dat zij de huisarts berichtten over de resultaten van het hulpverleningscontact, terwijl huisartsen slechts in 20 to 30 % van de gevallen die berichtgeving constateerden. Dit gegeven is binnen het onderzoek per patiënt gevraagd aan zowel de hulpverlener als de huisarts. Er is dus geen globale inschatting gevraagd, maar per patiënt geregistreerd. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn, dat de hulpverleners wel bericht stuurden, maar dat de huisarts dat weer vergat, omdat het in feite berichtgeving betrof waar de huisarts niet meteen weer actie op moest ondernemen. Daarnaast kan bij de antwoorden van de hulpverleners sociale wenselijkheid een rol gespeeld hebben, omdat van hen verwacht wordt dat zij over de beëindiging van de behandeling bericht geven. Verder werd in de eindfase van het onderzoek bij patiënten die nog in behandeling waren aan de hulpverleners gevraagd of zij van plan waren bij de afronding van de behandeling bericht te sturen (dit betrof 17 van de 305 patiënten).

Over de mate waarin patiënten tevreden zijn over de ontvangen hulp in de GGZ zijn meer dan de helft van de huisartsen en de hulpverleners geïnformeerd. Op dit punt zijn er geen verschillen tussen samenwerkende en niet samenwerkende artsen. De mate van tevredenheid wordt overigens zowel door huisartsen als hulpverleners hoog ingeschat.

Er zijn geen verschillen tussen huisartsen en hulpverleners omtrent de mate waarin zij tevredenheid waarnemen bij de patiënten. Bij een vergelijking van de geconstateerde tevredenheid tussen patiënten bij verschillende verwijsbestemmingen zijn er ook geen verschillen zowel in de waarnemingen van de hulpverleners als van de huisartsen.

Effecten van de GGZ-behandeling

Een van de vragen in dit onderzoek betrof het effect dat de GGZ-behandeling heeft op de gezondheid en het functioneren van patiënten en dan met name het effect van de behandeling in de verschillende samenwerkingsvarianten. Bekeken werd of er wat de effecten betreft verschillen zijn tussen patiënten, die verwezen werden vanuit de samenwerkingsverbanden van huisartsen met de eerstelijns en patiënten van huisartsen die niet samenwerken. Die effecten betroffen het psychisch welzijn van de patiënten, de ervaren algemene gezondheid en de medische consumptie. Daarnaast werd ook de waardering van de patiënten ten aanzien van de hulpverlening vergeleken.

Wachttijd en behandelduur

Voorafgaand aan de effectmetingen werd eerst nog nagegaan in hoeverre er verschillen waren in wachttijd en duur van behandeling. De wachttijd, de behandelduur en ook de totale hulpverlenings-duur bleken niet verschillend te zijn voor patiënten verwezen vanuit de samenwerkingsverbanden met de ELP, het AMW en de niet-samenwerkende artsen. Er is gemiddeld een wachttijd van bijna 5 tot 7 weken en een behandelduur variërend van 18 tot 23 weken. Wel zijn er voor patiënten bij de verschillende verwijsbestemmingen verschillen in wachttijd, maar dit geldt dus voor

patiënten vanuit alle drie de huisartslocaties. Wie naar het AMW verwezen werd, kon sneller geholpen worden dan bij de ELP en bij de overige GGZ was de wachttijd het langst. Verder bleek de totale hulpverleningsduur aanmerkelijk korter te zijn (18 weken) als patiënten vanuit de samenwerkingsverbanden met de ELP verwezen werden naar de samenwerkingspartner: de eerstelijns-psycholoog.

Psychisch welzijn

Het effect van de GGZ-behandeling op het psychisch welzijn van de verwezen patiënten werd gemeten met de GHQ-30. In de eerste plaats bleek uit de toetsing van het verschil tussen de voor- en de nameting met de GHQ-30, dat gemiddeld bij alle verwezen patiënten een significant positieve wending in de psychische gezondheid heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat het psychisch welzijn bij alle patiëntgroepen na de behandeling goed verbeterd is.

Uit de GHQ-gegevens bleek ook, dat er bij de voormeting geen verschillen waren in het voorkomen van psychopathologie tussen patiënten van de drie huisartsenlocaties, maar ook niet tussen patiënten verwezen naar de ELP, het AMW of de overige GGZ. Op basis van deze gegevens en het feit dat de populaties niet verschilden in algemene kenmerken (leeftijd, sekse en opleiding), kan gesteld worden dat de geboden hulp in de eerste lijn (ELP en AMW) -in termen van bereikte verbeteringen in ervaren psychisch welzijn- vergelijkbaar is met de bereikte resultaten door de overige GGZ. De geleverde hulp is bij de verschillende verwijsstromen van vergelijkbaar goede kwaliteit. De problematiek waar de eerste en de tweede lijn mee te maken krijgen, verschilt echter zoals blijkt uit de verschillen in diagnosestelling.

Algemene gezondheid

Naast het effect op het psychisch welzijn werd bekeken of na de GGZ-behandeling ook de algemene gezondheid en de medische consumptie veranderd was. Tussen patiënten van de drie onderscheiden locaties zijn er geen verschillen in algemene gezondheid gevonden. De ervaren algemene gezondheid gemeten bij de nameting bleek bij alle patiënten verwezen naar de eerstelijns (ELP en AMW) verbeterd te zijn, echter patiënten verwezen naar de overige GGZ verbeterden niet in ervaren algemene gezondheid.

Medische consumptie

Wat de medische consumptie betreft, bleek het bezoek aan de huisarts en fysiotherapeut te zijn afgenomen. Echter, medisch specialisten en alternatieve zorgverleners werden bij de nameting meer bezocht. In aantallen patiënten moet hierbij bedacht worden, dat bij de voormeting vrijwel alle patiënten de huisarts bezochten en dit aantal aanzienlijk afgenomen was bij de nameting, terwijl de medisch specialist bij de voormeting door een relatief gering deel van de patiënten bezocht werd en dat waren er bij de nameting meer geworden, maar geen grote aantallen.

De patiënten van de drie huisartsenlocaties verschilden bij de voor- en de nameting niet in de mate van bezoek aan zorgverleners en hetzelfde bleek bij medicatiegebruik. Bij de nameting bleek de voorgeschreven medicatie via de huisarts te zijn toegelaten.

Dagelijkse werkzaamheden of ziekte

Tenslotte werd ook bekeken in hoeverre patiënten die verwezen werden naar de GGZ hun dagelijkse werkzaamheden konden verrichten. Bij de nameting bleek dat het aantal patiënten dat de dagelijkse werkzaamheden uitvoert, duidelijk is toegenomen in vergelijking met de voormeting: van 35% naar 60%. Tussen de patiënten van de drie huisartsenlocaties zijn er geen verschillen bij voor- en nameting in de mate waarin men de dagelijkse werkzaamheden verrichtte.

Waardering door de patiënten

Een laatste type meting aangaande het resultaat van de GGZ-behandeling, gaat in op de waardering door de patiënten. Zij gaven hun mening over de intake, de hulpverleningsrelatie, de zinvolheid van de verkregen hulp en het ervaren effect van de hulp. De waardering over deze vier aspecten was over het algemeen heel hoog: >4.3 op een vijfpunt-schaal. Over de intake en de hulpverleningsrelatie was er geen verschil in waardering bij een vergelijking tussen patiënten van de drie huisartslocaties en over de intake verschilden ook de patiënten bij verschillende verwijsbestemmingen niet. Bij de waardering van de hulpverleningsrelatie was er wel een verschil gelet op de verwijsbestemmingen. Patiënten verwezen naar het AMW waardeerden de hulpverleningsrelatie hoger dan de patiënten van de overige GGZ.

Bij de waardering van de zinvolheid van de hulp waardeerden patiënten vanuit de AMW samenwerkingsverbanden de hulpverlening in hogere mate als zinvol in vergelijking met patiënten van de niet samenwerkende artsen.

De waardering van het effect van de hulpverlening werd door patiënten vanuit de ELP samenwerkingsverbanden hoger gewaardeerd dan door de patiënten van de AMW-samenwerking en van de niet samenwerkende artsen.

6.2 Methodologische overwegingen

Bij dit onderzoek vragen enkele methodologische aspecten om nadere toelichting. Daarbij gaat het om de wijze waarop de drie huisartsenpopulaties geselecteerd werden, de gegevensverzameling en de meting van met name de ernst of zwaarte van de ervaren klachten.

Selectie huisartsenlocaties

De selectie van de huisartsenlocaties zoals beschreven in hoofdstuk 2 is systematisch en weloverwogen tot stand gekomen bij de huisartsenlocaties samenwerkend met het AMW en de niet samenwerkende huisartsen. Bij de selectie van de AMW-samenwerkenden werden alle AMW-locaties via een landelijke mailing benaderd en gevraagd zich te melden voor het onderzoek als zij daaraan mee wilden werken. Volgens de criteria: landelijke spreiding en differentiatie in urbanisatiegraad werden er vervolgens voldoende AMW-samenwerkingslocaties geselecteerd. Bij de selectie van de niet samenwerkende huisartsen werd eveneens landelijk via de DHV's (Districts Huisartsen Verenigingen) een oproep gedaan en vond er onder de aangemelde huisartsengroepen een selectie plaats.

Bij de selectie van de ELP-samenwerkingsverbanden was het moeilijker om de selectie zo gestructureerd aan te pakken, omdat er minder informatie ter beschik-

king was over registratie en samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en ELP's. De selectie heeft daardoor niet op basis van een landelijke oproep plaatsgevonden, maar is vooral via de informatie die de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen verstrekte rechtstreeks op enkele samenwerkingslocaties gericht geweest. Daarbij kwam dat het moeilijk was eerstelijnspsychologen te vinden die aan het project konden deelnemen in termen van tijdsinvestering. Deze selectieprocedure onderstreept eens te meer het feit dat de resultaten van dit onderzoek louter beschrijvend zijn en niet als generaliseerbaar naar andere huisartslocaties beschouwd kunnen worden.

Verzameling van gegevens

Een moeilijk punt bij de dataverzameling is steeds het verkrijgen van voldoende respons. Bij dit onderzoek kwam daar nog bij dat het insluiten van patiënten in handen lag van de participerende huisartsen. Het was ongetwijfeld een lastige taak voor de huisartsen om bij elke verwijzing naar de GGZ eraan te denken de patiënten te vragen om instemming tot deelname aan het onderzoek.

Om te voorkomen dat verwezen patiënten niet aangemeld zouden worden voor het onderzoek werd door de onderzoekers op diverse wijzen aandacht besteed aan dit punt. Huisartsen die 14 dagen aaneensluitend geen patiënten aanmeldden voor het onderzoek werden telefonisch benaderd om hen aan het onderzoek te herinneren. Ook werden er in de loop van het onderzoek drie nieuwsbrieven over de voortgang van het onderzoek toegestuurd aan alle artsen en de participerende GGZ-organisaties. Daarnaast waren de onderzoekers op vastgestelde tijden telefonische bereikbaar en konden artsen overleggen ingeval het aanmelden van patiënten vragen oproep.

Op deze wijze is getracht een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van de omvang en de aard van alle verwijzingen naar de GGZ.. Het vermoeden bestaat dat er bij de gegevensverzameling sprake is van enige onder-raportage, dit wil zeggen, dat door sommige artsen een aantal patiënten verwezen naar de GGZ vergeten zullen zijn bij de registratie voor het onderzoek. Zo bleken er bij de registratie van alle verwezen patiënten er door de huisartsen die samenwerken met de ELP vrijwel geen verwijzingen naar het AMW gemeld te worden. Deels kan dit verklaard worden door het gegeven, dat patiënten zonder een verwijzing van de huisarts naar het AMW kunnen gaan: slechts 30% van de patiënten van het AMW komen er via de huisarts. Bovendien betreffen niet alle verwijzingen naar het AMW psychische problematiek, ongeveer 50% van de cliënt-vragen bij het AMW betreffen andere vragen. Behalve deze verklaring voor de vrijwel ontbrekende verwijsstroom naar het AMW moet toch ook gedacht worden aan het verwijsbeleid van de betreffende huisartsen. Bij navraag gaven de artsen aan dat zij inderdaad weinig naar het AMW verwijzen, omdat het AMW laagdrempelig en vrij toegankelijk is.

De verzameling van gegevens bij hulpverleners en patiënten werd eveneens geoptimaliseerd door regelmatige herinneringen aan deelname. Bij de patiënten gebeurde dat zowel telefonische als schriftelijk (meestal 3 weken na toezending van de vragenlijsten). Bij de hulpverleners werd er op vaste tijden geïnformeerd bij de contactpersonen of reeds aangemelde patiënten al in behandeling waren en bij de nameting of de behandeling van patiënten reeds beëindigd was.

De respons is door deze intensieve benadering naar tevredenheid, maar op het tijdstip waarop het onderzoek afgerond moest worden, waren er nog steeds patiënten in behandeling en dit gegeven heeft bij de nameting de respons verlaagd.

Meting van de 'zwaarte van klachten'

Bij de meting van verschillen in de ervaren zwaarte van de klachten werden in het onderzoek twee metingen gebruikt. In de eerste plaats de GHQ-meting als objectieve maat en in de tweede plaats de subjectieve inschatting van de ernst van de stoornissen door de huisartsen. Bij beide metingen moet een kanttekening geplaatst worden. De GHQ is als meetinstrument bedoeld om psycho-pathologie vast te stellen. Met de GHQ is dus gemeten of er verschillen zijn in de mate waarin psychisch onwelzijn werd ervaren door patiënten van de onderscheiden huisartslocaties. De GHQ geeft geen zwaartemeting in termen van ernstige of minder ernstige klachten. Wel geeft dit instrument goed inzicht in het effect dat de hulpverlening heeft gehad. De verschilscore tussen voor- en nameting geeft de effectmaat aan. Dit effect geeft een betrouwbaar beeld van de vooruitgang die bij patiënten aan het eind van de behandeling bereikt is.

Bij de subjectieve inschatting van de ernst van de stoornissen door de huisartsen gaat het duidelijk om de zienswijze van de arts en in dit onderzoek betrof het 54 verschillende huisartsen die elk hun oordeel over de mate van ernst uitspraken. De vraag of inderdaad de ernst van de klachten gemeten werd (dus hoe valide de metingen zijn) laat echter de gevonden resultaten omtrent het verwijlsbeleid van de artsen (namelijk al dan niet overeenkomstig hun subjectieve inschatting) ongemoeid.

6.3 Conclusies

In dit onderzoek zijn een aantal inzichten omtrent het belang van samenwerking tussen huisarts en eerstelijns-GGZ naar voren gekomen. De gegevens van dit onderzoek kunnen weliswaar niet gegeneraliseerd worden naar situaties waar (nog) niet wordt samengewerkt, maar het geeft wel aan waar samenwerking aan bijdraagt.

Uit de samenvatting aangaande het verwijlsbeleid van huisartsen blijkt dat op een aantal belangrijke punten de ondersteunende werking van de samenwerking in de eerstelijns gebleken is. Het verwijlsbeleid van de huisartsen die samenwerken laat zien dat de samenwerking hen blijkbaar stimuleert om meer dan niet samenwerkende artsen patiënten met psychische problemen naar de eerste lijn te verwijzen. Dit gebeurt niet willekeurig, want samenwerkende artsen blijken hun eigen inschatting omtrent de ernst van de stoornis ook duidelijk te hanteren als differentiatie criterium. Huisartsen die niet samenwerken differentiëren niet op deze wijze. Ook wat betreft de aard van de stoornis hebben vooral samenwerkende artsen de meer lichte stoornissen, zoals angst, spanningen en depressief gevoel naar de eerstelijns verwezen, terwijl bij de niet-samenwerkenden deze differentiatie niet duidelijk naar voren komt. Verder verwijzen samenwerkende artsen zeker niet extra veel of meer patiënten dan de niet samenwerkende artsen.

Op basis van deze gegevens kan geconcludeerd worden dat samenwerking met de eerstelijns (ELP of AMW) huisartsen ondersteunt of stimuleert tot het gericht en gedifferentieerd verwijzen van psychische problematiek. Het gevolg is dat samenwerking eraan bijdraagt dat meer psychische problematiek in de eerste lijn behandeld wordt. De samenwerking tussen huisarts en eerstelijns (ELP of AMW) leidt tot een verschuiving in de eerste lijn (met behoud van kwaliteit). Als er niet samengewerkt wordt, gaan 50% van de verwijzingen naar de eerstelijns, samenwerking kan deze verwijsstroom tot $\pm 70\%$ verhogen (zie tabel 3.1). Bovendien is het niet zo dat samenwerking als bij-effect ertoe leidt dat huisartsen die samenwerken met de eerstelijns door het samenwerkingscontact meer of extra patiënten verwijzen in vergelijking met artsen die niet samenwerken. Differentiatie in patiënt-kenmerken komt eveneens niet naar voren, waaruit blijkt dat samenwerkende en niet samenwerkende artsen deze kenmerken in hun verwijfsbeslissing niet verschillend hanteren.

Bij de informatie-overdracht over verwezen patiënten blijkt het samenwerken tussen huisartsen en eerstelijns (ELP, AMW) eveneens van belang te zijn. In de eerste plaats blijken de korte lijnen bij samenwerking, vooral de directe bereikbaarheid belangrijk te zijn voor de aard van het contact. Samenwerkende artsen zien elkaar regelmatig of nemen sneller de telefoon, terwijl de niet-samenwerkende artsen en hun hulpverleningscontacten elkaar schriftelijk op de hoogte houden.

Verschillen in de mate waarin verwijfsinformatie verstrekt wordt, zijn er niet tussen samenwerkende en niet samenwerkende artsen. Wel blijken de niet samenwerkende artsen van de hulpverleners minder vaak bericht te ontvangen over de resultaten van de behandeling.

De diagnosestelling van artsen en hulpverleners kunnen niet vergeleken worden, omdat zij verschillende indelingen in klachten hanteren en ook met verschillende intenties naar de klacht kijken (de huisarts als verwijfszender en de hulpverlener als behandelaar). Dit betekent dat hulpverleners en artsen elkaars taal niet spreken en dat geldt ook voor de samenwerkende artsen. Samenwerkende artsen differentiëren weliswaar in hun verwijfsingen naar de eerste en de tweede lijn, maar dat gebeurt op basis van eigen subjectieve criteria.

Geconcludeerd kan worden dat huisartsen die samenwerken niet in grotere aantallen dan hun niet-samenwerkende collega's informatie verschaffen bij verwijfsingen naar de GGZ. Wel blijken zij met de hulpverleners op een veel directere manier te communiceren over de verwezen patiënten. De informatie over de behandeling door hulpverleners naar de huisartsen komt bij de niet samenwerkende artsen minder voor dan bij de samenwerkende artsen. Samenwerking heeft er nog niet toe geleid dat men ook meer elkaars 'taal' spreekt in termen van diagnosestelling en indeling van klachten.

De behaalde effecten van de GGZ-behandeling op het psychisch welzijn zijn zeer positief. Voor alle patiëntengroepen geldt dat er gemiddeld een verbetering van hun psychisch welzijn geconstateerd is. Er zijn geen verschillen tussen patiënten van huisartsen die samenwerken in de eerstelijns (met ELP of AMW) en patiënten

van de niet samenwerkende artsen. Verder bleek ook dat er geen verschil is tussen de resultaten van de hulpverlening in de eerstelijns en de tweede lijn. De eerste lijn en de tweede lijn hebben beide kwalitatief positieve resultaten bereikt bij de patiënten die naar hen verwezen werden.

Verder bleek dat er geen verschil is in de algemene gezondheid tussen patiënten van samenwerkende en niet samenwerkende artsen. Wel werd er geen verbetering in ervaren algemene gezondheid geconstateerd bij patiënten verwezen naar de overige GGZ.

Bij de medische consumptie nam het bezoek aan de huisarts sterk af en nam het bezoek aan medisch specialist toe (in absolute aantallen niet erg veel).

Voorgeschreven medicatie nam ook af, alleen de medicatie voorgeschreven door de huisarts nam toe.

De conclusie is dat na de behandeling het psychisch welzijn gemiddeld bij alle patiënt- groepen aanzienlijk verbeterd is. Er zijn geen verschillen gevonden in de behaalde resultaten, hetgeen betekent dat er kwalitatief goede hulp verleend is door ELP, AMW en overige GGZ. Ook de algemene gezondheid is gemiddeld goed verbeterd en de medische consumptie is in veel gevallen afgenomen.

Een volgend punt waarbij de samenwerking een rol gespeeld kan hebben, betreft de mate waarin patiënten de hulpverlening waardeerden. Vanzelfsprekend kunnen bij deze waardering ook nog veel andere factoren een rol gespeeld hebben naast de samenwerking tussen de huisarts en de hulpverlening, maar er waren duidelijk verschillen tussen patiënten van samenwerkende en niet samenwerkende artsen.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de samenwerking de waardering positief beïnvloed. Patiënten van de AMW-samenwerkingslocaties waardeerden de zinvolheid van de hulp hoger en patiënten van de ELP-samenwerking hadden een hogere waardering voor het effect van de hulpverlening dan de patiënten van de niet-samenwerkende artsen.

6.4 Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft laten zien dat samenwerken met de eerste lijn, ELP of AMW voor huisartsen ondersteuning biedt in hun taak als verwijzer. Verder verloopt de informatie-verschaffing bij samenwerkende huisartsen directer en is er ook meer terug-rapportage bij de beëindiging van de hulp. Ook draagt samenwerking ertoe bij dat meer hulpvragen in de eerstelijns behandeld worden bij behoud van een kwalitatief goede hulpverlening, en zonder dat er een zuigende werking van de samenwerking uitgaat.

Samengevat toont het onderzoek aan dat samenwerking in de eerste lijn een ondersteuning is voor de poortwachterstaken van de huisarts naar de GGZ.

Verdere **activering van deze vormen van samenwerking** is dan ook de eerste aanbeveling die hier genoemd moet worden. Er zijn echter ook enkele andere punten naar voren gekomen, waar nadere aandacht aan besteed kan worden.

Een aandachtspunt hangt met de eerstgenoemde aanbeveling samen. Als er meer psychische problematiek in de eerste lijn blijft in samenwerkingssituaties, zal er in elk geval ook **voldoende capaciteit moeten zijn in de eerstelijns** om de toestroom op te vangen. Dit betekent dat afhankelijk van de plaatselijke situatie de capaciteit van ELP of AMW onder de loep genomen moet worden als er besloten wordt een samenwerkingsverband met de huisarts aan te gaan. In reeds bestaande samenwerkingssituaties zal een dergelijke berekening vanzelfsprekend ook nodig zijn. Het recente besluit van de Minister van VWS om 25 miljoen gulden beschikbaar te stellen voor capaciteitsuitbreiding van het AMW past geheel binnen de lijn van deze aanbeveling.

Aansluitend bij de gewenste ondersteuning van de huisarts als verwijzer zal in de toekomst nagedacht moeten worden over **heldere criteria met betrekking tot de ernst van de psychische problematiek**.

Huisartsen die samenwerken blijken hierin weliswaar meer te differentiëren, maar dat gebeurt op basis van een subjectieve inschatting. Wellicht is het directe contact met de eerstelijns (ELP of AMW) voor individuele artsen al een belangrijke steun bij deze taak, maar de verwijstaak zou nog beter ondersteund kunnen worden door vastgestelde criteria voor het bepalen van de ernst van de klachten. De GHQ biedt als meetinstrument weliswaar de mogelijkheid om gemiddelde verschillen tussen populaties aan te geven betreffende hun psychisch (on)welzijn, maar dit instrument geeft geen criteria voor de ernst of de zwaarte van de problematiek. Voor de huisarts zou een instrument dat juist de zwaarte kan bepalen een waardevol hulpmiddel zijn bij de verwijzing. Behalve een differentiatie-instrument is ook de al eerder beproefde vorm van **consultatie** door de GGZ een belangrijke ondersteuning bij de taak van verwijzen. Ook met betrekking tot consultatie vanuit de gespecialiseerde GGZ zijn door de minister het afgelopen jaar belangwekkende initiatieven genomen. Op jaarbasis is voor 1999 en 2000 zes miljoen gulden beschikbaar voor consultatieprojecten. In april 2000 waren er ongeveer 50 consultatieprojecten actief. Deze projecten nemen verschillende vormen aan: consultatie van GGZ-hulpverleners aan de huisarts naar aanleiding van ingebrachte patiënten, consultatieve gesprekken van arts, GGZ-hulpverlener en patiënt of eenmalige consulten van patiënten bij GGZ-hulpverleners, al dan niet in aanwezigheid van de huisarts. In een aantal gevallen zijn ook het AMW of de ELP betrokken. Het valt te verwachten dat al deze vormen van regulier contact tussen gespecialiseerde GGZ-hulpverleners en de eerstelijns een bijdrage zullen leveren aan de ontwikkeling van een gemeenschappelijk begrippenkader, of tenminste van het over en weer verstaan van de begrippen die in de eerstelijns en door de GGZ gehanteerd worden. De resultaten van dit onderzoek laten in elk geval zien dat samenwerking loont.

LITERATUUR

American Psychiatric Association, DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e druk), Washington D.C., American Psychiatric Association, 1994

Beekman, A.T.F., Limbeek, J. van, Deeg, D.J.H., Wouters, L., Tilburg, W. van, Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de algemene bevolking; de bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Tijdschrift voor Geriatrie en Geriatrie, 1994, Vol. 25, p. 95-103.

Brunenberg, W., Neijmeijer, L., Hutschemaekers, G., Beroep: psycholoog/pedagoog. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van pedagogen en psychologen in de gezondheidszorg. NcGv, Utrecht, 1995

Goldberg, D.P.: Identifying psychiatric illness among general medical patients. Br Med J 291 (1985) 161-162.

Goldberg, D., Huxley, P., "Common mental disorders, a bio-social model", Tavistock/Routledge, London and New York, 1992

Hutschemaekers, G en K van de Camp, Psychotherapie in getallen. Trimbos Instituut, ZorgOnderzoek Nederland, Utrecht, 1999

Kerssens, J.J., W.J. de Vries en P.F.M. Verhaak. Samenwerking tussen huisarts en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Nivel, Trimbos Instituut, Utrecht, 1998

Lamberts, H., Het huis van de huisarts, MEDI-tekst, Lelystad, 1991

Limbeek, J. van, Berg, C.E.A. van den (red.) Patiënt, stoornis en zorg. GG & GD, Amsterdam, 1994

Ministerie van WWS, Beleidsvisie GGZ, Den Haag, 1999,

Ministerie van WWS, Brief aan de Tweede Kamer, 11 november 1999.

Ormel, J., W. Brink, M.W.J. Koeter, R. Giel, K. Meer, G. Willige, and F.W. Wilmink. "Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study." Psychol Med 20(1990):909-923.

Ormel, J., M.W.J. Koeter, W. Brink, and G. Willige. "Recognition, Management and course of anxiety and depression in general practice." Arch Gen Psych 48(1991):700-706.

Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in Praktijk. Over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land. Utrecht, september 1995

Rijk, de K., P. Verhaak, B. Tiemens, W. de Vries, J. Kerssens en G Hutschemaekers. Tussen de lijnen: Achtergrondstudie bij de beleidsvisie GGZ. Trimbos Insituut, NIVEL, Utrecht, 1999.

Sande van der R., F. van Hoof en G.Hutschemaekers. Vraag en aanbod in de RAIGG, NCGV, 1992

Sixma, H.J. en C. van Campen. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg : de Quote vragenlijsten. Nivel (intern), 1996

Verhaak, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk. Proefschrift Rotterdam, NIVEL, Utrecht, 1986

Verhaak, P.F.M. "Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners." British Journal of General Practice 43(1993):203-208.

- Verhaak, P.F.M. "Mental disorder in the community and in General Practice" Avebury, Aldershot, 1995
- Verhaak, P., Bruin, A. de, Bakker, R., Mareé, J., Het algemeen maatschappelijk werk in de 1e-lijns GGZ. NIVEL, Utrecht, 1997.
- Verhaak, P.F.M., Lisdonk, E.H. van de, Bor, J.H.J., Hutschemaekers, G.J.M., Gps' referral to mental health care during the past 25 years, British Journal of General Practice, April 2000, p. 307-308.
- VOG, Het Algemeen Maatschappelijk Werk in beeld, jaarrapport 1998, Utrecht:VOG, 2000.
- WWS Jaaroverzicht Zorg 1997, Sdu Uitgeverij, s'Gravenhage, 1996
- Wonca (World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners (Family Physicians). ICPC-2 (International Classification of Primary Care (2e druk), Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 1998
- Zee, van der, J., R. Sanderman. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RANO-36, een handleiding. Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, RUG 1992

BIJLAGEN

Aanmeldingsformulier: Onderzoek Poortwachtersfunctie GGZ

Naam en adres patiënt (indien toestemming verkregen):

Patiëntnr. (indien patiënt geen toestemming geeft):

Hieronder aankruisen wat voor de patiënt van toepassing is.

Verwijsbestemming:

Geprefereerde verwijzing werd belemmerd (door bijv. wachtlijst). Zonder deze belemmering zou geprefereerde verwijsbestemming zijn:

Eerstelijnspsycholoog,
naam:

Eerstelijnspsycholoog
naam:

Algemeen Maatschappelijk Werk

Algemeen Maatschappelijk Werk

RIAGG, in:

RIAGG, in:

Polikliniek psychiatrie,
naam:

Polikliniek psychiatrie
naam:

CAD, in:

CAD, in:

Vrijgevestigd psychiater,
naam:

Vrijgevestigd psychiater,
naam:

Vrijgevestigd psychotherapeut,
naam:

Vrijgevestigd psychotherapeut,
naam:

Anders, te weten

Anders, te weten

Verwijsdiagnose/symptomen waarvoor verwezen is:

Angst/spanning (P01)

Acute stress reactie (P02)

Depressief gevoel (P03)

Slaapstoornis (P06)

Alcohol/Drugs problematiek (P15 t/m P19)

Somatoforme stoornis

Dementie (P70)

Schizofrenie/Organische Psychose/Affectieve psychose (P71-P73)

Depressie (P76)

Suïcide poging (P77)

Surmenage (P78)

Problemen werksituatie (Z05)

Opleidingsproblemen (Z07)

Relatie problemen (Z12-Z16)

Andere psychische/sociale problemen, te weten

Er is sprake van recidive

Ja

Nee

Ernst en beloop van de belangrijkste stoornis:

Licht

Matig

Ernstig

Motivering voor verwijzing

kan zelf niet behandelen, geen tijd

kan zelf niet behandelen, geen deskundigheid

wil advies over behandeling

wil advies over diagnose

andere reden om de patiënt te verwijzen, te weten



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Onderzoek

**Samenwerking huisarts en
geestelijke gezondheidszorg**

Vragenlijst patiënt

Persoonlijke gegevens



1. Wat is uw leeftijd?
..... jaar
2. Wat is uw geslacht?
 - man
 - vrouw
3. Wat is uw burgerlijke stand?
 - gehuwd
 - gescheiden
 - weduwstaat
 - ongehuwd, nooit gehuwd geweest
4. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
 - geen opleiding voltooid
 - lagere school
 - Lager BeroepsOnderwijs
 - MAVO
 - Middelbaar BeroepsOnderwijs
 - VWO/HAVO
 - Hoger BeroepsOnderwijs / 3 jaar Hoger Wetenschappelijk Onderwijs
 - Hoger Wetenschappelijk Onderwijs
5. Wat is uw dagelijkse bezigheid?
 - Betaalde baan
 - Dagonderwijs
 - Combinatie baan en onderwijs
 - Werkloos/AAW/WAO
 - Huishouden
 - Combinatie baan en huishouden
 - Vrijwilligerswerk
 - AOW/VUT
6. Naar wie werd u verwezen door uw huisarts?
 - Psycholoog
 - Algemeen Maatschappelijk Werk
 - RIAGG
 - Polikliniek psychiatrie
 - CAD
 - Vrijgevestigd psychiater,
naam:
 - Vrijgevestigd psychotherapeut,
naam:
 - Anders, te weten
7. Hoe lang heeft het geduurd voordat u de eerste keer een afspraak kon maken (een zogenaamd intakegesprek) bij de instelling/persoon waar u naar verwezen werd?
 - heb nog geen afspraak gemaakt
 - binnen 2 weken
 - binnen 3 weken
 - binnen 4 weken
 - binnen 4-6 weken
 - meer dan 6 weken

Deel 1



Hieronder staat een aantal zinnen, die allemaal beginnen met: 'De hulpverlener waarmee ik te maken krijg, ...' Het gaat over de hulpverlener waarheen u voor psychische problemen verwezen bent. Sommige zaken zult u meteen belangrijk vinden en sommige juist niet. Over andere zinnen zult u misschien even moeten nadenken. Wij vragen u achter **iedere** zin aan te geven hoe belangrijk u hetgeen vindt wat hierin wordt genoemd.

	De hulpverlener waarmee ik te maken krijg,...	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
8	moet ervoor zorgen dat ik na verwijzing snel terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	moet mij vooraf goed uitleg geven over de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	moet uiteindelijk mij laten beslissen over de behandeling of de hulp die ik krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	moet ervoor zorgen dat er een prettige sfeer is tijdens onze gesprekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	moet me tijdens de gesprekken op mijn gemak stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	moet me helpen te praten over de dingen waar ik het over wil hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	moet ik zó goed kunnen vertrouwen, dat ik ook over mijn gevoelens kan praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	moet mij tijdens de gesprekken serieus nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	moet mij tijdens de gesprekken op een zinvolle manier verder helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	moet mij <u>die</u> hulp geven die ook echt nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	moet mij uitleg geven over de oorzaak van mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	moet mij leren omgaan met mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	moet mij helpen mijzelf beter te leren kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	moet mij steunen bij het oplossen van mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vragen over uw bezoek aan artsen en het gebruik van geneesmiddelen

22. Heeft U de afgelopen drie maanden uw huisarts bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar vraag 25

23. Heeft de huisarts in die drie maanden een of meerdere keren medicijnen voorgeschreven?

- Ja
- Nee, ga door naar vraag 25

24. Kunt U hieronder de naam van de door de huisarts voorgeschreven medicijnen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking):

	Naam:	Dosering:
1e medicijn
2e medicijn
3e medicijn
4e medicijn

etc. (Indien meer dan vier verschillende soorten medicijn: gebruik vervolgblad)

25. Heeft U in de afgelopen 3 maanden een specialist bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar vraag 29

26. Welke (soorten) specialist heeft U in de afgelopen 3 maanden bezocht?

Specialist 1:

Specialist 2:

Specialist 3:

Specialist 4:

etc.

27. Heeft een specialist een of meerdere keren medicijnen voorgeschreven?

- Ja,
- Nee, ga door naar vraag 29

28. Kunt U hieronder de naam van de door de specialist voorgeschreven medicijnen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking)?

	Naam:	Dosering:
1e medicijn
2e medicijn
3e medicijn
4e medicijn

etc. (Indien meer dan vier verschillende soorten medicijn: gebruik vervolgblad)

29. Bent U in de afgelopen 3 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis?

- Ja, ... dagen
- Nee

30. Heeft U in de afgelopen drie maanden een fysiotherapeut bezocht?

- Ja, maal
- Nee

31. Heeft U in de afgelopen drie maanden een oefentherapeut Cesar of Mensendieck bezocht?

- Ja, maal
- Nee

32. Heeft U in de afgelopen drie maanden een psycholoog, een maatschappelijk werker of een RIAGG bezocht?

- Ja, maal
- Nee

33. Heeft U in de afgelopen drie maanden een alternatieve hulpverlener bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar 37

34. Indien U in de afgelopen drie maanden een of meer verschillende alternatieve hulpverleners bezocht heeft, welke alternatieve geneeswijzen waren dat? U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.

- homeopaat
- acupuncturist
- natuurgeneeskundige
- magnetiseur of paranormale genezer
- antroposofisch arts
- manueel therapeut
- gebedsgenezer
- andere, n.l:

35. Heeft een alternatieve hulpverlener een of meerdere keren middelen voorgeschreven?

- Ja
- Nee, ga door naar vraag 37

36. Kunt U hieronder de naam van de door de alternatieve hulpverlener voorgeschreven middelen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking):

	Naam:	Dosering:
1e middel
2e middel
3e middel
4e middel

etc (Indien meer dan vier verschillende soorten middel: gebruik vervolgblad)

37. Heeft U in de afgelopen drie maanden vanwege ziekte uw normale dagelijkse werkzaamheden niet kunnen uitvoeren?

- Ja, niet naar werk gegaan
- Ja, niet naar school/opleidingsinstituut gegaan
- Ja, niet het huishouden gedaan
- Nee, op geen enkele manier verzuimd, ga door naar vraag 40

38. Kunt U van ieder "Ja" op vraag 37 aangeven of dat op advies van een arts was:

	Op advies arts	Niet op advies arts
Niet naar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet naar school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Kunt U van ieder "Ja" op vraag 37 aangeven hoeveel dagen in de afgelopen drie maanden U uw normale dagelijkse werkzaamheden niet heeft kunnen uitvoeren:

Niet naar werk dagen
Niet naar school dagen
Geen huishouden dagen

40. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

- veel beter dan een jaar geleden
- iets beter dan een jaar geleden
- ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- iets slechter dan een jaar geleden
- veel slechter dan een jaar geleden

41. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- voortdurend
- meestal
- soms
- zelden
- nooit

42. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- uitstekend
- zeer goed
- goed
- matig
- slecht

43. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U heeft <i>minder</i> bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het <i>soort</i> bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- helemaal niet
- enigszins
- nogal
- veel
- heel erg veel

45 In welke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- helemaal niet
- een klein beetje
- nogal
- veel
- heel erg veel

46 Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?

- geen
- heel licht
- licht
- nogal
- ernstig
- heel ernstig

47 Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	volkomen juist	groten- deels juist	weet ik niet	groten- deels onjuist	volkomen onjuist
a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Mijn gezondheid is uitstekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 3

Telefonische vragenlijst GGZ-instellingen (indicatiestelling)

Goedemorgen/middag,

Ik benader u in het kader van het onderzoek de 'Poortwachterfunctie van de huisarts naar de GGZ'. Zoals u wellicht vernomen heeft, doen huisartsen in uw regio mee aan dit onderzoek. Onlangs is door een van deze huisartsen een patiënt naar u doorverwezen, die zelf ook toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan het onderzoek. Het betreft mevrouw/ meneer

Wij willen u graag enkele vragen stellen over de indicatiestelling:

0. Heeft de patiënt zich al bij u gemeld? Bent u al gestart?

Datum van aanmelding:

Datum van intakegesprek:

Datum van 1e behandelingsgesprek:

1. Heeft u bij de verwijzing door de huisarts informatie gekregen over de aard van de problematiek van deze patiënt?

Ja.... door naar vraag 2

Nee....door naar vraag 3

2. Is die informatie voor u voldoende?

Ja, verder vraag 5.

Nee, verder vraag 3.

3. Indien u onvoldoende of geen informatie kreeg, wat verwachtte u dan minimaal?

- er is een afspraak met verwijzende huisartsen over verwijsinformatie, maar daar houdt men zich niet aan,

- er bestaat een standaard-verwijsformulier, maar dat wordt niet gebruikt,

- verwijsdiagnose,

- korte beschrijving aard problematiek

- korte beschrijving achtergrond patiënt en problematiek

- motivatie arts voor deze verwijzing

(evt. combinaties van bovenstaande)

4. Heeft u inmiddels wel voldoende informatie om te kunnen starten met de behandeling?

- nee

- ja, via intake

- ja, via eerste gesprek met de patiënt,

- ja, via (telef.) contact met verwijzende huisarts

5. Indien u voldoende informatie heeft, waaruit bestaat die?

- er is een afspraak met verwijzende huisartsen over verwijsinformatie, en dat gaat goed
- er bestaat een standaard-verwijsformulier, en dat wordt gebruikt,
- verwijsdiagnose,
- korte beschrijving aard problematiek
- korte beschrijving achtergrond patiënt en problematiek
- motivatie arts voor deze verwijzing
(evt. combinaties van bovenstaande)

6 .Bent u inmiddels gestart met de behandeling?

-ja, naar vraag 7

-nee, we bellen nog eens????

7. Heeft u zelf reeds een diagnose gesteld?

Ja,.....

Nee, we bellen nog eens????

8. Is de problematiek werkgerelateerd?

Aan het eind van de behandeling nemen wij nogmaals contact op.
Hartelijk dank voor uw medewerking.

Bijlage 4

Telefonische vragenlijst GGZ-instellingen (afsluiting)

Goedemorgen/middag,

Ik benader u nogmaals in het kader van het onderzoek de 'Poortwachterfunctie van de huisarts naar de GGZ'. Ik wil nu terugkomen op patienten die u in behandeling heeft gehad. Ik heb een periode van ongeveer 3 a 4 maanden aangehouden sinds de aanmelding van de patient. Ik wil u per patient nog enkele afsluitende vragen voorleggen. Het betreft nu mevrouw/ meneer

1. Is de behandeling van deze patiënt al afgerond?

a. Zo ja, op welke datum vond het laatste gesprek plaats?

Op.....

b. Wat was uw diagnose bij deze patient?

c. Zo nee, gaat de behandeling nog lange tijd in beslag nemen?

-Ja, dan bel ik later nog terug over.....maanden/weken

-nee, behandeling is in overleg met patient afgebroken

-nee. behandeling is zonder overleg door patient afgebroken

-weet niet, dan bel ik later nog terug.

2.Heeft u tussentijds contact gehad met de huisarts over deze patient?

-ja, telefonisch, ...maal

-ja, vis à vis, ...maal

-ja, schriftelijk, ...maal

-nee

3.Heeft u de huisarts bericht gegeven omtrent de voortgang van de behandeling?

-ja, betreffende....

-nee

4. Heeft u (of zult u) de huisarts bericht geven over de beëindiging van de behandeling?

- ja, over de resultaten van de behandeling

- ja, over eventuele prognose

- ja, ter advisering

- nee

- weet niet

5. Weet u wat de patient van de behandeling vond?

-ja, de patient was tevreden

-ja, de patient was enigszins tevreden

-ja, de patient was niet uitgesproken tevreden of ontevreden

-ja, de patient was enigszins ontevreden

-ja, de patient was ontevreden

-nee

Hartelijk dank voor uw medewerking.



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Onderzoek

Samenwerking huisarts en geestelijke gezondheidszorg

2e Vragenlijst patiënt

Deel 1



1. Wanneer heeft u de laatste afspraak gehad met uw hulpverlener? op..... 19.....

Hieronder staan een aantal zinnen, waarachter u kunt aangeven wat u achteraf vindt van de hulp die u gekregen heeft. U kunt uw mening geven door aan te kruisen in hoeverre u het met de onderstaande opmerkingen eens bent of oneens.

	mee eens	enigszins mee eens	niet mee eens/ niet mee oneens	enigszins oneens	oneens
2. Na aanmelding werd ik zeer snel geholpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De gang van zaken - voordat ik een hulpverlener kreeg - was zeer prettig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik werd altijd snel geholpen wanneer ik dat wilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik had voordat de behandeling begon, voldoende informatie over het soort hulp dat ik zou krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De gesprekken verliepen precies zoals ik gehoopt had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik kon met de hulpverlener erg makkelijk over mijn problemen praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik kon met de hulpverlener precies over die dingen praten waar ik het over wilde hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik kon bij de hulpverlener erg makkelijk mijn gevoelens de vrije loop laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik had het idee dat de hulpverlener mijn problemen heel goed aanvoelde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Voor zover mijn situatie verbeterd is, is dat te danken aan de hulp die ik van de hulpverlener kreeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Als ik ooit weer hulp zou zoeken, zou ik graag weer bij dezelfde organisatie of hulpverlener terecht kunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik heb precies het soort hulp gekregen dat ik wenste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	mee eens	enigszins mee eens	niet mee eens/ niet mee oneens	enigszins oneens	oneens
14. Ik vond de gesprekken erg zinvol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik heb precies het soort hulp gekregen dat ik nodig had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ik begrijp nu veel beter de oorzaak van mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik kan nu veel beter met mijn problemen omgaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik heb nu veel meer inzicht in mezelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mijn problemen zijn opgelost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ik voel mij nu veel beter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 2



Vragen over uw bezoek aan artsen en het gebruik van geneesmiddelen

21. Heeft U de afgelopen drie maanden uw huisarts bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar vraag 24

22. Heeft de huisarts in die drie maanden een of meerdere keren medicijnen voorgeschreven?

- Ja
- Nee, ga door naar vraag 24

23. Kunt U hieronder de naam van de door de huisarts voorgeschreven medicijnen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking):

	Naam:	Dosering:
1e medicijn
2e medicijn
3e medicijn
4e medicijn

etc. (Indien meer dan vier verschillende soorten medicijn: gebruik vervolgblad)

24. Heeft U in de afgelopen 3 maanden een specialist bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar vraag 28

25. Welke (soorten) specialist heeft U in de afgelopen 3 maanden bezocht?

Specialist 1:

Specialist 2:

Specialist 3:

Specialist 4:

etc.

26. Heeft een specialist een of meerdere keren medicijnen voorgeschreven?

- Ja,
- Nee, ga door naar vraag 28

27. Kunt U hieronder de naam van de door de specialist voorgeschreven medicijnen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking)?

	Naam:	Dosering:
1e medicijn
2e medicijn
3e medicijn
4e medicijn

etc. (Indien meer dan vier verschillende soorten medicijn: gebruik vervolgblad)

28. Bent U in de afgelopen 3 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis?

- Ja, ... dagen
- Nee

29. Heeft U in de afgelopen drie maanden een fysiotherapeut bezocht?

- Ja, maal
- Nee

30. Heeft U in de afgelopen drie maanden een oefentherapeut Cesar of Mensendieck bezocht?

- Ja, maal
- Nee

31. Heeft U in de afgelopen drie maanden een psycholoog, een maatschappelijk werker of een RIAGG bezocht?

- Ja, maal
- Nee

32. Heeft U in de afgelopen drie maanden een alternatieve hulpverlener bezocht?

- Ja, maal
- Nee, ga door naar 36

33. Indien U in de afgelopen drie maanden een of meer verschillende alternatieve hulpverleners bezocht heeft, welke alternatieve geneeswijzen waren dat? U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.

- homeopaat
- acupuncturist
- natuurgeneeskundige
- magnetiseur of paranormale genezer
- antroposofisch arts
- manueel therapeut
- gebedsgenezer
- andere, n.l.:
-

34. Heeft een alternatieve hulpverlener een of meerdere keren middelen voorgeschreven?
- Ja
- Nee, ga door naar vraag 36

35. Kunt U hieronder de naam van de door de alternatieve hulpverlener voorgeschreven middelen en het aantal voorgeschreven tabletten aangeven (overschrijven van de verpakking):

	Naam:	Dosering:
1e middel
2e middel
3e middel
4e middel
etc (Indien meer dan vier verschillende soorten middel: gebruik vervolgblad)		

36. Heeft U in de afgelopen drie maanden vanwege ziekte uw normale dagelijkse werkzaamheden niet kunnen uitvoeren?
- Ja, niet naar werk gegaan
- Ja, niet naar school/opleidingsinstituut gegaan
- Ja, niet het huishouden gedaan
- Nee, op geen enkele manier verzuimd, ga door naar vraag 40

37. Kunt U van ieder "Ja" op vraag 37 aangeven of dat op advies van een arts was:

	Op advies arts	Niet op advies arts
Niet naar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet naar school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Kunt U van ieder "Ja" op vraag 37 aangeven hoeveel dagen in de afgelopen drie maanden U uw normale dagelijkse werkzaamheden niet heeft kunnen uitvoeren:

Niet naar werk dagen
Niet naar school dagen
Geen huishouden dagen

39. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
- veel beter dan een jaar geleden
- iets beter dan een jaar geleden
- ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- iets slechter dan een jaar geleden
- veel slechter dan een jaar geleden

40. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- voortdurend
- meestal
- soms
- zelden
- nooit

41. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- uitstekend
- zeer goed
- goed
- matig
- slecht

42. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U heeft <i>minder</i> bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het <i>soort</i> bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- helemaal niet
- enigszins
- nogal
- veel
- heel erg veel

44. In welke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- helemaal niet
- een klein beetje
- nogal
- veel
- heel erg veel

45. Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?

- geen
- heel licht
- licht
- nogal
- ernstig
- heel ernstig

46. Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	volkomen juist	grotendeels juist	weet ik niet	grotendeels onjuist	volkomen onjuist
a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Mijn gezondheid is uitstekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Heeft u de kosten voor de hulpverlening vergoed gekregen?

- ja, ziekenfonds
- ja, anders nl.
- ja, gedeeltelijk door
- nee

Afsluitingsformulier: Onderzoek Poortwachtersfunctie GGZ

Naam en adres patiënt:

Patiëntnr. (indien patiënt geen toestemming gaf):

Hieronder aankruisen wat voor deze patiënt van toepassing is.

Is de GGZ-behandeling waarvoor u indertijd verwezen hebt, afgerond?

- ja
- nee, -behandeling duurt nog voort
- nee, -behandeling is in overleg met patiënt afgebroken
- nee, -behandeling is zonder overleg afgebroken
- weet niet

Heeft u tussentijds over deze patiënt contact gehad met de verwijnsinstantie?

- ja, telefonisch, ...maal
- ja, vis à vis, ...maal
- ja, schriftelijk, ...maal
- nee

Heeft u bericht ontvangen van aanmelding van de patiënt bij de verwijnsinstantie?

- ja
- nee
- weet niet

Heeft u bericht ontvangen over de voortgang van de behandeling?

- ja
- nee
- weet niet

Heeft u bericht ontvangen over de beëindiging van de behandeling?

- ja, over de resultaten van de behandeling
- ja, over eventuele prognose
- ja, verder advies
- nee
- weet niet

Wat heeft de behandeling voor deze patiënt betekend?

- De patiënt is door deze behandeling meer in de problemen geraakt
- De patiënt is niet veel wijzer geworden van deze behandeling
- De patiënt is door deze behandeling aanzienlijk opgeknapt

Weet u wat de patiënt van de behandeling vindt?

- ja, de patiënt was tevreden
- ja, de patiënt was enigszins tevreden
- ja, de patiënt was niet uitgesproken tevreden of ontevreden
- ja, de patiënt was enigszins ontevreden
- ja, de patiënt was ontevreden
- nee

Bijlage 7

Informatie over het onderzoek

'Samenwerking tussen huisarts en de Geestelijke Gezondheidszorg'

Eind 1997 is een onderzoek van start gegaan dat op de eerste plaats duidelijk moet maken naar welke organisaties huisartsen hun patiënten met psychische problemen doorverwijzen. Het gaat daarbij om een goede en verantwoorde spreiding van de verwijzingen naar verschillende organisaties, zoals het maatschappelijk werk, psychologen, het RIAGG of de psychiater.

Zeer centraal in het onderzoek staat echter ook hoe patiënten de hulpverlening waarderen. Om daar goed inzicht in te krijgen is het belangrijk dat patiënten aangeven wat hun verwachting en ervaring is met de hulpverlening, als zij door hun huisarts verwezen worden naar de geestelijke gezondheidszorg. Als dat het geval is, zal uw huisarts u dus vragen of u wilt meewerken aan dit onderzoek. Indien u besluit mee te doen, betekent het dat u twee keer een vragenlijst krijgt toegestuurd. In de eerste vragenlijst wordt er gevraagd naar hetgeen patiënten vooraf verwachten van de hulp die zij krijgen. De tweede vragenlijst ontvangen patiënten na afloop van de behandeling om aan te kunnen geven, wat zij van de verkregen hulpverlening vinden. Het invullen van een vragenlijst zal u ongeveer 45 tot 60 minuten kosten. Vanzelfsprekend zullen uw antwoorden anoniem verwerkt worden. Uw naam wordt uitsluitend gevraagd om u de vragenlijsten te kunnen toesturen, maar deze naam en adresgegevens worden meteen na ontvangst van de tweede vragenlijst vernietigd.

Het onderzoek wordt overigens over het hele land verspreid verricht door het NIVEL, een onderzoeksinstituut in de gezondheidszorg. Het onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Mocht u nog meer informatie wensen over het onderzoek voor u een besluit wilt nemen, dan kunt u contact opnemen met de onderzoekster bij de Stichting NIVEL.

De onderzoekster Phil Heiligers is meestal te bereiken op woensdagen en donderdagen, tel.: 030-2729762.

Als zij niet aanwezig is, kunt u ook het centrale nummer van het NIVEL bellen (030-2729700) en vragen of zij u terugbelt.

DEELNAME ONDERZOEK

'SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN GGZ'

Bij deze geef ik toestemming om mij te benaderen voor deelname aan het onderzoek over de samenwerking tussen huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg. Het is mij bekend dat ik twee keer een vragenlijst toegestuurd zal krijgen.

Ik heb de informatie over het onderzoek doorgelezen en ben bereid onder de genoemde voorwaarden deel te nemen, te weten:

- mijn deelname blijft beperkt tot het invullen van de vragenlijsten, die mij twee keer toegestuurd worden,
- de vragenlijsten worden anoniem verwerkt,
- mijn naam- en adresgegevens worden na toezending van de vragenlijsten vernietigd.

Handtekening

Datum

.....

.....

NAAM :.....

ADRES :.....

POSTCODE :.....

WOONPLAATS :.....

TELEFOON :.....

Bijlage 8

DEELNAME ONDERZOEK

'SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN GGZ'

Bij deze geef ik toestemming dat mijn hulpverlener telefonisch enkele vragen beantwoordt over de informatie-uitwisseling tussen de hulpverlener en de huisarts.

Handtekening

Datum

.....

.....

NAAM :.....

GEBOORTEDATUM :.....

ADRES :.....

POSTCODE :.....

WOONPLAATS :.....

TELEFOON :.....

Bijlage 9

Bron:**ICPC (International Classification of Primary Care),**
Nederlandse vertaling

Component 1	Symptomen, klachten
P01	Angstig, nerveus, gespannen gevoel
P02	Crisis/voorbijg. Stress reactie
P03	Down/depressief gevoel
P04	Prikkelbaar, boos gevoel/gedrag
P05	Zich oud voelen, gedragen
P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornissen
P07	Libidoverlies/vermindering
P08	Sexuele bevred.verlies/vermindering
P09	Bezorgdheid over sexuele voorkeur
P10	Stamelen/stotteren/psychogene tics
P11	Eetproblemen bij kind.psychogene
P12	Enuresis
P13	Encopresis
P15	Chronisch alcoholmisbruik
P16	Acuut alcoholmisbruik
P17	Tabaks misbruik
P18	Geneesmiddelmisbruik
P19	Drugs misbruik/verslaving
P20	Geheugen/comcentratie/orientatiest.
P21	Overactief kind/hyperkin syndroom
P22	Andere gedrags-/emotionele st.
P23	Gedrags-/emotionele st. Adolescent
P24	Specifieke leer-/ontwikkelingsstoorn.
P25	Levensfaseprobl.
P27	Angst voor psychische ziekte
P28	Handicap/beperk. psych. Probl.
P29	Andere psychische klachten/symp.
Component 7	Diagnosen/ziekten
P70	Dementie (incl. Seniel/Alzheimer)
P71	Andere organische psychosen
P72	Schizofrenie alle vormen
P73	Affectieve psychosen
P74	Angsttoestand/ziekelijke angst
P75	Hysterie/Hypochondrie
P76	Depressie
P77	Suicide poging
P78	Neurathenie/surmenage
P79	Andere neurosen
P80	Persoonlijkh./karakterst.
P851	Retardatie/intell achterstand
P98	Andere/niet-spec. Psychosen
P99	Andere psychische stoornissen

Bijlage 10

DIAGNOSEN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

1. Organische, inclusief symptomatisch psychische stoornissen (b.v. dementie, of stoornissen t.g.v. hersenbeschadiging)
2. Psychische en gedragsstoornissen t.g.v. middelengebruik (alcohol, drugs, tabak, psychopharmaca, amfetamine)
3. Schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen
4. Stemmingsstoornissen: affectieve stoornissen met depressive/manische episodes
5. Suïcidale neigingen
6. Neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen (fobieën, paniekstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, angst-, aanpassings- dissociatieve stoornissen)
7. Gedragssyndromen samengaan met lichamelijke stoornissen en symptomen (eetstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen rondom bevalling, misbruik van middelen: laxeerm., hormonen)
8. Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd, persoonlijkheidsveranderingen, anders dan t.g.v. hersenbeschadiging, genderidentiteitsstoornis, stoornissen in seksuele voorkeuren (parafiliën)
9. Gedragsstoornissen en emotionele stoornissen begonnen in kindertijd/adolescentie: overbeweeglijkheid, separatiestoornis, ticstoornis
10. Niet specifieke psychische stoornissen
11. Nazorg ex-psychiatrische patiënten
12. Relatieproblemen (chtscheiding, relatie partner, relatie ouder/kind, relatie anderen)
13. Verwerking (verschillende typen verwerkingsproblematiek)
14. Eenzaamheid
15. Identiteitsproblemen
16. Werkgerelateerde problematiek
17. Gezondheidsproblemen (somatische klacht met vermoedelijk psychische achtergrond)
18. Multiprobleem gezin
19. Anders,.....

Bijlage 11

Waardering hulp

1. Wanneer heeft u de laatste afspraak gehad met uw hulpverlener? op..... 19.....

Hieronder staan een aantal zinnen, waarachter u kunt aangeven wat u achteraf vindt van de hulp die u gekregen heeft. U kunt uw mening geven door aan te kruisen in hoeverre u het met de onderstaande opmerkingen eens bent of oneens.

	mee eens	enigszins mee eens	niet mee eens/ niet mee oneens	enigszins oneens	oneens
Intake					
2. Na aanmelding werd ik zeer snel geholpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De gang van zaken - voordat ik een hulpverlener kreeg - was zeer prettig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik werd altijd snel geholpen wanneer ik dat wilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik had voordat de behandeling begon, voldoende informatie over het soort hulp dat ik zou krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatie					
6. De gesprekken verliepen precies zoals ik gehoopt had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik kon met de hulpverlener erg makkelijk over mijn problemen praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik kon met de hulpverlener precies over die dingen praten waar ik het over wilde hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik kon bij de hulpverlener erg makkelijk mijn gevoelens de vrije loop laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik had het idee dat de hulpverlener mijn problemen heel goed aanvoelde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinvolheid					
11. Voor zover mijn situatie verbeterd is, is dat te danken aan de hulp die ik van de hulpverlener kreeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Als ik ooit weer hulp zou zoeken, zou ik graag weer bij dezelfde organisatie of hulpverlener terecht kunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik heb precies het soort hulp gekregen dat ik wenste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	mee eens	enigszins mee eens	niet mee eens/ niet mee oneens	enigszins oneens	oneens
14. Ik vond de gesprekken erg zinvol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik heb precies het soort hulp gekregen dat ik nodig had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effect					
16. Ik begrijp nu veel beter de oorzaak van mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik kan nu veel beter met mijn problemen omgaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik heb nu veel meer inzicht in mezelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mijn problemen zijn opgelost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ik voel mij nu veel beter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bron: R.v.d. Sande e.a. 'Vraag en aanbod in de Riagg', NCGV, Utrecht, 1992

Bijlage 12

Tabel 3.11a1 Verwijsdiagnose in % door huisartsen bij verwijzingen naar de ELP en het AMW

Verwijsdiagnose	verwijsbest. ELP alle pat. %	verwijsbest. AMW alle ¹⁾ pat. %	totaal alle ¹⁾ pat. %
angst, spanning	9,7	6,2	7,18
acute stress	2,8	3,1	3,0
depressief gevoel	9,7	6,6	8,0
slaapstoornis	0,9	1,2	1,1
alcohol, drugs	-	0,8	0,4
somatoforme stoornis	2,3	1,6	1,9
dementie	-	-	-
schizofrenie, psychose	-	-	-
depressie	7,9	5,4	6,6
suicide poging	-	-	-
surmenage	1,9	3,1	2,5
problemen werksituatie	6,0	12,8	9,7
opleidingsproblemen	0,9	1,2	1,1
relatieproblemen	31,5	32,7	32,1
verwerkingsproblematiek	12,0	11,3	11,6
identiteitsprobleem / persoonlijkheidsstoornis	6,9	4,7	5,7
overige problemen	7,4	9,3	8,5
totaal	N= 216	257	473

¹⁾ er zijn geen significante verschillen tussen de verwijsdiagnosen bij verwijzingen naar de ELP en naar het AMW (χ^2 -toets)

Tabel 3.11a2 Diagnosen hulpverleners in % binnen de verwijlsbestemming ELP en de verwijlsbestemming AMW

Diagnose hulpverlener	verwijlsbest.ELP (N=93) %	verwijlsbest. AMW ¹⁾ (N=130) %	allen (N=223) %
Psych. gedragsstoornissen tgv. middelengebruik	-	1,6	1,0
Schizofrenie	3,2	-	1,3
Stemmingsstoornissen	10,8	3,1	6,3
Suicidale neigingen	-	-	-
Neurotische stressgebonnden en somatoforme stoornissen	20,4	10,8	14,8
Gedragssyndromen (eet- en slaapstoornissen)	3,2	0,8	1,8
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	8,6	3,1	5,4
Gedrags- en emotionele stoornissen begonnen in kindertijd	2,2	1,5	1,8
Niet-specifieke psychische stoornissen	-	0,8	0,4
nazorg ex-psychiatrische patienten	-	-	-
Relatieproblematiek	17,2	23,8	21,1
Verwerkingsproblematiek	12,9	30,0	22,9
Eenzaamheid	-	1,5	0,9
Identiteitsproblemen	4,3	4,6	4,5
Werkgerelateerde problematiek	11,8	14,6	13,5
Gezondheidsproblemen met psych. problem.	3,2	3,1	3,1
Multiprobleem gezin	1,1	1,5	1,3
Anders	1,1	0,8	0,9

¹⁾ $\chi^2 = 28.40$, df. 14, $p = .01$ (verschil tussen verwijlsbest. ELP en AMW)

Tabel 3.11b1 Verwijsdiagnose in % door huisartsen bij verwijzingen hebben naar het AMW en de overige GGZ

Verwijsdiagnose	verwijsbest. AMW alle pat. %	verwijsbest. overige GGZ alle ¹⁾ pat. %	totaal alle ¹⁾ pat. %
angst, spanning	6,2	6,6	6,4
acute stress	3,1	3,5	3,3
depressief gevoel	6,6	11,8	9,1
slaapstoornis	1,2	1,3	1,2
alcohol, drugs	0,8	4,4	2,5
somatoforme stoornis	1,6	4,8	3,1
dementie	-	0,4	0,2
schizofrenie, psychose	-	3,9	1,9
depressie	5,4	9,9	7,0
suicide poging	-	-	-
surmenage	3,1	2,6	2,9
problemen werksituatie	12,8	3,5	8,5
opleidingsproblemen	-	-	0,6
relatieproblemen	32,7	15,4	24,5
verwerkingsproblematiek	11,3	7,5	9,5
identiteitsprobleem / persoonlijkheidsstoornis	4,7	11,4	7,8
overige problemen	9,3	14,0	11,5
totaal	N= 257	228	485

¹⁾ $\chi^2 = 68.61$, f 15, p = .000, verschil tussen verwijsdiagnose bij verwijzingen naar het AMW en de overige GGZ

Tabel 3.11b2 Diagnosen hulpverleners in % binnen de verwijfsbestemming AMW en overige GGZ vanuit samenwerkingsverbanden met de ELP, het AMW en huisartsen die geen samenwerkingsverband met de GGZ hebben

Diagnose hulpverlener	verwijsbest. AMW ¹⁾ (N=130) %	verwijsbest. overige GGZ (N=66) ¹⁾ %	allen (N=196) %
Psych. gedragsstoornissen tgv. middelengebruik	1	4,5	1,5
Schizofrenie	-	1,5	0,5
Stemmingsstoornissen	3,1	21,2	9,2
Suicidale neigingen	-	-	-
Neurotische stressgebonnden en somatoforme stoornissen	10,8	28,8	16,8
Gedragssyndromen (eet- en slaapstoornissen)	0,8	4,5	2,0
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	3,1	12,1	6,1
Gedrags- en emotionele stoornissen begonnen in kindertijd	1,5	1,5	1,5
Niet-specifieke psychische stoornissen	0,8	1,5	1,0
nazorg ex-psychiatrische patiënten	-	-	-
Relatieproblematiek	23,8	9,1	18,9
Verwerkingsproblematiek	30,0	4,5	21,4
Eenzaamheid	1,5	-	1,0
Identiteitsproblemen	4,6	1,5	3,6
Werkgerelateerde problematiek	14,6	3,0	10,7
Gezondheidsproblemen met psych. problemen	3,1	-	2,0
Multiprobleem gezin	1,5	-	1,0
Anders	0,8	6,1	2,6

¹⁾ $\chi^2 = 74.96$, df 15, p = .000 (verschil tussen verwijfsbestemming AMW en overige GGZ)

Tabel 3.11c1 Verwijsdiagnose in % door huisartsen bij verwijzingen naar de ELP en naar de overige GGZ

Verwijsdiagnose	verwijsbest. ELP alle pat. %	verwijsbest. overige GGZ alle ¹⁾ pat. %	totaal alle ¹⁾ pat. %
angst, spanning	9,7	6,6	8,11
acute stress	2,8	3,5	3,2
depressief gevoel	9,7	11,8	10,0
slaapstoornis	0,9	1,3	1,1
alcohol, drugs	-	4,4	2,3
somatoforme stoornis	2,3	4,8	3,6
dementie	-	0,14	0,2
schizofrenie, psychose	-	3,9	2,0
depressie	7,9	8,8	8,3
suïcide poging	-	-	-
surmenage	1,9	2,6	2,3
problemen werksituatie	6,0	3,5	4,7
opleidingsproblemen	0,9	-	0,5
relatieproblemen	31,5	15,4	23,2
verwerkingsproblematiek	12,0	7,5	9,7
identiteitsprobleem / persoonlijkheidsstoornis	6,9	11,4	9,2
overige problemen	7,4	14,0	10,8
totaal	N= 216	228	444

¹⁾ $\chi^2 = 48.77$, df 15, $p = .000$, verschil tussen de verwijsdiagnosen bij verwijzingen naar de ELP en de overige GGZ

Tabel 3.11c2 Diagnosen hulpverleners in % binnen de verwijsbestemming ELP en overige GGZ vanuit samenwerkingsverbanden met de ELP, het AMW en huisartsen die geen samenwerkingsverband met de GGZ hebben

Diagnose hulpverlener	verwijsbest. ELP (N=93) %	verwijsbest. overige GGZ (N=66) ¹⁾ %	allen (N=159) %
Psych. gedragsstoornissen tgv. middelengebruik	-	4,5	1,9
Schizofrenie	3,2	1,5	2,5
Stemmingsstoornissen	10,8	21,2	15,1
Suicidale neigingen	-	-	-
Neurotische stressgebonnden en somatoforme stoornissen	20,4	28,8	23,9
Gedragssyndromen (eet- en slaapstoornissen)	3,2	4,5	3,8
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	8,6	12,1	10,1
Gedrags- en emotionele stoornissen begonnen in kindertijd	2,2	1,5	1,9
Niet-specifieke psychische stoornissen	-	1,5	0,6
nazorg ex-psychiatrische patiënten	-	-	-
Relatieproblematiek	17,2	9,1	13,8
Verwerkingsproblematiek	12,9	4,5	9,4
Eenzaamheid	-	-	-
Identiteitsproblemen	4,3	1,5	3,1
Werkgerelateerde problematiek	11,8	3,0	8,2
Gezondheidsproblemen met psych. problemen	3,2	-	1,9
Multiprobleem gezin	1,1	-	0,6
Anders	1,1	6,1	3,1

¹⁾ $\beta = .16$, $p = .008$ (gecontroleerd voor leeftijd), verschil tussen verwijsbestemming ELP en overige GGZ

Bijlage 13

Tabel 5.5 Gemiddelde score op de ervaren algemene gezondheid, voor- en na GGZ-behandeling naar samenwerkingsverband en verwijsbestemming¹⁾

	samenw. met ELP ^{d)}		samenw. met AMW ^{d)}		samenw. zonder samenw. ^{d)}		alleen		gepaarde t-toets	
	voor (N=53)	na (N=32)	voor (N=238)	na (N=148)	voor (N=89)	na (N=46)	voor (N=380)	na (N=236)	t-waarde	t-waarde
verwijsbest. ELP ^{a)}	52.67	65.33	58.33	61.67	54.50	63.33	55.00	63.42	3.33*** c)	3.77****
verwijsbest. AMW ^{a)}	-	-	58.25	65.23	-	-	58.59	64.15	-	3.46**** b)
verwijsbestemming overige GGZ	60.00	66.67	57.83	62.39	50.88	55.29	55.23	59.88	n.s. c)	2.07* b)
alle verwijzingen	53.89	65.56	58.17	64.09	54.02	59.61	56.52	62.84	2.07*	4.61****

¹⁾ een hoge score betekent dat men de algemene gezondheid zelf positief inschat

t-toetsen:

* p ≤ .05 - > .01; ** p ≤ .01 - > .005; *** p ≤ .005 - > .001; **** p ≤ .001

a) Verschil tussen verwijsbestemming ELP en AMW bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

b) Verschil tussen verwijsbestemming AMW en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: p < .05

c) Verschil tussen verwijsbestemming ELP en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: p < .05

d) Verschil tussen drie huisartslocaties bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

Tabel 5.6 Gemiddelde score betreffende gezondheidsverandering: voorroeting, nameting naar samenwerkingsverband en verwijfsbestemming ¹⁾

	samenw. met ELP ^{d)}		samenw. met AMW ^{d)}		samenw. met na (N=148)		gepaarde t-toets		zonder samenw. ^{d)}		gepaarde t-toets		alleen		gepaarde t-toets	
	voor (N=53)	na (N=32)	voor (N=238)	na (N=148)	voor (N=89)	na (N=56)	t-waarde	t-waarde	voor (N=89)	na (N=56)	t-waarde	t-waarde	voor (N=380)	na (N=236)	t-waarde	t-waarde
verwijsbest. ELP ^{c)}	25.00	69.44	22.50	65.00	37.50	75.00	3.83***	3.43**	37.50	75.00	2.72*	29.55 ^{a)}	70.45	5.50****		
verwijsbest. AMW	-	-	36.25	67.50	-	-	-	5.05**** ^{b)}	-	-	-	35.23 ^{a)}	68.18	6.93****		
verwijsbestemming overige GGZ ^{c)}	37.50	62.50	30.88	67.65	30.77	59.62	n.s.	3.29*** ^{b)}	30.77	59.62	2.32*	31.62 ^{b)}	63.97	4.30****		
alle verwijzingen	28.85	67.31	32.83	67.16	33.06	68.55	3.99***	6.93****	33.06	68.55	4.30****	32.43	67.57	8.99****		

¹⁾ ervaren gezondheidsverandering werd gemeten door te vragen naar de algemene gezondheid in vergelijking met een jaar geleden, een lage score betekent dat men de gezondheid verslechterd vindt t-toetsen:

* p ≤ .05 -> .01; ** p ≤ .01 -> .005; *** p ≤ .005 -> .001; **** p ≤ .001

^{a)} Verschil tussen verwijfsbestemming ELP en AMW bij voor- en nameting en effect: p < .05

^{b)} Verschil tussen verwijfsbestemming AMW en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: p < .05

^{c)} Verschil tussen verwijfsbestemming ELP en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

^{d)} Verschil tussen verwijfsbestemming drie huisartslocaties bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

Tabel 5.7 Gemiddelde score op beperkingen in sociale activiteiten t.g.v. gezondheidsproblemen, voor en na GGZ-behandeling, naar samenwerkingsverband en verwijfsbestemming ¹⁾

	samenw. met ELP ^{d)}		gepaarde t-toets		samenw. met AMW ^{d)}		gepaarde t-toets		zonder samenw. ^{d)}		gepaarde t-toets		allen		gepaarde t-toets	
	voor (N=53)	na (N=32)	t-waarde	n.s.	voor (N=238)	na (N=148)	t-waarde	n.s.	voor (N=89)	na (N=56)	t-waarde	n.s.	voor (N=380)	na (N=236)	t-waarde	n.s.
verwijsbest. ELP ^{a)}	52.50	61.67		n.s.	52.34	72.66	3.11**		44.58	67.50	6.04****		48.57	67.42 ^{c)}	5.90****	
verwijsbest. AMW ^{a) b)}	-	-	-	-	50.16	69.94	7.49****		-	-	-		50.45	69.94	8.63****	
verwijsbestemming overige GGZ ^{b)}	43.75	54.17		n.s.	43.75	63.02	3.18***		48.81	64.29	2.24*		45.83	62.50 ^{c)}	5.47****	
alle verwijfsingen	50.00	59.52		n.s.	49.16	68.91	8.63 ****		46.59	65.91	5.46 ****		48.68	67.22	9.89****	

¹⁾ een lage score geeft extreme en frequente beperkingen op sociale activiteiten aan, t.g.v. gezondheidsproblemen

t-toetsen:

* p ≤ .05 - > .01; ** p ≤ .01 - > .005; *** p ≤ .005 - > .001; **** p ≤ .001

a) Verschil tussen verwijfsbestemming ELP en AMW bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

b) Verschil tussen verwijfsbestemming AMW en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

c) Verschil tussen verwijfsbestemming ELP en overige GGZ bij voor- en nameting en effect: p < .05

d) Verschil tussen verwijfsbestemming drie huisartslocaties bij voor- en nameting en effect: geen verschillen

Tabel 5.8 Voor- en nameting bezoek aan zorgverleners, ziekenhuisopname (naar samenwerkingsverband)

	alleen		verschil voor-na		ELP-samenw. *)		verschil voor-na		AMW-samenw. *)		verschil voor-na		Geen samenw. *)		verschil voor-na	
	voor (N=380)	na (N=236)	p	voor (N=53)	na (N=32)	p	voor (N=238)	na (N=148)	p	voor (N=89)	na (N=56)	p	voor (N=89)	na (N=56)	p	
huisarts bezocht	93%	58%	.003	93%	47%	n.s.	93%	59%	.05	93%	56%	.04	93%	56%	.04	
specialist bezocht	20%	27%	.000	25%	23%	.03	19%	29%	.000	18%	23%	.01	18%	23%	.01	
fysiotherap. bezocht	16%	14%	.000	19%	23%	.002	16%	13%	.001	13%	9%	.003	13%	9%	.003	
oefentherapeut bezocht	3%	3%	n.s.	2%	-	-	3%	3%	n.s.	2%	4%	.000	2%	4%	.000	
psych./mw/RIAGG bezocht	43%	47%	n.s.	37%	52%	n.s.	46%	43%	n.s.	37%	56%	.02	37%	56%	.02	
alternat. hulpverl. bezocht	11%	12%	.000	8%	13%	.000	13%	14%	n.s.	6%	7%	.000	6%	7%	.000	
ziekenhuisopname	2,4%	5,5%	n.s.	2%	3%	n.s.	3%	8%	n.s.	2%	2%	n.s.	2%	2%	n.s.	

*) Er zijn geen significante verschillen tussen patiënten van de samenwerkende en niet samenwerkende huisartsen bij voor- en nameting (χ^2 -toetsen)

Tabel 5.8a Voor- en nameting bezoek aan zorgverleners, ziekenhuisopname (naar verwijfsbestemming)

	ELP-verwijsbestemming		verschil voor-na		AMW-verwijsbestemming		verschil voor-na		Overige GGZ		verschil voor-na	
	voor (N=120)	na (N=75)	p	na (N=103)	voor (N=154)	na (N=58)	p	voor (N=106)	na (N=58)	p		
huisarts bezocht	93%	55%	n.s.	58%	93%	57%	.04	92%	57%	.04		
specialist bezocht	17%	20% ³⁾	.004	25%	19% ²⁾	38% ³⁾	.000	24% ²⁾	38% ³⁾	.001		
fysiotherap. bezocht	16%	14%	.000	14%	19%	12%	.000	13%	12%	.05		
oefentherapeut bezocht	1%	1%	n.s.	3%	3%	3%	.007	4%	3%	.000		
psych./mw/RIAGG bezocht	417%	53% ¹⁾	.002	34% ^{1) 2)}	46%	62% ²⁾	n.s.	40%	62% ²⁾	n.s.		
alternat. hulpverl. bezocht	9%	14%	.001	12%	14%	11%	.000	10%	11%	.001		
ziekenhuisopname	1%	1% ¹⁾	n.s.	10% ¹⁾	2%	3%	n.s.	5%	3%	n.s.		

χ^2 -toetsen:

¹⁾ Verschil tussen patiënten van verwijsbestemming ELP en AMW : p<.05

²⁾ Verschil tussen patiënten van verwijsbestemming AMW en overige GGZ : p<.05

³⁾ Verschil tussen patiënten van verwijsbestemming ELP en overige GGZ : p<.05

Tabel 5.9 Aantal patiënten verwezen naar GGZ dat medicatie kreeg voorgeschreven door huisarts, specialist en alternatief zorgverlener, voor en na GGZ-behandeling (naar samenwerkingsverband)

	alleen		voor -na		samenw. met ELP *)		voor -na		samenw. met AMW *)		voor-na		zonder samenw. *)		voor-na	
	voor (N=380) %	na (N=236) %	p	voor (N=53) %	na (N=32) %	p	voor (N=238) %	na (N=148) %	voor (N=89) %	na (N=56) %	p	voor (N=89) %	na (N=56) %	p		
medicatie via huisarts	58,6	68,2	.02	53,1	64,3	n.s.	56,6	65,9	.03	67,5	78,1	n.s.				
medicatie via specialist	43,8	45,3	n.s.	33,3	37,5	n.s.	48,9	48,8	n.s.	37,5	38,5	n.s.				
middelen via alternat. zorgverl.	31,0	23,3	.02	40,0	20,0	n.s.	31,3	23,8	.04	20,0	25,0	n.s.				

*) Er zijn geen significante verschillen tussen patiënten van de samenwerkende en niet samenwerkende huisartsen (χ^2 -toetsen)

Tabel 5.9a Aantal patiënten verwezen naar GGZ dat medicatie kreeg voorgeschreven door huisarts, specialist en alternatief zorgverlener, voor en na GGZ-behandeling (naar verwijlsbestemming)

	samenw. met ELP		verschil voor-na		samenw. met AMW ²⁾		verschil voor-na		zonder samenw. ²⁾		verschil voor-na	
	voor (N=120) %	na (N=75) %	p	verschil voor-na	voor (N=154) %	na (N=103) %	p	verschil voor-na	voor (N=106) %	na (N=58) %	p	verschil voor-na
medicatie via huisarts	62,2	74,4	n.s.		53,8	61,7	n.s.		61,9	72,2	n.s.	
medicatie via specialist	26,3	12,5 ^{1) 3)}	n.s.		46,7	50,0 ¹⁾	n.s.		54,2	63,6 ³⁾	n.s.	
middelen via alternat. zorgverl.	9,1 ³⁾	18,2	n.s.		8,0	10,0	n.s.		14,0 ³⁾	8,0	n.s.	

χ^2 -toetsen:

¹⁾ Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en AMW: p < .05

²⁾ Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming AMW en overige GGZ: geen verschillen

³⁾ Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en overige GGZ: p < .05

Tabel 5.10 Mate waarin naar de GGZ verwezen patiënten in de afgelopen 3 maanden hun dagelijkse activiteiten verrichten, voor en na GGZ-behandeling (naar samenwerkingsverband)

Dagelijkse activiteiten	alleen		verschil voor-na		samenw. met ELP *)		verschil voor-na		samenw. met AMW *)		verschil voor-na		samenw. *)		verschil voor-na	
	voor (N=380) %	na (N=236) %	p	voor (N=53) %	na (N=32) %	p	voor (N=238) %	na (N=148) %	p	voor (N=89) %	na (N=56) %	p	voor (N=89) %	na (N=56) %	p	voor (N=89) %
niet naar werk gegaan	49,1	35,0	.000	48,1	35,5	.001	49,4	35,6	.000	48,8	33,9	.000	48,8	33,9	.000	48,8
niet naar school gegaan	4,0	2,1	.04	3,8	0,0	-	5,1	1,4	.001	1,2	5,4	n.s.	1,2	5,4	n.s.	1,2
geen huishouden verricht	23,7	15,4	.000	15,4	6,5	n.s.	24,7	15,8	.000	25,6	19,6	n.s.	25,6	19,6	n.s.	25,6
wel de dagelijkse activiteiten verricht	36,5	59,4	.000	38,5	64,5	.01	36,6	58,2	.000	36,0	58,9	.03	36,0	58,9	.03	36,0

*) Er zijn geen significante verschillen tussen patiënten van de samenwerkende en niet samenwerkende huisartsen (χ^2 -toetsen)

Tabel 5.10a Mate waarin naar de GGZ verwezen patiënten in de afgelopen 3 maanden hun dagelijkse activiteiten verrichten, voor en na GGZ-behandeling (naar verwijlsbestemming)

Dagelijkse activiteiten	samenw. met ELP ¹⁾		verschil voor-na		samenw. met AMW ¹⁾²⁾		verschil voor-na		zonder samenw. ²⁾		verschil voor-na	
	voor (N=120) %	na (N=75) %	p	verschil voor-na	voor (N=154) %	na (N=103) %	p	verschil voor-na	voor (N=106) %	na (N=58) %	p	verschil voor-na
niet naar werk gegaan	50,8	36,0	.000		50,3	31,7	.000		45,2	40,0	.000	
niet naar school gegaan	5,1	1,3	n.s.		2,6	2,9	.000		4,8	1,8	n.s.	
geen huishouden verricht	18,6	9,3 ³⁾	.004		26,1	16,3	.000		26,0	21,8 ³⁾	n.s.	
wel de dagelijkse activiteiten verricht	36,4	62,7	.005		34,6	61,5	.000		39,4	50,9	.04	

χ^2 -toetsen:

- 1) Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en AMW: geen verschillen
- 2) Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming AMW en overige GGZ: geen verschillen
- 3) Verschil tussen patiënten van verwijlsbestemming ELP en overige GGZ: p < .05

