GGZ-NASCHOLING VOOR HUISARTSEN:

een analyse van het aanbod

J.C.M. van Weert
Ph.J.M. Heiligers
P.F.M. Verhaak

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

November 1999

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1458 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

J.C.M. van Weert, Ph.J.M. Heiligers, P.F.M. Verhaak
GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod
Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-443-4
Trefw.: nascholing huisartsen, GGZ

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 en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld'.

Lay-out: Marina van Geelkerken
Marcelle van der Meulen
Omslag: Mieke Cornelius

INHOUD

pag.

1 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLINGEN 5
1.1 Inleiding 5
1.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen 5
1.3 Organisatie van de deskundigheidsbevordering 6
1.3.1 Ontwikkelingen en taakafbakening in de nascholing 6
1.3.2 Criteria voor nascholing 7
1.3.3 De organisatie van nascholingsactiviteiten 8

2 DE STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE BEHANDELING VAN PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 11
2.1 Epidemiologie 11
2.2 Standaarden 14
2.3 Consequenties voor nascholing 17

3 GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN 19
3.1 Bestaande gegevensbronnen 19
3.2 Schriftelijke enquêtes 19
3.2.1 Procedure en respons 20
3.3 Verwerking van de gegevens 22

4 NASCHOLINGSAANBOD OP GGZ-GEBIED 25
4.1 Cursusaanbod op basis van accrediteringsoverzichten LHV 25
4.2 DKB-pakketten 26
4.3 Cursusaanbod op landelijk niveau; een impressie 29
4.4 Cursusaanbod op districtsniveau; een impressie 35
4.5 Conclusies cursusaanbod 38

5 KEUZEN EN KENMERKEN GGZ-SCHOLING 41
5.1 Motivatie voor de keuze van GGZ-cursusaanbod 41
5.2 Belangstelling voor het GGZ-cursusaanbod, duur van de cursussen en herhalingen in de toekomst 42
5.3 Accreditatie, NHG-standaard en DKB-pakketten 46
5.4 Werving van cursisten, lokatie van uitvoering en sponsoring 49
5.5 Conclusies aangaande keuzen en kenmerken GGZ-scholing 52

6 EVALUATIE VAN VRAAG EN AANBOD: DE RESULTATEN VAN EEN EXPERT MEETING 53
6.1 Deelnemers en opzet van de expert meeting 53
6.2 Verslag van de discussie 54
6.3 Conclusies 60

7 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN 63
7.1 Conclusies ten aanzien van het aanbod aan deskundigheidsbevordering 63
7.2 Nascholingsaanbod in relatie tot de huidige stand van kennis 65
7.3 Conclusies ten aanzien van het gebruik van deskundigheidsbevordering 68
7.4 Evaluatie van het nascholingsaanbod 70

7.5 Aanbevelingen 72
7.5.1 Aanbevelingen voor het optimaliseren van de GGZ-nascholing 72
7.5.2 Methodologische aanbevelingen 73

LITERATUUR 75

LIJST VAN AFKORTINGEN 77

BIJLAGE I :
Cursusonderwerpen checklist en bijbehorende ICPC-codes

BIJLAGE II:
Landelijke aanbieders naar type organisatie

BIJLAGE III:
Deelnemerslijst expert meeting GGZ-nascholing voor huisartsen

1 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLINGEN

1.1 Inleiding

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de opvang, herkenning en behandeling van psychische problemen. De meeste patiënten met psychische problemen in Nederland worden uitsluitend door de huisarts behandeld (Ormel et al., 1990; Verhaak, 1995). Deze rol wordt door de overheid toegejuicht, maar tegelijkertijd bestaat er twijfel over de mate waarin de deskundigheid van de huisarts toereikend is op dit gebied. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) signaleerde dat "de huisarts niet altijd voldoende kennis en vaardigheden heeft wat betreft psychische problemen om zijn beoogde poortwachtersrol adequaat te vervullen" (VWS, 1997). Er zijn twijfels of de huisarts psychische problemen in voldoende mate onderkent, of de huisarts over voldoende diagnostische vaardigheden beschikt en, in geval van herkenning en juiste diagnose, of de behandeling adequaat is. Dit is des te belangrijker omdat de huisarts geacht wordt zoveel mogelijk psychische problemen in de eerste lijn te behandelen en zo nodig gericht door te verwijzen (VWS, 1997). Daarom werd door VWS met ondersteuning van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) opdracht gegeven een inventarisatie te maken van het nascholingsaanbod voor huisartsen betreffende psychische en sociale problematiek. Het onderzoek inventariseert de nascholing op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) van de afgelopen drie jaar (1996 tot en met 1998).

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling uitgewerkt in vraagstellingen. Tevens wordt het nascholingssysteem voor huisartsen in het algemeen beschreven. In hoofdstuk 2 wordt in het bijzonder ingegaan op de epidemiologie en de huidige stand van zaken met betrekking tot de behandeling van GGZ-problematiek in de huisartsenpraktijk. In het derde hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksmethode en de opzet van de inventarisatie. Hoofdstuk vier is gewijd aan de resultaten met betrekking tot het nascholingsaanbod over psychische en sociale problematiek. De overige resultaten van de inventarisatie worden besproken in hoofdstuk vijf. Hierbij is met name aandacht besteed aan keuzes en kenmerken van de GGZ-scholing en het aantal deelnemers. Naar aanleiding van de verkregen gegevens werden een aantal discussie-onderwerpen aangesneden, die door middel van een expert meeting nader beschouwd zijn door beleidsmakers en beleidsondersteuners in de GGZ, vertegenwoordigers uit de huisartsenwereld, leveranciers van nascholing en deskundigen op het gebied van psychiatrie. In hoofstuk 6 wordt verslag gedaan van deze expert meeting. Tenslotte worden in een afrondend hoofdstuk conclusies getrokken. Het rapport eindigt met een literatuurlijst, lijst van afkortingen en drie bijlagen.

1.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen

Doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het aanbod aan nascholing voor huisartsen op het gebied van de GGZ en het gebruik dat daarvan wordt gemaakt. Op basis hiervan kan in kaart gebracht worden op welke gebieden het aanbod aan nascholingsmateriaal en nascholingsmogelijkheden achterblijft bij hetgeen theoretisch

mogelijk zou zijn, op welke gebieden te weinig gebruik wordt gemaakt van de nascholingsmogelijkheden en op welke gebieden de GGZ-nascholing van de Nederlandse huisarts tot tevredenheid stemt.
Ten aanzien van deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ kunnen we twee soorten onderwerpen onderscheiden (zie ook paragraaf 2.3 en bijlage I):

- generieke deskundigheidsbevordering, gericht op vergroting van vaardigheden met betrekking tot het herkennen van psychische problematiek en de begeleiding hiervan. Deze vorm van deskundigheidsbevordering staat los van specifieke psychische problematiek en is, bijvoorbeeld in de vorm van gespreksvaardigheden- en communicatietraining, op vele patiëntencontacten van toepassing.
- specifieke deskundigheidsbevordering, gericht op bepaalde ziektecategorieën. Gegeven het voorhanden zijn van NHG-standaarden en het epidemiologisch belang zijn de categorieën "dementie", "depressie", "angst", "problematisch alcoholgebruik", en "slapeloosheid" de meest voor de hand liggende onderwerpen. Daarnaast kunnen onderwerpen als "mishandeling", "relatieproblematiek" en "seksuele stoornissen" genoemd worden.

De probleemstelling van deze inventarisatie luidt:
Is het huidige aanbod van deskundigheidsbevordering een voldoende afspiegeling van de huidige mogelijkheden van hulpverlening bij psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk, wordt daar in voldoende mate gebruik van gemaakt en op welke gebieden is een grotere inspanning vereist?

We kunnen deze probleemstelling in de volgende, meer specifieke, vragen splitsen:

1) Hoe groot is het plaatselijke en landelijke aanbod aan deskundigheidsbevordering, uitgesplitst naar diverse hierboven genoemde onderwerpen?
2) Zijn er onderwerpen waarop het nascholingsaanbod achterblijft bij de huidige stand van kennis?
3) Welk gebruik is er de afgelopen drie jaar van het onder 1) geschetste aanbod gemaakt?
4) Hoe wordt dit onder 1) geschetste aanbod geëvalueerd?
5) Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden teneinde de GGZ-nascholing voor huisartsen te optimaliseren?

Door middel van de uitgevoerde inventarisatie van nascholingsaktiviteiten op het gebied van psychische en sociale problematiek zullen de onderzoeksvragen één tot en met drie beantwoord worden. Het antwoord op de onderzoeksvragen vier en vijf wordt gegeven op basis van de gevoerde discussie op de expert meeting over GGZ-nascholing voor huisartsen.

1.3 Organisatie van de deskundigheidsbevordering

1.3.1 Ontwikkelingen en taakafbakening in de nascholing

Naast intensieve samenwerking met Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), eerstelijnspsycholoog (ELP) en RIAGG in de vorm van consultatie en kortdurende overdracht van behandeling is nascholing een belangrijke mogelijkheid om de deskundigheid op het gebied van de GGZ te vergroten. De wetenschappelijke en beroepsverenigingen van huisartsen, NHG en LHV, hebben de afgelopen 10 jaar veel energie gestoken in deze deskundigheidsbevordering. Het NHG draagt onder andere zorg voor de ontwik-

keling van deskundigheidsbevorderingspakketten (DKB-pakketten). Het materiaal in de DKB-pakketten is vooral bedoeld voor groepsgewijze nascholing, bijvoorbeeld in de huisartsgroep (HAGRO), het farmacotherapie-overleg (FTO) en in de door de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH; zie 1.3.2) georganiseerde bijeenkomsten. In totaal zijn er 56 DKB-pakketten. Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de meest ruime zin zijn de volgende 10 DKB-pakketten ontwikkeld:
- Dementiesyndroom (1991)
- Slapeloosheid en slaapmiddelen (1992)
- Stoppen met roken (1994)
- Seksuologie (1995)
- Preventie in de huisartspraktijk (1996)
- Depressie (1996)
- Begeleiding van patiënten met kanker (1996)
- Mishandeling en seksueel misbruik (1997)
- Chronisch zieken. Uw zorg? (1998)
- Problematisch alcoholgebruik (1998)

(NHG, 1998)

De kwaliteit van deskundigheidsbevordering wordt sinds 1992 mede bewaakt door een systeem van accreditering. Voor dit systeem is de LHV verantwoordelijk. Het NHG vervult een adviserende rol. Huisartsen zijn verplicht zich bij te scholen en dienen aan te kunnen tonen in voldoende mate te hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Huisartsen zijn echter vrij in de keuze van de nascholing. Er zijn geen eisen ten aanzien van de onderwerpen waarop individuele huisartsen zich (minimaal) bij dienen te scholen. De LHV houdt zich bezig met de accreditatie van het nascholingsaanbod, echter niet met de (her)registratie. Hiervoor is de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVCR) verantwoordelijk. Dit zelfstandige, landelijke orgaan controleert onder andere of huisartsen aan de herregistratie-eis van 40 uur deskundigheidsbevordering per jaar voldoen en houdt hierover rechtstreeks met de huisartsen contact. Er is geen koppeling tussen het nascholingsaanbod en het gebruik van de nascholing.

1.3.2 Criteria voor nascholing

De LHV heeft criteria voor nascholing opgesteld als uitgangspunt bij alle geaccrediteerde nascholingsactiviteiten. De criteria zijn gerangschikt naar inhoud, onderwijskundige opzet en uitvoering:

1. Criteria voor de inhoud
- De onderwerpen maken deel uit van het basistakenpakket van de huisarts.
- Onderwerp en leerdoelen zijn gericht op het realiseren van de uitvoering van het basistakenpakket.
- De inhoud van het programma sluit aan bij actuele opvattingen over huisartsgeneeskundig handelen. Het beoordelingskader daarvoor wordt o.a. gevormd door NHG-standaarden, literatuurbronnen en algemeen aanvaarde protocollen en consensusleidraden.

2. Criteria voor de onderwijskundige opzet
- De leerdoelen zijn zodanig geformuleerd dat zowel voor de cursist als voor anderen duidelijk is welke eindtermen na het volgen van de cursus worden nagestreefd. Dit geldt ook voor de leerdoelen per cursusonderdeel.

- Per onderdeel is de werkvorm omschreven en deze kan effectief geacht worden om het gestelde leerdoel te bereiken.
- Programma's zijn voorzien van een toets of bevatten andere vormen van evaluatie van de leerwinst (bijvoorbeeld vormen van reflexie op de leerdoelen).
- Er zijn mogelijkheden voor follow-up, dat wil zeggen: activiteiten die de transfer bevorderen door de praktische veranderingen als gevolg van de verworven kennis en vaardigheid in een ander verband aan de orde te stellen.

3. Criteria voor de uitvoering

- Organisatoren houden zich aan de reclamecode van de LHV en de Europese richtlijn met betrekking tot reclame.
- Voor evaluatie door de deelnemers wordt een standaard evaluatieformulier gebruikt.

(LHV, 1995)

1.3.3 De organisatie van nascholingsactiviteiten

De LHV hanteert twee aparte accrediteringssystemen: 'Instellingsaccreditering' en 'programma-accreditering'. Instellingsaccreditering geldt alleen voor WDH'en (Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen), die in ieder district actief zijn in het plaatselijk organiseren van nascholingsactiviteiten (zie ook "activiteiten binnen één district"). Daarbij geldt de restrictie dat de nascholingsactiviteiten van de WDH alleen onder de instellingsaccreditering vallen wanneer de deskundigheidsbevordering binnen het eigen werkgebied ten behoeve van de huisartsen in het eigen werkgebied aangeboden wordt. Voor alle andere organisatoren, en indien WDH'en programma's buiten het eigen werkgebied aanbieden, geldt programma-accreditering. Beide systemen zullen hieronder toegelicht worden. Ook supervisie en intercollegiale toetsing kunnen geaccrediteerd worden. Deze worden in dit onderzoek echter buiten beschouwing gelaten.

WDH-Activiteiten (binnen één district)

In het Nederlandse huisartsensysteem is Nederland opgedeeld in 23 districten met een eigen Districts Huisartsen Vereniging (DHV) onder leiding van een Districtscoördinator (DC). In bijna elk district zijn één tot zes Werkgroep(en) Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) actief, elk onder verantwoordelijkheid van een Plaatselijk Coördinator (PC). Tijdens dit onderzoek waren er 91 PC'en in functie, waarvan er 10 tevens DC zijn. De formatieplaats van de DC'en en PC'en varieert van 0,05 tot 0,30 Fte. In de meeste gevallen betreft het een nevenfunctie naast het werk als huisarts.

WDH'en kunnen instellingsaccreditering verkrijgen voor deskundigheidsbevordering die zij binnen het eigen werkgebied ten behoeve van huisartsen in het eigen werkgebied aanbieden. Hun instellingsaccreditering verwerven en behouden zij onder de volgende door de LHV geformuleerde voorwaarden:

I. De WDH werkt planmatig aan een evenwichtige kwaliteits- en deskundigheidsbevordering in het gebied. Het Modelcurriculum geeft hiervoor het kader aan.
II. Het werkplan van de WDH is vooraf goedgekeurd in de RHV of DHV.
III. Jaarlijks wordt over de voortgang verslag gelegd en dit verslag wordt in de RHV of DHV bekrachtigd.
IV. Werkplan en jaarplan worden toegestuurd aan de landelijke accrediteringsfunctionaris (LHV) en besproken met de landelijke accrediteringsfunctionaris.
V. De WDH is bereid de uitvoering van programma's te laten visiteren.

(LHV, 1995)

Binnen de bovengenoemde kaders heeft de WDH de vrijheid het jaarplan naar eigen inzicht in te vullen. De ene WDH werkt thematisch, de andere kiest voor een gevarieerd aanbod aan nascholingsactiviteiten. Op basis van het jaarlijkse werk- en jaarplan krijgt de WDH een vrijbrief voor alle nascholingsactiviteiten van het komende jaar. Bij een goedgekeurd werkplan worden de uitgewerkte nascholingsprogramma's door het jaar heen automatisch geaccrediteerd. Afzonderlijke nascholingsprogramma's hoeven niet meer vooraf aan de LHV ter beoordeling te worden gegeven.
Ook de zogenaamde 'klinische middagen' vallen onder de instellingsaccreditering. Hiermee worden regelmatig gehouden bijeenkomsten in ziekenhuisverband bedoeld, die zonder aanmelding vooraf toegankelijk zijn voor praktiserende artsen van verschillende disciplines en waarin de patiëntenzorg centraal staat. Accreditering kan worden verkregen als de PC of DC zorgt voor de samenstelling van het programma, de bijeenkomst wordt voorgezeten door een huisarts-voorzitter, samenwerking of taakafbakening tussen eerste en tweede lijn aan de orde komt en er ruimte is voor discussie. De PC of DC is eindverantwoordelijk en er dient een eenvoudig verslag gemaakt te worden waarin datum, tijd, onderwerp, leerpunten en aanwezigen genoemd worden (LHV, 1995).
Daarnaast kunnen huisartsen ook voor nascholingsactiviteiten binnen de huisartsengroep (HAGRO) en het farmacotherapie-overleg (FTO) accreditering verkrijgen. Aanmelding bij de landelijke accrediteringsfunctionaris verloopt via de PC of DC van het gebied. De aangemelde programma's worden beoordeeld op basis van een ingevuld aanvraagformulier.
De DHV houdt een registratie bij van de in het district georganiseerde nascholing. Huisartsen ontvangen jaarlijks van de DHV een 'periodiek overzicht deskundigheidsbevordering' met het aantal uur geaccrediteerde nascholing die zij binnen het district gevolgd hebben.

Activiteiten van andere aanbieders

Alle nascholingsprogramma's van organisaties die niet onder de instellingsaccreditering vallen horen bij de programma-accreditering. Aanbieders van nascholingsactiviteiten die onder de programma-accreditering vallen worden vanaf nu 'landelijke aanbieders' genoemd. De term 'landelijke aanbieders' verwijst naar het feit dat eventuele accreditering centraal aangevraagd moet worden bij de LHV. De activiteiten van 'landelijke aanbieders' kunnen echter ook regionaal uitgevoerd worden. Deze nascholing kan aangeboden worden door organisaties als PAOG (Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde) of PAO-H (idem voor huisartsgeneeskunde-)instellingen, farmaceutische industrie, Integrale Kankercentra of RIAGG's (zie bijlage II). Het kan echter ook een individuele arts of een ziekenhuis zijn die eenmalig een nascholing organiseert. Ook cursussen gericht op individuele nascholing (veelal schriftelijke cursussen) vallen onder de programma-accreditering. *Elk* programma van landelijke activiteiten of individuele nascholing dient twee maanden voor de geplande cursusdatum voor accreditering aan de directeur Kwaliteit en Deskundigheidsbevordering van de LHV aangeboden te worden. Iedere aanvraag wordt door één van de vier landelijke accrediteurs beoordeeld. Aanbieders van activiteiten die vallen onder de programma-accreditering dienen een aanvraagformulier in te vullen en het onderwijsmateriaal van het programma op te sturen naar degene die accrediteert, evenals een overzicht van de evaluatie (achteraf). Tevens verklaren zij zich bereid uitvoering van het programma te laten visiteren (LHV, 1995). Na afloop van de cursus wordt een door de LHV getekend certificaat afgegeven aan elke deelnemende huisarts. Wanneer een geaccrediteerde cursus binnen een half jaar herhaald wordt kan deze automatisch opnieuw geaccrediteerd worden. Anders dient de cursus opnieuw beoordeeld te worden.

Programma-accreditering is een tijdrovende en dus kostbare procedure voor de LHV. Vandaar dat de aanvragende organisatie een bijdrage van *f* 150,- per aanvraag dient te voldoen. Deze bijdrage is overigens niet kostendekkend. Ook voor de aanvragende organisatie kan de procedure tijdrovend zijn, zeker wanneer de nascholingsactiviteit bedoeld is voor meerdere doelgroepen dan alleen huisartsen. Dan moet namelijk bij de verschillende beroepsverenigingen apart een aanvraag gedaan worden.

2 DE STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE BEHANDELING VAN PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

2.1 Epidemiologie

Teneinde relevante onderwerpen voor GGZ-nascholing voor de huisarts te bepalen is het van belang om vast te stellen met welke vormen van psychische problematiek de huisarts veelvuldig wordt geconfronteerd. Belangrijke indicatoren hiervoor zijn recente gegevens omtrent het voorkomen van psychische aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk.

Uit recent bevolkingsonderzoek (Bijl et al., 1997;1998) zijn de volgende gegevens (tabel 2.1) over voorkomen van psychische aandoeningen en het zoeken van hulp daarvoor bij een huisarts onder de volwassen Nederlandse bevolking bekend.

Tabel 2.1: Percentage Nederlanders met een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden en percentage van degenen met een stoornis die de huisarts daarvoor bezochten

Stoornis	Prevalentie %	% daarvan dat huisarts bezocht
Stemmingsstoornis	7,6	45,3
Angststoornis	12,4	27,0
Alcoholmisbruik/-afhankelijkheid	8,3	9,9
Drugsmisbruik/-afhankelijkheid	1,3	24,7
Eetstoornissen	0,4	34,6
Schizofrenie	0,2	35,7

Bron: Bijl et al., 1997; 1998.

In totaal heeft bijna een kwart van de volwassen bevolking de afgelopen 12 maanden een psychische stoornis gehad. Bijna 9% van de totale volwassen bevolking heeft voor psychische klachten de huisarts bezocht.
Angststoornissen, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid en stemmingsstoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen onder de Nederlandse volwassen bevolking. Ongeveer de helft van de stemmingsstoornissen worden als zodanig onder aandacht van de huisarts gebracht; ongeveer een kwart van de angststoornissen en één tiende van de mensen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid roepen hiervoor de hulp van de huisarts in. Drugsmisbruik, eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa en schizofrenie komen veel minder voor. Mensen die hieraan lijden hebben hierover voor een kwart tot een derde contact met de huisarts.

Morbiditeitsregistraties van huisartsen laten het volgende beeld zien (tabel 2.2):

Tabel 2.2: Incidentie en prevalentie van psychische stoornissen, symptomen en psychosociale problemen in de huisarts praktijk volgens drie morbiditeitsregistraties (N per 1000 ingeschreven patiënten per jaar)

Diagnose van huisarts (voorafgegaan door ICPC-code[1])		Nationale Studie[2] (1987-1988)		Transitieproject[3] (1989)		Continue Morbiditeit Registratie[4] (1996)	
		incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie
Symptomen							
P01	nerveus, gespannen	16	21-84	14	23	}	
P02	acute stress	7	5-18	9	10	}	
P03	gedeprimeerd gevoel	2	2-7	5	7	} 62	129
P07	slaapproblemen	4	20-79	10	20	}	
P10	spanningshoofdpijn	8	3-13	7	10	}	
Overige symptomen		17	12-48	18	26	}	
Middelenmisbruik							
P15/16	alcohol	2	2-8	2	4	1	7
P17	tabak	2	2-8	2	4	3	5
P18	drugs	0,3	1-3	1	3	0,2	0,6
Psychische stoornissen							
P70	dementie/org. psychose	1	1-4	1	3	1	4
P71	schizofrenie	0,4	0,3-1	0,1	0,9	0,2	1,2
P72	affectieve psychose/ overige psychoses	1	1-4	1	3	3	9
P74	angst-'neurose'/fobie	1	1-3	2	4	1	2
P75	hypochondrie	1	1-6	2	4	0	0,4
P76	depressie	9	8-33	5	10	5	9
P78	surmenage/neurasthenie	14	6-25				
Psychosociale problemen							
Z05/07	werk/schoolproblemen	4	2-9	16	19		
Z12/20/24	relatieproblemen	6	3-14	8	12		
Z15/19/23/25	verwerkingsproblemen	5	4-17	10	13		

[1] ICPC = International Classification of Primary Care.
[2] Velden van der, et al., 1990.
[3] Lamberts, 1991.
[4] Materiaal ter beschikking gesteld door CMR-Nijmegen.

Het veelvuldig voorkomen in de bevolking van angst en depressie wordt weerspiegeld in het grote aandeel van symptomen en diagnoses die op een dergelijke stoornis wijzen (zie ook Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1999). De diagnoses voor middelenmisbruik, met name alcoholmisbruik en -afhankelijkheid blijven achter bij het relatief veelvuldig voorkomen ervan, hetgeen te verwachten was op grond van de geringere contactfrequentie met een huisarts over dit onderwerp.
"Grote psychiatrie" wordt in de bevolking minder aangetroffen en de huisarts wordt er veel minder mee geconfronteerd.
Seksuele problemen, misbruik/mishandeling, eetproblemen en opvoedingsproblemen zijn gevoegd binnen de overige symptomen omdat ze een lage prevalentie hebben.
Een laatste indicator voor het belang van de onderscheiden diagnosegroepen voor de huisarts is gelegen in de mate waarin patiënten met verschillende diagnoses worden verwezen naar de Geestelijke Gezondheids Zorg en het Algemeen Maatschappelijk Werk. We ontlenen deze cijfers aan recent onderzoek (data zijn verzameld in 1998)

waarbij een zestigtal huisartsen een jaar lang hun verwijzingen naar de GGZ registreerden. Huisartsen met een vaste werkrelatie met AMW en eerstelijnspsychologen zijn oververtegenwoordigd, maar laten geen ander verwijspatroon zien dan huisartsen die geen vaste contacten in de eerste- of tweedelijns-GGZ hebben (tabel 2.3).

Tabel 2.3: Verdeling van diagnoses over verwijzingen naar GGZ (inclusief AMW)

Diagnose van huisarts (voorafgegaan door ICPC-code)		% van GGZ-verwijzingen
Symptomen		
P01	nerveus, gespannen	15%
P02	acute stress	4%
P03	gedeprimeerd gevoel	17%
P07	slaapproblemen	3%
P10	spanningshoofdpijn en andere somatoforme stoornissen	3%
Overige symptomen		12%
Middelenmisbruik		
P15/16	alcohol }	
P17	tabak }	2%
P18	drugs }	
Psychische stoornissen		
P70	dementie/org. psychose	< 1%
P71	schizofrenie }	1%
P72	affectieve psychose/overige psychoses }	
P74	angst-'neurose'/ fobie	ZIE P01
P75	hypochondrie	
P76	depressie	6%
P78	surmenage/neurasthenie	5%
Psychosociale problemen		
Z05/07	werk/schoolproblemen	9%
Z12/20/24	relatieproblemen	16%
Z15/19/23/24	verwerkingsproblemen	5%

Men moet voor ogen houden dat dit totaal aan verwijzingen in de tweede helft van de 90-er jaren slechts iets meer dan 15% van alle incidente psychische problemen betrof.
Het veelvuldig voorkomen van gevoelens van angst en depressie wordt opnieuw weerspiegeld in het aandeel van deze diagnoses onder de indicatiestellingen voor verwijzing. Het lage aandeel van "grote psychiatrie" (psychoses, schizofrenie) weerspiegelt wederom het weinig frequent voorkomen hiervan en het eveneens gering aandeel van verwijzingen voor alcohol- en drugsmisbruik weerspiegelt het geringe hulp zoeken voor deze aandoeningen. Opvallend is dat bijna eenderde van de verwijzingen naar het AMW en GGZ niet zozeer psychische aandoeningen betreffen maar psychosociale problemen met name in de relatie en op het werk. Opgemerkt moet worden dat deze verwijzingen zeker niet uitsluitend voor rekening van het AMW komen, maar dat met name eerstelijnspsychologen maar ook de RIAGG regelmatig deze verwijsdiagnoses van huisartsen krijgen voorgelegd.
Samenvattend levert deze epidemiologische beschouwing het volgende beeld op.
Huisartsen krijgen relatief veel te maken met zaken als angst, stress, te hoge werkdruk, surmenage en neerslachtigheid en de eventuele somatische gevolgen daarvan. De diagnoses angst en depressief gevoel/depressie vormen een belangrijk gedeelte van de GGZ-verwijzingen. Huisartsen krijgen veel minder dan het voorkomen doet ver-

moeden, te maken met alcoholproblematiek. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de geringe neiging van mensen die veel drinken, daarvoor hulp bij de huisarts te zoeken. Dementie en grote psychiatrie is minder prevalent in de bevolking, wordt ook minder aangetroffen in de huisartsenpraktijk en dus weinig verwezen.
Psychosociale problemen op het gebied van werk en relaties tenslotte, komen relatief veel voor in de huisartsenpraktijk en worden vaak doorverwezen.

2.2 Standaarden

Een volgend kader om het nascholingsaanbod en de nascholingsbehoefte te positioneren, wordt gevormd door de recente literatuur waarin de state of the art op het terrein van de psychiatrie in de huisartsenpraktijk in de breedste zin van het woord is vastgelegd en door voor huisartsen opgestelde standaarden. Teneinde de huidige "Canon" inzake psychiatrie in de huisartsenpraktijk te kunnen weergeven zijn in eerste instantie de door het NHG opgestelde standaarden inzake psychische problemen, voor zover die in 1999 uitgebracht waren, in onze beschouwing betrokken. Standaarden zijn sinds eind jaren '80 door huisartsen in samenspraak met specialisten geformuleerde protocollen waarin de state of the art met betrekking tot diagnostiek en behandeling van veel voorkomende ziekten wordt besproken. Het zijn richtlijnen die in principe het uitgangspunt voor goed huisartsgeneeskundig handelen vormen. Op het gebied van psychische stoornissen bestaan de volgende huisartsenstandaarden:

- depressie (1994)
- angststoornissen (1997)
- dementie (1998)
- problematisch alcoholgebruik (1998)
- slapeloosheid en slaapmiddelen (1992)

Daarnaast zijn de volgende actuele overzichtswerken geraadpleegd:

- Van Ree en de Vries (eds): Psychiatrie, verschenen in de reeks praktische huisartsgeneeskunde (1997)
- Pullen, Wilkinson, Wright and Pereira Gray (eds): Psychiatry and General Practice today (1994)
- Kaplan and Sadock: Concise textbook of clinical psychiatry (1996). Dit laatste, specialistische handboek alleen ter aanvulling of contrôle van de voorgaande.
- WHO: Primary Health Care (PHC)-versie van de ICD-10.

In het onderstaande nemen we de bestaande NHG-standaarden door, waar nodig aangevuld met inzichten uit de andere geraadpleegde literatuur.
Bij veelvuldig in de huisartsenpraktijk voorkomende psychische aandoeningen waarover nog geen standaard bestaat, wordt aangegeven wat op basis van die verder geraadpleegde literatuur kan worden opgemerkt.

Depressie
Diagnostiek
NHG standaard (1994): Een goede sensitiviteit is vereist om achter een zekere maskerade (frequent spreekuurbezoek met wisselende klachten, moeheid zonder lichamelijke oorzaak, nervositeit of slapeloosheid, verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen, alcohol- of drugsproblemen en angst- of paniekaanvallen) een depressie te constateren. Aandacht voor houding en presentatie van de patiënt is belangrijk. Er zijn risico-

groepen, zoals ernstige lichamelijke ziekte, een voorgeschiedenis of een belaste familie-anamnese. In deze gevallen is een gerichte anamnese nodig. De overige geraadpleegde werken wijken niet van deze aanbevelingen af.
Heyrman (1997) constateert dat signalering en diagnostiek van de huisarts verbetering behoeven.

Behandeling
Behandeling bestaat, al naar gelang de ernst van de depressie uit voorlichting, begeleiding door vervolgcontacten en medicamenteuze therapie. Dit laatste wordt in de standaard alleen zinvol geacht bij ernstige depressie. In de NHG-standaard wordt in eerste instantie een tri-cyclisch anti-depressivum aanbevolen, dat alleen bij contra-indicaties door een serotonine heropname remmer vervangen zou moeten worden. In dit opzicht is de standaard afwijkend van de voorkeur die bijvoorbeeld door de opstellers van het INSTEL-protocol van de vakgroep sociale psychiatrie in Groningen wordt uitgesproken voor deze SSRI's (Jenner et al., 1995). Een veel gehoorde opmerking betreft het te terughoudend voorschrijfbeleid van huisartsen bij anti-depressiva. Met name worden te lage doseringen voorgeschreven, zodat effect uitblijft (Heeren e.a., 1996).
De WHO-richtlijn besteedt aandacht aan mogelijkheden van counseling: samen met de patiënt activiteiten plannen, terug laten komen, suïcidegevaar in de gaten houden en geruststelling en steun.
Wright (1994) wijst op het belang van de preventie van terugval. Hiertoe zijn zogenaamde relapse prevention programma's ontwikkeld, onder andere met behulp cognitieve therapie die in groepen gegeven kan worden (Clarke et al., 1995). Hiervoor is goede samenwerking tussen huisarts en bijvoorbeeld eerstelijnspychologen, AMW of GGZ-instellingen vereist.
Ook wordt in het Engelse handboek cognitieve therapie aanbevolen, met de toevoeging dat dit voor veel huisartsen een moeilijk verkrijgbare optie is. Cognitieve therapie "scoort" in meta-analyses bij mensen met een milde depressie minstens zo goed als gedragstherapie of farmaco-therapie (Cloaguen et al., 1998).
Een aantal specialistische mogelijkheden, waarvoor verwijzing noodzakelijk is, zijn naast cognitieve therapie gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en psycho-analytisch georiënteerde therapieën (Kaplan en Sadock, 1996). Ook bij onvoldoende effect van de behandeling, verhoogd suïciderisico, een bipolaire stoornis of ernstig sociaal disfunctioneren moet een verwijzing overwogen worden.

Angststoornis
Diagnostiek
NHG-standaard: Dezelfde maskerade als bij depressie kan ook op een angststoornis wijzen. Gerichte anamnese is dus noodzakelijk. Diagnostiek is onder andere belangrijk om na identificatie van een angsttoestand een differentiatie te maken in gegeneraliseerde angst (behoeft steunende gesprekken, eventueel door maatschappelijk werker), paniek- en fobische stoornissen (behoeft gedragstherapeutische aanpak, facultatief door huisarts anders door gedragstherapeut), obsessief-compulsieve stoornis (gedragstherapie of andere vorm van psychotherapie geïndiceerd) of hypochondrie (behoeft uitleg en terughoudend medisch beleid). De WHO heeft voor ieder van deze stoornissen een aparte richtlijn opgesteld.

Behandeling
Zoals hierboven geschetst geeft de NHG-standaard verschillende vormen van steunende gesprekken of meer gerichte psychotherapie. Voorts een terughoudend beleid in-

zake kalmerende middelen. Mogelijk in sommige gevallen anti-depressiva. Verwijzing bij onvoldoende effect en zeer ernstige klachten of disfunctioneren.
Drummond (1994) in Psychiatry and general practice today geeft nadere specificaties van hetgeen de huisarts op het gebied van counseling kan doen: lifestyle management, patiënten leren om hun vermijdingsgedrag af te leren (avoiding avoidance), relaxatie-oefeningen, cognitieve therapie en in geval van fobieën systematische en geleidelijke blootstelling aan de vreesverwekkende stimulus.
Op het gebied van medicatie wordt in alle geraadpleegde geschriften terughoudendheid aanbevolen.

Dementie
Diagnostiek
NHG-standaard: Vaststelling van dementie en het onderscheid met andere diagnoses (depressie) is een belangrijk aspect bij dementie. De standaard staat dan ook uitgebreid stil bij de anamnese en hetero-anamnese. Gezien de mogelijkheden van behandeling bij sommige dementiesyndromen en de onmogelijkheid bij andere is het van belang om ook binnen een vastgesteld dementiesyndroom een goed onderscheid te maken.
Williams (1994) benadrukt in het kader van preventie het belang van periodieke check-ups door de huisarts van patiënten boven de 75 jaar.

Behandeling
Het beleid bij demente patiënten komt voor een belangrijk deel neer op begeleiding van patiënt en partners/verzorgers en op coördinatie van de zorg.

Problematisch alcoholgebruik
Diagnostiek
NHG-standaard: De diagnostiek van problematisch alcoholgebruik bestaat uit achtereenvolgens het overwegen van gebruik bij bepaalde risicogroepen of bepaalde vormen van klachtpresentatie, het versterken van een vermoeden door gerichte vragen te stellen, en de bevestiging van het vermoeden in een gesprek met de patiënt. Hierbij geldt een specifieke anamnese waarbij de huisarts testen tot zijn beschikking staan. Deze aanpak komt in feite in alle geraadpleegde literatuur naar voren.

Behandeling
De behandeling bestaat in ieder geval uit voorlichting. Motiveren tot gedragsverandering is in ernstiger gevallen noodzakelijk. Hierbij moet ook begeleiding gegeven worden. Een en ander kan medicamenteus ondersteund worden. Tiemens (1999) wijst op een nieuwe techniek op dit gebied, het zogenaamde "motivational interviewing" (Rolnick en Miller, 1995; Cornel, 1998). Het betreft een directieve vorm van counseling waarbij samen met de patiënt diens twijfels over gedragsverandering worden bekeken en samen naar een oplossing wordt gezocht. Het is een techniek die o.a. bij mensen met eetproblemen en bij het stoppen met roken is gebezigd. Dunbar (1994) suggereert een aantal counselingsgesprekken waarbij een dagboek wordt bijgehouden door de patiënt. Wanneer er sprake is van ernstige ontwenningsverschijnselen of wanneer de begeleiding faalt is een verwijzing naar een CAD aangewezen.

Slapeloosheid en slaapmiddelen
Diagnostiek
De NHG-standaard bevat een aantal richtlijnen voor de anamnese.

Behandeling
De behandeling omvat altijd voorlichting en slaaphygiënische adviezen. Met medicamenteuze therapie moet terughoudend omgegaan worden. Er worden strategieën aanbevolen om te stoppen bij chronisch middelengebruik.
In de WHO-richtlijnen wordt ook relaxatie-training door de huisarts gesuggereerd.
Pullen en Wilkinson (1994) suggereren het samen met de huisarts bijhouden van een slaapdagboek, waaruit slaaphygiënische adviezen kunnen worden afgeleid.

Spanningsklachten/Surmenage
Behandeling
Een NHG-standaard bestaat niet. Terluin (1997) geeft adviezen voor een stapsgewijze begeleiding door de huisarts, waarbij de huisarts eerst de crisis bestrijdt en de patiënt tot rust laat komen, vervolgens gezamenlijk een analyse van het probleem gemaakt wordt en tenslotte getracht wordt de dagelijkse werkzaamheden weer op te pakken. Dit sluit aan bij de door de WHO geformuleerde richtlijnen: korte rustperiode, geleidelijke opbouw van activiteiten en vooral aandacht aan positieve aspecten besteden.

Somatisatie/onbegrepen lichamelijke klachten
Diagnostiek
Een aspect dat zowel in de NHG-standaarden als het Engelse handboek ontbreekt.
Cox (1997) besteedt met name aandacht aan de vaardigheden die op het diagnostische vlak vereist zijn om niet te veel en niet te weinig aandacht aan goede uitsluiting van lichamelijke oorzaken te besteden.

Behandeling
Uitleg en voorlichting aan de patiënt (na goed diagnostisch onderzoek!) nemen een voorname plaats in. In de WHO-richtlijn benadrukt men om zich te richten op de symptomen en niet op de mogelijke oorzaak ervan. In de benadering van de patiënt wordt benadrukt deze serieus te nemen.
Cox (1997) suggereert als mogelijke aanpak door de huisarts counseling inzake eventueel naar voren gekomen psychische problemen, ontspanning en reattributie. In de WHO-richtlijnen waarschuwt men voor verwijzing naar de psychiater (omdat dit de patiënt zal beledigen), maar raadt men medisch specialistische verwijzingen evenzeer af.

Doordat zowel de WHO-classificatie als het handboek psychiatrie uitgaat van de ziekteclassificatie ICD-10, komen de psychosociale problemen waarmee de huisarts in de praktijk zo frequent geconfronteerd wordt, relatie- en werkproblemen, nauwelijks aan de orde. Dit is logisch, want het is geen ziekte, hoogstens een ziekmakende omstandigheid.
Alleen in Psychiatry and General Practice today wordt in geval van relatieproblemen de suggestie gedaan van counseling door de huisarts (Pereira Gray, 1994)

2.3 Consequenties voor nascholing

De volgende gevolgtrekkingen kunnen op basis van het voorafgaande getrokken worden.
Ten aanzien van deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ kunnen we twee soorten onderwerpen onderscheiden:

1) Generieke deskundigheidsbevordering, gericht op vergroten van vaardigheden met betrekking tot het herkennen van psychische en sociale problematiek en de begeleiding hiervan. Deze vorm van deskundigheidsbevordering staat los van specifieke psychische en sociale problematiek en is, bijvoorbeeld in de vorm van gespreksvaardigheden en communicatietraining, op velerlei contacten met patiënten van toepassing. We kunnen de volgende onderscheiden:
   - luistervaardigheden en het zich kunnen verplaatsen in wat de patiënt heeft in te brengen zijn vaak essentieel;
   - het voeren van begeleidende en counselende gesprekken is regelmatig een vereiste;
   - een aparte techniek vereist het motiveren tot gedragsverandering.

   Generieke vaardigheden kunnen van belang zijn bij het diagnosticeren, behandelen of begeleiden van geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook de kwaliteit van het consult in het algemeen verbeteren. Nascholing gericht op psychosociale begeleiding bij zowel somatische als psychosomatische problematiek valt in dit onderzoek onder het generieke aanbod. Gerichte begeleiding bij gespecificeerde psychische en sociale problematiek valt echter onder de specifieke deskundigheidsbevordering. Functionele klachten waren in dit onderzoek ruim gedefinieerd, namelijk inclusief somatische aandoeningen met mogelijk een psychosomatische component. Aangezien het grootste gedeelte van de respons over dit onderwerp dergelijke cursussen betrof zijn de functionele klachten bij de analyses onder de generieke deskundigheidsbevordering gevoegd. In de inventarisatie van nascholing over dit onderwerp werd alleen dat deel van cursussen betrokken dat aandacht besteedde aan de relatie met de psychosociale aspecten en/of de psychosociale hulpverlening.

2) Specifieke deskundigheidsbevordering, gericht op ziektecategorieën, zoals dementie, depressie, angststoornissen, slaapproblemen of eetstoornissen. Onder het specifieke nascholingsaanbod vallen in dit onderzoek alle nascholingsactiviteiten die zich richten op de in bijlage I gespecificeerde psychische of sociale gezondheidsproblemen inclusief de behandeling en/of begeleiding die hiervoor geëigend is.

   Op het gebied van deze meer specifieke stoornissen zijn de volgende aspecten te onderscheiden:
   - Cognitieve elementen: bij iedere ziektecategorie en standaard hoort specifieke kennis met betrekking tot risicofactoren, anamnestische vragen, doseringen van medicatie, noodzakelijke voorlichting die gegeven zou moeten worden.
   - Vaardigheden: er zijn een aantal specifieke therapeutische benaderingen genoemd die bij bepaalde stoornissen in de huisartsenpraktijk toegepast zouden kunnen worden:
     . relaxatietherapie;
     . gedragstherapie;
     . counseling met behulp van lifestyle management, dagboek aanpakken e.d.
     Hierbij moet aangetekend worden dat deze vaardigheden geen deel van het basistakenpakket uitmaken maar facultatief zouden kunnen worden aangewend.
   - Kennis van meer gespecialiseerde aanpak die na verwijzing voorhanden is.
   - Kennis van de taal (classificatie-schema's) die in de GGZ/psychiatrie gehanteerd wordt.

3 GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN

Voor de uitvoering van deze inventarisatie is gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen. Om het landelijk aanbod in kaart te brengen zijn in de eerste plaats gegevens ontleend aan het accrediteringsbestand van de LHV. Vervolgens is een schriftelijke enquête gehouden onder landelijke aanbieders van deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ. Het aanbod op districtsniveau is geïnventariseerd door middel van een schriftelijke enquête onder alle districtscoördinatoren en plaatselijk coördinatoren van de districten. Daarnaast is gekeken hoe vaak DKB-pakketten uitgeleend zijn ten behoeve van nascholing op districtsniveau. In dit hoofdstuk worden de methode van dataverzameling en de respons beschreven.

3.1 Bestaande gegevensbronnen

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop de deskundigheidsbevordering georganiseerd is zijn in eerste instantie werkbezoeken gebracht aan de NHG en de LHV. De NHG verstrekte informatie over NHG-standaarden en DKB-pakketten die gericht zijn op deskundigheidsbevordering op het gebied van psychische en sociale problematiek. Via de LHV en de NHG zijn overzichten verkregen van het aantal keren dat de DKB-pakketten uitgeleend zijn in de onderzoeksperiode. Daarnaast werd het accrediteringsbestand van de LHV gescreend op landelijke organisaties die in de periode 1996 tot en met 1998 een aanbod hadden gehad op GGZ-gebied. Er werd een overzicht gemaakt van alle cursussen waarvan op grond van de titel met zekerheid aangenomen kon worden dat het een nascholing op het gebied van de GGZ betrof. Op deze wijze zijn 176 verschillende cursussen opgespoord, aangeboden door 74 verschillende organisaties. Daarnaast waren er 38 organisaties, waarvan op grond van de titel van de aangeboden cursus(sen) niet duidelijk was of GGZ-onderwerpen wel of niet aan de orde waren geweest. Dit "grijze" gebied is betrokken bij de nadere inventarisatie van het cursusaanbod door middel van een schriftelijke enquête.

3.2 Schriftelijke enquêtes

Omdat de accrediteringsoverzichten van de LHV slechts globale informatie verschaffen is ervoor gekozen de aanbieders van nascholingsactiviteiten schriftelijk te enquêteren. Op deze wijze konden gedetailleerdere gegevens, zoals de precieze onderwerpen waar binnen een cursus aandacht aan besteed werd, verkregen worden. De vragenlijsten werden zowel gebruikt voor het inventariseren van de activiteiten per district als voor de overige activiteiten door landelijke aanbieders. Via de LHV werden de adressen verkregen van districtscoördinatoren (DC'en), plaatselijke coördinatoren (PC'en) en landelijke aanbieders. Het achterhalen van de (adressen van) landelijke aanbieders werd bemoeilijkt doordat de naam van de aanvrager op verschillende wijze in het accrediteringsbestand opgenomen kon zijn. De aanduidingen "Uni van Utrecht" , "vakgroep huisartsgeneeskunde", "PAO-H Utrecht", en "dhr. X" onder de kop "organisatie" konden bijvoorbeeld allemaal naar dezelfde aanvrager (Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Utrecht) verwijzen. Met behulp van de secretariaatsmedewer-

kers van de LHV zijn uiteindelijk de 112 adressen achterhaald van organisaties die mogelijk een aanbod op het gebied van GGZ-nascholing hebben gehad. Achteraf bleken vijf (samenwerkende) organisaties onder verschillende namen en adressen dubbel aangeschreven te zijn, zodat 107 aanbieders overbleven.
De vragenlijst bestond uit een kort algemeen gedeelte. Daarnaast werd aan iedere aanbieder gevraagd om voor alle cursussen die men in 1996, 1997 en 1998 georganiseerd had op het gebied van psychische en sociale problematiek een "vragenlijst per cursus" in te vullen. Het woord "cursus" werd gedefinieerd als "elk nascholingsprogramma voor huisartsen, ongeacht het aantal onderwijsuren". Ter ondersteuning werd een checklist toegevoegd met 16 categorieën waaruit men een keuze kon maken bij het beantwoorden van de vragen over de onderwerpen die binnen de cursus aan bod waren gekomen. De categorieën zijn gebaseerd op de ICPC en op de checklist weergegeven door middel van een of enkele steekwoord(en). Tevens was er ruimte om handmatig onderwerpen toe te voegen, wanneer de respondent niet wist in welke van de 16 categorieën het onderwerp thuishoorde. Deze handmatig toegevoegde onderwerpen zijn later zoveel mogelijk geplaatst in de categorie waar ze volgens onze indeling onder vielen. De categorieën en de bijbehorende ICPC-codes zijn te zien in bijlage I.
Aangezien uit een eerdere inventarisatie bleek dat er weinig bekend is over het aantal onderwijsuren (Raad voor de deskundigheidsbevording, 1997) werd hier specifiek naar gevraagd. Daarnaast werden vragen gesteld over de keuze van het GGZ-cursusaanbod, het aantal deelnemers, de belangstelling voor de cursus, het gebruik van NHG-standaarden en DKB-pakketten, werving van cursisten en sponsoring.

3.2.1 Procedure en respons

Landelijk nascholingsaanbod

Aan de 107 landelijke organisaties zijn setjes met vragenlijsten verstuurd. Na een maand is iedereen die nog niet gereageerd had schriftelijk benaderd met het verzoek alsnog de enquête in te vullen en te retourneren. Aangezien het invullen van de vragenlijsten met name voor grote aanbieders een zeer tijdrovende opdracht kon zijn, werden bij een aantal organisaties extra inspanningen verricht. De twee grootste aanbieders van nascholing op GGZ-gebied werden reeds voor de eerste verzending telefonisch benaderd. Daarnaast namen een aantal organisaties zelf contact op met het verzoek tot ondersteuning bij het beantwoorden van de vragen. In totaal zijn 4 werkbezoeken afgelegd met het doel ter plekke de vragenlijsten in te vullen. Voor 5 grote organisaties werd voorwerk verricht door de in het accrediteringsbestand aanwezige gegevens reeds op de vragenlijsten in te vullen. De organisaties vulden vervolgens zelf de ontbrekende gegevens aan. Dit voorwerk kostte veel tijd omdat er per cursus veel en/of wisselend geordend materiaal aanwezig bleek te zijn in het accrediteringsbestand. Met drie organisaties werden de vragenlijsten telefonisch ingevuld. Twee (grote) organisaties volstonden met het opsturen van het cursusmateriaal, waaruit de antwoorden op de vragen zoveel mogelijk gedestilleerd werden.
Uiteindelijk is op deze wijze informatie verkregen over 157 verschillende cursussen, georganiseerd door 37 organisaties. Daarnaast retourneerden 21 organisaties de vragenlijst met de mededeling niets georganiseerd te hebben op het onderzochte gebied. Opvallend genoeg waren hieronder 6 organisaties die volgens het accrediteringsbestand wèl een aanbod hadden gehad (9 cursussen).

Tabel 3.1: Overzicht van de respons op landelijk niveau (organisaties)

	Aange-schreven	Respons wel aanbod		Respons geen aanbod	
		N	%	N	%
Organisaties met een aanbod op GGZ-gebied volgens accrediteringsbestand	69	33	47,8	6	8,7
Organisaties met mogelijk een aanbod op GGZ-gebied	38	4	10,6	15	39,5
Totaal	107	37	33,0	21	18,8

Uit de respons van de tweede groep, dat wil zeggen de organisaties die mogelijk, maar niet zeker, een aanbod hadden op GGZ-gebied valt het lage aantal responderende organisaties op dat daadwerkelijk een nascholingsaanbod bleek te hebben. In combinatie met het relatief grote aantal organisaties dat zegt geen aanbod gehad te hebben wordt het vermoeden gewekt dat ook de overige organisaties uit deze groep grotendeels geen aanbod hadden.

Wanneer de respons niet op organisatieniveau maar op cursusniveau bekeken wordt, valt het beeld positiever uit. Dan blijkt 71% van de gevonden cursussen op GGZ-gebied uit het accrediteringsbestand middels de vragenlijst nader onder de loep genomen te zijn. Dit hogere responspercentage is te verklaren doordat de organisaties met een relatief groot nascholingsaanbod (meerdere cursussen) vaker meegedaan hebben aan het onderzoek dan de organisaties die eenmalig een nascholing organiseerden.
Een reden voor de non-respons bij organisaties die een klein nascholingsaanbod hadden kan zijn dat dit aanbod bij de ontvanger van de vragenlijst niet bekend was. In ieder geval was dit bij 6 organisaties het geval. Mogelijk is de registratie binnen de organisatie in deze gevallen niet adequaat en/of centraal inzichtelijk. Bovendien is bij deze organisaties het aanbieden van nascholing voor huisartsen vaak een nevenactiviteit naast de primaire werkzaamheden. Dit geldt bijvoorbeeld voor ziekenhuizen, individuele artsen of stichtingen/verenigingen binnen de gezondheidszorg.

Tabel 3.2: Overzicht van de respons op landelijk niveau (cursussen)

	Aange-schreven	Respons wel aanbod		Respons geen aanbod	
		N	%	N	%
Aantal cursussen op GGZ-gebied volgens accrediteringsbestand	176	125	71,0	9	5,1
Aantal extra opgespoorde cursussen	-	32	-	-	-
Totaal		157			

Nascholingsaanbod uit de districten

Aangezien de taakverdeling ten aanzien van de organisatie van het nascholingsaanbod tussen de districtscoördinator (DC) en de plaatselijk coördinatoren (PC'en) per district wisselt is ervoor gekozen de schriftelijke enquête zowel naar de DC'en als naar de PC'en te sturen. De respons is achteraf gecontroleerd op overlappingen. Alle 23 DC'en en 81 PC'en zijn aangeschreven. Overigens bleken tien personen tegelijkertijd DC en

PC te zijn; deze zijn als DC geteld. Na vijf weken is een rappelbrief verzonden naar alle PC'en die nog niet gereageerd hadden. De DC'en werden telefonisch benaderd met het verzoek de vragenlijsten in te vullen. Tevens werd hen gevraagd om in het eerstvolgende overleg met de PC'en het onderzoek op de agenda te plaatsen en de medewerking van de PC'en te vragen. Er bleken vijf vacatures voor DC te zijn. Twee DC'en weigerden in verband met tijdgebrek. De overigen reageerden positief. Na een maand is aan alle DC'en en PC'en die nog niet gereageerd hadden een laatste rappelbrief gestuurd.

Tabel 3.3: Overzicht van de respons op districtsniveau

	Aangeschreven	Respons wel aanbod		Vacatures	
		N	%	N	%
Districtscoördinatoren (DC'en)	23	13	56,5	5	21,7
Plaatselijk coördinatoren (PC'en)	81	41	50,6	10	12,3

Uiteindelijk werd respons verkregen van 13 DC'en en 41 PC'en. Een deel van de non-respons is verklaarbaar uit het aantal vacatures. Door de overigen werd tijdgebrek regelmatig genoemd als reden voor non-respons. Daarnaast gaven een aantal coördinatoren aan, als reactie op de rappelbrieven, dat één persoon uit het district namens het hele district de vragenlijsten ingevuld had. Aangezien men dit niet altijd uitdrukkelijk vermeldde, is het mogelijk dat dit in meer districten het geval is geweest. Op districtsniveau bekeken is uit bijna driekwart van de districten informatie verkregen. Om te beoordelen of er sprake is van een goede afspiegeling uit het land wordt in tabel 3.4 een overzicht gegeven naar regio. Hierbij is de regio-indeling van het CBS en de LHV gehanteerd.

Tabel 3.4: Overzicht van de respons op districtsniveau per regio

	Aantal districten	Respons	
		N	%
Regio Zuid	5	5	100,0
Regio Oost	4	3	75,0
Regio West	11	8	72,7
Regio Noord	3	1	33,3
Totaal	23	17	73,9

De regio Noord blijkt ondervertegenwoordigd. De respons is wel goed verdeeld over de regio's Zuid, Oost en West.

3.3 Verwerking van de gegevens

De cursussen die in het accrediteringsbestand van de LHV gevonden zijn, werden op grond van hun titel in één van de categorieën uit de checklist ondergebracht. Dit geeft slechts een globale indruk omdat in werkelijkheid meerdere onderwerpen behandeld

kunnen zijn. Een cursus "seksuologie" is bijvoorbeeld ondergebracht bij "seksuologie", terwijl mogelijk ook het onderwerp "relatieproblemen" aan de orde is geweest. In de schriftelijke enquêtes werd daarom specifiek per onderwerp geïnventariseerd. De enquêteresultaten worden dan ook beschreven aan de hand van de onderwerpen waar binnen het nascholingsaanbod aandacht aan besteed werd. Aangezien in diverse cursussen meer dan één onderwerp aan bod kwam is het aantal cursusonderwerpen groter dan het aantal cursussen (zie hoofdstuk 4).

De 16 categorieën uit de checklist zijn bij de analyse met 2 categorieën uitgebreid, te weten:

1. Psychiatrie algemeen
   Gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden omtrent het herkennen, diagnostiseren en behandelen van psychische en sociale problematiek in het algemeen.
2. Overigen
   Met name samenwerking eerste-tweede lijn op GGZ-gebied.

De groep landelijke aanbieders bleek te bestaan uit zeer diverse organisaties. In de analyse zijn daarom drie typen organisaties onderscheiden:

1. Universiteiten en PAOG's (Post Academisch Onderwijs Geneeskunde)
   Inclusief PAO-H's (Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde).
2. Zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties
   Aanbieders van nascholingsactiviteiten uit de gezondheidszorg of andere non-profitinstellingen. Ook instellingen die buiten het reguliere opleidingscircuit van universiteiten en PAOG's vallen, maar wel een bepaalde taak hebben op het gebied van voorlichting en educatie vallen hieronder. Voorbeelden hiervan zijn RIAGG en RINO.
3. Commerciële organisaties
   Aanbieders van nascholingsactiviteiten met een winstoogmerk. Het merendeel van het cursusaanbod van deze organisatie wordt voor meer dan 50% gesponsord door de industrie.

In bijlage II is te zien welke organisaties bij elk van de drie typen zijn ondergebracht.

Onder de respondenten op de enquête over het landelijke nascholingsaanbod waren ook twee organisaties die individuele, schriftelijke cursussen organiseren. Aangezien individuele nascholing wezenlijk verschilt van groepsgewijze nascholing, worden de resultaten hiervan apart beschreven.

4 NASCHOLINGSAANBOD OP GGZ-GEBIED

In dit hoofdstuk wordt op de eerste plaats aandacht besteed aan gegevens over het GGZ-nascholingsaanbod (van 1 januari 1996 tot en met 31 december 1998) volgens de overzichten van de LHV in het landelijke accrediteringsbestand (4.1). De globale screening van deze gegevens geeft een eerste indruk van de GGZ-scholing door landelijke aanbieders. Een ander referentiepunt voor de resultaten van de enquêtes is het aanbod aan DKB-pakketten (zie paragraaf 1.3), die ontwikkeld zijn door de wetenschappelijke vereniging van huisartsen (NHG) en die bij de DC, de PC of de beroepsvereniging (LHV) opgevraagd kunnen worden. Op grond van de beschikbare gegevens van de NHG en de LHV kan een indicatie gegeven worden van het gebruik van DKB-pakketten binnen het nascholingsaanbod in de districten (4.2).
Tegen de achtergrond van deze gegevens worden vervolgens de resultaten geplaatst van de schriftelijke enquête onder aanbieders op landelijk niveau (zorg- en maatschappij-georiënteerde organisaties, universiteiten, commerciële organisaties) en op districtsniveau (DHV en WDH). In de bespreking van de enquêteresultaten wordt ingegaan op de aard en de omvang van de georganiseerde nascholingsactiviteiten op landelijk en op districtsniveau (4.3 en 4.4). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het specifieke aanbod en het generieke aanbod (zie paragraaf 2.3). De resultaten worden beschreven aan de hand van de diverse onderwerpen waar binnen het nascholingsaanbod aandacht aan besteed wordt. Aangezien binnen één cursus meerdere onderwerpen aan de orde gesteld kunnen worden is het totaal aantal onderwerpen groter dan het totaal aantal cursussen.

4.1 Cursusaanbod op basis van accrediteringsoverzichten LHV

Een eerste globale indruk van het landelijk aanbod aan deskundigheidsbevordering op GGZ-gebied werd verkregen op basis van het registratiebestand van de LHV betreffende geaccrediteerde cursussen (zie tabel 4.1). De gegevens van deze tabel werden verkregen door een globale screening op GGZ-onderwerp. Uit een eerdere inventarisatie van het totale scholingsaanbod voor huisartsen (Raad voor de deskundigheidsbevordering, 1997) blijkt dat GGZ-onderwerpen bijna 7% van het totale scholingsaanbod beslaan.

Uit het accrediteringsoverzicht blijkt, dat cursussen gericht op de meer generieke deskundigheid, zoals bijvoorbeeld de thema's communicatie en psychosociale begeleiding samen iets meer dan de helft (52,3%) van het totale aanbod vormen van verschillende cursussen op GGZ-gebied. Bij het aanbod betreffende specifieke psychische problematiek is volgens het accrediteringsoverzicht relatief veel aanbod op de grote psychiatrie (9,1%), bijvoorbeeld schizofrenie en vervolgens op dementie (8,5%) en ook depressie (7,3%) en seksuele problematiek (5,6%). Geen of weinig aanbod is er op het gebied van relatieproblematiek, surmenage, eetproblemen en verwerkingsproblemen.

Tabel 4.1 Aanbod landelijk geaccrediteerde cursussen op GGZ-gebied voor huisartsen (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

Cursusinhoud	Aantal verschillende cursussen		Totaal aantal cursussen (inclusief herhalingen)		Herhalingsfactor	Gemiddeld aantal onderwijsuren per cursus
	abs	%	abs	%		
Specifieke aanbod						
Depressie	13	7,4	31	7,1	1,4	5,7
Angststoornissen	8	4,5	42	9,6	4,3	2,3
Slaapstoornissen	3	1,7	3	0,7	0	3,2
Grote psychiatrie	16	9,1	22	5,0	0,4	5,3
Surmenage	1	0,6	1	0,2	0	3,0
Dementie	15	8,5	18	4,1	0,2	6,2
Alcohol/drugsproblemen	3	1,7	4	0,9	0,3	2,8
Seksuele problemen	10	5,7	41	9,4	3,1	10,6
Verwerkingsproblemen	2	1,1	2	0,5	0	4,0
Misbruik/mishandeling	6	3,4	19	4,4	2,2	3,2
Relatieproblemen	0	0,0	0	0,0	-	-
Opvoedingsproblemen	6	3,4	7	1,6	0,2	5,4
Anorexia etc.	1	0,6	1	0,2	0	2,0
Generieke aanbod						
Communicatie	35	19,9	127	29,1	2,6	6,6
Psychosociale begeleiding.[2]	28	15,9	53	12,2	0,9	6,1
Functionele klachten.[1]	13	7,4	17	3,9	0,3	4,7
Psychisch algemeen	16	9,1	48	11,1	2,0	9,1
Totaal	176	100,0	436	100,0	1,5	6,0
Totaal specifiek	84	47,7	191	43,8	1,3	
Totaal generiek	92	52,3	301	56,2	1,7	

[1] Alleen de cursussen die volledig over dit onderwerp gaan (bijvoorbeeld "de somatiserende patiënt").
[2] Alleen de cursussen die volledig over dit onderwerp gaan (bijvoorbeeld "begeleiding van de oncologische patiënt").

Gelet op het aantal keren dat cursussen werden uitgevoerd, komt globaal eenzelfde beeld naar voren. Ook in dit geval betreft weer ruim de helft (56,2%) generieke cursussen. Het beeld van het cursusaanbod op specifieke psychische problematiek verandert wel als we naar de frequentie van het cursusaanbod kijken. Dan blijken angststoornissen en seksuele problematiek het vaakst aangeboden te zijn (elk ruim 9%), gevolgd door het aanbod op het gebied van depressie (7,1%) en in mindere mate grote psychiatrie, dementie en misbruik/mishandeling.
Ook de omvang van de cursussen in uren is op het gebied van de generieke deskundigheidsbevordering gemiddeld langer, dan van de cursussen die op specifieke psychische problematiek ingaan.

4.2 DKB-pakketten

DKB-pakketten worden aan alle DC'en en PC'en gestuurd ter ondersteuning van nascholingsaktiviteiten in de districten. WDH'en kunnen de DKB-pakketten bijvoorbeeld gebruiken in de voorbereiding van nascholingen. De pakketten kunnen echter ook voor deskundigheidsbevordering in kleinere groepen, bijvoorbeeld in HAGRO- of FTO-verband, gebruikt worden. Huisartsen of voorzitters van HAGRO of FTO vragen de DKB-

pakketten dan op bij de DC of de PC. Hoe vaak dit gedaan wordt is nooit uitvoerig geïnventariseerd. Wel heeft de NHG recent (eind 1998) een enquête gehouden onder DC'en. Uit de reactie van 11 van de 23 DC'en (48%) zijn de volgende gegevens naar voren gekomen. In 1998 werden via de districtskantoren van de 11 respondenten in totaal 400 DKB-pakketten aangevraagd met een spreiding van 12 tot 68 per district. Hoe vaak de DKB-pakketten op het gebied van psychische en sociale problematiek (10 van de 56 pakketten) gebruikt werden is niet bekend, maar zal naar schatting niet meer (eerder minder) zijn dan 20% van het totaal: 2 tot 14 per district. Hierbij dient in aanmerking genomen te worden dat de DKB-pakketten ook via de PC verkregen kunnen worden. Deze weg wordt volgens de NHG veel vaker bewandeld, maar is tot nu toe niet in kaart gebracht.

DKB-pakketten kunnen ook rechtstreeks bij de LHV worden geleend. In 1998 werden bij de LHV in totaal 350 DKB-pakketten aangevraagd, waarvan 174 door huisartsen, 69 door DHV'en en PC's en de overigen door verwante beroepsgroepen, de farmaceutische industrie, gezondheidszorgorganisaties en universiteiten. In de onderzoeksperiode (1996 tot en met 1998) is volgens de administratie van de LHV vrij weinig gebruik gemaakt van de meeste DKB-pakketten betreffende GGZ-onderwerpen (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Uitleen DKB-pakketten uit LHV-programmatheek (1996 tot en met 1998)

DKB-pakketten	1996	1997	1998
Specifieke aanbod			
Depressie	-	8	13
Seksuologie	6	8	2
Slapeloosheid en slaapmiddelen	2	4	2
Dementiesyndroom	13	20	8
Problematisch alcoholgebruik	-	-	-
Mishandeling en seksueel misbruik	-	-	11
Generieke aanbod			
Preventie in de huisartspraktijk	1	3	2
Begeleiding van patiënten met kanker	2	44	18
Begeleiding van chronisch zieken	-	-	-
Stoppen met roken	2	5	10

Slechts enkele scholingspakketten werden vaker geleend: van het 'dementiesyndroom', van de 'begeleiding van patiënten met kanker' (inclusief videoband) en in 1998 werden ook in vergelijking met voorgaande jaren de pakketten van 'depressie', 'mishandeling' en 'stoppen met roken' meer gebruikt.

Daarnaast is bekend hoeveel evaluatieformulieren van DKB-pakketten binnenkomen bij de NHG (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Evaluatieformulieren van DKB-pakketten (1996 tot en met 1998)

DKB-pakketten	1996	1997	1998
Specifieke aanbod			
Depressie	-	3	9
Seksuologie	5	6	2
Slapeloosheid en slaapmiddelen	6	1	1
Dementiesyndroom	13	7	3
Problematisch alcoholgebruik	-	-	-
Mishandeling en seksueel misbruik	-	-	3
Generieke aanbod			
Preventie in de huisartspraktijk	1	1	1
Begeleiding van patiënten met kanker	-	-	-
Begeleiding van chronisch zieken	-	-	-
Stoppen met roken	3	1	0

(bron NHG)

In totaal kwamen er in de periode 1996 tot en met 1998 627 evaluatieformulieren binnen, waarvan 64 (11,5%) over de in tabel 4.3 genoemde onderwerpen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In 1998 kwamen er gemiddeld nog geen 4 evaluatieformulieren per DKB-onderwerp binnen. Per onderwerp op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg ligt dit nog lager, namelijk minder dan 3. Over de pakketten "Chronisch Zieken. Uw zorg?" en "Problematisch alcoholgebruik" zijn geen gegevens omdat deze pas in 1998 verschenen zijn. Ook het pakket "Begeleiding van patiënten met kanker" is hier buiten beschouwing gelaten omdat dit een onderwijsarrangement betreft dat wordt geëvalueerd met aparte evaluatieformulieren. Van dit pakket is bekend dat in 1996 in ieder geval rond de 300 huisartsen onderwijsfase II (cursus) doorliepen, waarvan 24 ook onderwijsfase III (training) volgden. In 1997 liggen deze aantallen hoger aangezien in een aantal regio's aan alle HAGRO's de cursus (onderwijsfase II) aangeboden werd (exacte deelnemersaantallen niet bekend).
Bij tabel 4.3 moet opgemerkt worden dat iedereen die een DKB-pakket gebruikt verzocht wordt een evaluatieformulier in te vullen, maar dat waarschijnlijk lang niet iedereen dit ook doet. Het aantal ingekomen evaluatieformulieren is dus geen harde indicator voor het daadwerkelijk gebruik van DKB-pakketten.

In dit onderzoek is daarom geprobeerd aanvullende informatie te verkrijgen door middel van de schriftelijke vragenlijsten aan de DC's, om zo een indruk te krijgen van de onderwerpen die in kleinschalige nascholingen (HAGRO of FTO), al dan niet met behulp van DKB-pakketten, aan de orde gesteld zijn. Normaliter meldt de contactpersoon c.q. voorzitter van de HAGRO of de FTO aan het districtskantoor welke huisartsen deelgenomen hebben, welk onderwerp behandeld werd en hoeveel tijd eraan besteed werd. Slechts twee DC'en bleken hierover informatie te kunnen verschaffen. Zeven DC'en (bijna 40% van de DC'en in functie) meldden, zonder dat hier expliciet naar gevraagd werd, niet over de gevraagde gegevens te beschikken. De overigen vulden de vragen hierover niet in zonder toelichting.
Door de meeste districtskantoren wordt wel het (totaal) aantal geaccrediteerde uren per arts bijgehouden, maar blijkbaar niet vaak op welke onderwerpen men zich naschoolde óf op zodanige wijze dat deze gegevens niet eenvoudig op te roepen zijn. De informatie uit de twee districten die wel informatie verstrekten is te weinig om over te rapporteren.

Enige aanvullende informatie over het FTO is wel verkregen uit de landelijke inventarisatie farmacotherapie-overleg die in 1997 door de Stichting DGV is uitgevoerd. Hierbij werden 768 van de in totaal 827 FTO-groepen rechtstreeks geënquêteerd. 59% van de respondenderende FTO-groepen (N=636) bleek in de jaren 1995 en 1996 het onderwerp "depressie" besproken te hebben en 36% het onderwerp "slaapstoornissen en het voorschrijven van benzodiazepines". Van de respondenten die de vraag over werkmaterialen beantwoordden (N=340) gaf 57% aan 1-3 keer gebruik gemaakt te hebben van DKB-pakketten en 12% 4-6 keer. Het betreft hier DKB-pakketten in het algemeen, dus niet alleen de pakketten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. 32% had in 1996 geen gebruik gemaakt van DKB-pakketten. Aangezien deze vraag slechts door 53% van alle respondenten beantwoord werd, is het aannemelijk dat een deel van degenen die de vraag niet hebben ingevuld het materiaal ook niet hebben gebruikt. Het werkelijke percentage FTO-groepen dat geen gebruik maakte van DKB-pakketten ligt dus waarschijnlijk hoger (Stichting DGV, 1997). De evaluatie van het farmacotherapie-overleg wordt op dit moment herhaald (NIVEL, in uitvoering).

Hoewel de informatie over het gebruik van DKB-pakketten binnen de districten niet volledig is, zijn er op grond van bovengenoemde gegevens toch aanwijzingen dat de DKB-pakketten niet optimaal benut worden voor activiteiten in het kader van deskundigheidsbevordering.

4.3 Cursusaanbod op landelijk niveau; een impressie

Door de landelijke aanbieders (zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties, universiteiten/PAOG's en commerciële aanbieders) werd de schriftelijke vragenlijst ingevuld voor 157 verschillende cursussen. Ingedeeld naar onderwerpen uit de checklist kwamen 330 onderwerpen aan de orde. Gemiddeld zijn dus ruim twee onderwerpen per cursus behandeld. De resultaten zullen hier per onderwerp besproken worden.
Tweederde van het cursusaanbod op landelijk niveau betreft specifieke onderwerpen en eenderde is generiek. Deze verhouding blijft hetzelfde wanneer het aantal herhalingscursussen ingecalculeerd wordt (tabel 4.4).

Binnen het specifieke aanbod worden relatief veel cursussen ontwikkeld op het gebied van depressie (10,6%) en vervolgens op angststoornissen (8,8%) en grote psychiatrie (7,0%). Weinig aanbod is er op het gebied van alcohol- en drugsproblematiek (1,2%) en misbruik/mishandeling (2,4%).
Het beeld van het cursusaanbod op specifieke psychische problematiek verandert als we naar de frequentie van het cursusaanbod kijken. Dan blijkt seksuele problematiek (koploper in het aantal herhalingen) het vaakst aangeboden te zijn (14,3%), gevolgd door depressie (10,1%) en angststoornissen (8,2%). Alcohol- en drugsproblematiek blijft onderaan staan (0,8%), nu samen met eetproblemen (1,5%). Het aandeel misbruik/mishandeling neemt door het aantal herhalingen (gemiddeld ruim 7 keer) een iets grotere plaats in (5,3%) dan op het eerste gezicht leek.

Tabel 4.4 Aanbod cursussen op GGZ-gebied op landelijk niveau (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

Cursusinhoud (N=157 cursussen)	Aantal verschillende cursusonderdelen (excl. herhalingen)		Totaal aantal cursusonderdelen (incl. herhalingen)		Herhalings-factor	
	N	%	N	%	N=[1]	
Specifieke aanbod						
Depressie	35	10,6	129	10,1	31	3,2
Angststoornissen	29	8,8	105	8,2	26	3,0
Slaapstoornissen	12	3,6	77	6,0	12	5,4
Grote psychiatrie	23	7,0	41	3,2	19	1,2
Surmenage	12	3,6	40	3,1	11	2,6
Dementie	20	6,1	30	2,4	15	1,0
Alcohol/drugsproblemen	4	1,2	10	0,8	3	2,3
Seksuele problemen	19	5,8	182	14,3	17	9,7
Verwerkingsproblemen	18	5,5	70	5,5	16	3,4
Misbruik/mishandeling	8	2,4	67	5,3	8	7,4
Relatieproblemen	12	3,6	49	3,8	12	3,1
Opvoedingsproblemen	20	6,1	38	3,0	11	2,5
Eetproblemen	10	3,0	19	1,5	9	1,1
Generieke aanbod						
Communicatie	41	12,4	218	17,1	39	4,6
Psychosociale b.	32	9,7	100	7,9	27	2,7
Functionele kl.	20	6,1	57	4,5	17	2,4
Psych. algemeen	15	4,5	41	3,2	141,9	
Overige	0	0	0	0	0	0
Totaal	330	100,0	1.273	100,0	287	3,4
Totaal specifiek	222	67,3	857	67,3	190	3,5
Totaal generiek	108	32,7	416	32,7	97	3,3

[1] N = aantal cursusonderdelen gebaseerd op 121 cursussen.

Binnen het generieke aanbod wordt door de landelijke organisaties verreweg het meeste aandacht besteed aan nascholing op het gebied van communicatie. Herhalingen ingecalculeerd nemen deze cursussen 17,1% van het totale aanbod in beslag. Ook op het gebied van psychosociale begeleiding wordt relatief veel gedaan. Er worden met name veel verschillende cursussen aangeboden (9,7%).

Per type landelijke organisatie (zie ook hoofdstuk 3) blijken er enige verschillen te zijn in de belangrijkste aandachtsgebieden (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Cursusaanbod op landelijk niveau: totaal en naar type organisatie (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

Cursusinhoud	Totaal aantal cursusonderdelen landelijke organisaties		Aantal cursusonderdelen Zorg en Maatschappij		Aantal cursusonderdelen Universiteit/ PAOG		Aantal cursusonderdelen commercieel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Specifieke aanbod								
Depressie	35	10,6	22	29,3	6	12,8	7	20,0
Angststoornissen	29	8,8	18	24,0	6	12,8	5	14,3
Slaapstoornissen	12	3,6	10	13,3	1	2,1	1	2,9
Grote psychiatrie	23	7,0	12	16,0	6	12,8	5	14,3
Surmenage	12	3,6	11	14,7	1	2,1	0	0
Dementie	20	6,1	5	6,7	9	19,1	6	17,1
Alcohol/drugsproblemen	4	1,2	3	4,0	1	2,1	0	0
Seksuele problemen	19	5,8	13	17,3	3	6,4	3	8,6
Verwerkingsproblemen	18	5,5	14	18,7	3	6,4	1	2,9
Misbruik/mishandeling	8	2,4	4	5,3	1	2,1	3	8,6
Relatieproblemen	12	3,6	10	13,3	2	4,3	0	0
Opvoedingsproblemen	20	6,1	6	8,0	12	25,5	2	5,7
Eetproblemen	10	3,0	6	8,0	1	2,1	3	8,6
Generieke aanbod								
Communicatie	41	12,4	14	18,7	14	29,8	13	37,1
Psychosociale begeleiding	32	9,7	19	25,3	12	25,5	1	2,9
Functionele klachten	20	6,1	11	14,7	5	10,6	4	11,4
Psychiatrie algemeen	15	4,5	12	16,0	1	2,1	2	5,7
Overige	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	330	100,0	190	100,0	84	100,0	56	100,0
Totaal specifiek	222	67,3	134	70,5	52	61,9	36	64,3
Totaal generiek	108	32,7	56	29,5	32	38,1	20	35,7

Wat betreft het specifieke aanbod doen de zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties het meeste aan depressie (29,3%) en angststoornissen (24,0%). Bij de universiteiten en PAOG's ligt de nadruk op opvoedingsproblemen (25,5%) en dementie (19,1%). De commerciële aanbieders, met in totaliteit het kleinste bij ons bekende aanbod, laten een redelijk gespreid beeld zien met aan kop depressie (20,0%). Opvallend is dat de zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties (RINO met name) een relatief groot aanbod hebben op surmenage (14,7%) en relatieproblemen (13,3%), terwijl de andere twee organisatietypen nauwelijks aanbod hebben op deze onderwerpen.
Binnen het generieke aanbod doen alle organisaties veel aan communicatie. Met name het grote aanbod op dit gebied van de commerciële organisaties (37,1%) valt op. De zorg- en maatschappijgeoriënteerden en universiteiten/PAOG's hebben daarnaast veel aanbod op psychosociale begeleiding (beiden ruim 25%).

Wanneer gekeken wordt naar de omvang van de cursussen in lesuren wordt voor onderwerpen op het gebied van de generieke deskundigheidsbevordering gemiddeld een uur langer uitgetrokken (4,5 uur) dan voor onderwerpen die op specifieke psychische problematiek ingaan (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Aantal lesuren per onderwerp op landelijk niveau (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

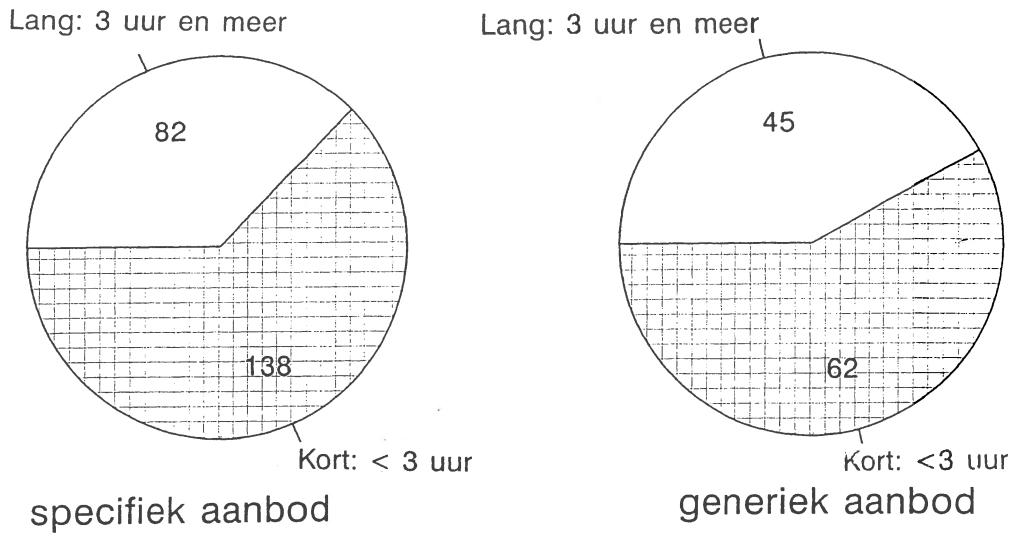
Cursusinhoud	N	Aantal lesuren (excl. herhalingen)	%	Gemiddeld aantal lesuren per cursus	Totaal aantal lesuren (incl. herhalingen)	%
Specifieke aanbod						
Depressie	35	78,5	6,1	2,0	329,5	5,5
Angststoornissen	29	73,0	5,7	2,5	292,0	4,9
Slaapstoornissen	12	27,5	2,2	2,5	176,0	3,0
Grote psychiatrie	23	67,0	5,2	3,0	147,5	2,5
Surmenage	12	39,0	3,1	3,5	140,5	2,4
Dementie	18	41,5	3,2	2,5	83,0	1,4
Alcohol/drugsproblemen	4	20,5	1,6	5,0	67,5	1,1
Seksuele problemen	19	132,0	10,3	7,0	1.412,5	23,7
Verwerkingsproblemen	18	60,0	4,7	3,5	264,0	4,4
Misbruik/mishandeling	8	18,0	1,4	2,5	151,0	2,5
Relatieproblemen	12	153,0	11,8	13,0	627,5	10,5
Opvoedingsproblemen	20	69,0	5,4	3,5	241,5	4,0
Eetproblemen	10	13,5	1,1	1,5	28,5	0,5
Generieke aanbod						
Communicatie	40	177,0	13,9	4,5	991,0	16,6
Psychosociale begeleiding	32	105,0	8,2	3,5	388,5	6,5
Functionele klachten	20	71,0	5,6	3,5	241,5	4,0
Psychiatrie algemeen	15	132,0	10,3	9,0	383,0	6,4
Overige	0	0	0	0	0	0
Totaal	327	1.277,5	100,0	4,0	5.965,5	100,0
Totaal specifiek	220	792,5	62,0	3,5	3.961,0	66,4
Totaal generiek	107	485,0	38,0	4,5	2.004,0	33,6

Binnen de specifieke deskundigheidsbevordering wordt gemiddeld de meeste tijd besteed aan relatieproblematiek (13 uur) en seksuele problematiek (7 uur). Dit hoge gemiddelde is bij beide onderwerpen grotendeels te wijten aan één lange opleiding (100 uur per onderwerp). Het zwaartepunt in de totale omvang van het specifieke cursusaanbod uitgedrukt in lesuren ligt hierdoor eveneens op deze twee onderwerpen. Binnen de generieke deskundigheidsbevordering ligt het gemiddeld aantal uren het hoogst bij cursussen over psychiatrie in het algemeen. Door het grote aantal cursussen over communicatie, in combinatie met een redelijk hoog gemiddelde (4,5 uur), blijft wat betreft de totale omvang van de generieke cursussen het onderwerp communicatie koploper.

Om te bekijken of er bepaalde onderwerpen zijn waar binnen een cursus vaker kort of juist lang aandacht aan wordt besteed zijn de aangeboden onderwerpen onderverdeeld in kort (< 3 uur) en lang (> = 3 uur). Zowel de specifieke als, in iets mindere mate, de generieke onderwerpen blijken vaker kort (62,7 % resp. 57,9%) aangeboden te worden dan lang (figuur 4.1).

Figuur 4.1 Generiek en specifiek aanbod betreffende duur GGZ-aanbod

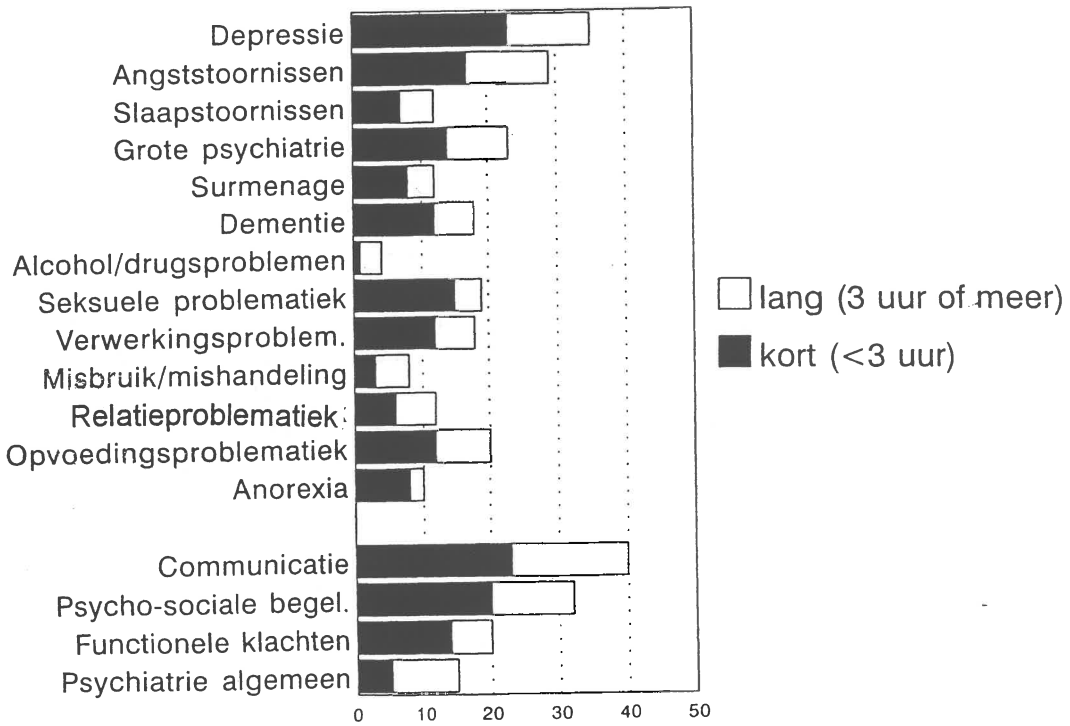
Aantal cursussen landelijke aanbieders



Met name eetproblemen en seksuele problematiek worden in de meeste cursussen kortdurend behandeld. Alcohol/drugsproblematiek kwam daarentegen, in de weinige cursussen die daarover gegeven zijn, voornamelijk uitgebreid aan de orde, evenals misbruik/mishandeling. In het generieke aanbod worden functionele klachten meestal kortdurend aangeboden en psychiatrie in het algemeen meestal lang. Communicatie en psychosociale begeleiding worden iets vaker kort dan lang aangeboden (figuur 4.2).

Figuur 4.2 Verhouding kort- en langdurende aandacht aan GGZ-aanbod

Aantal cursussen landelijke aanbieders



Het gemiddelde aantal lesuren ligt voor de specifieke en generieke onderwerpen die kortdurend behandeld werden gelijk (1,5 uur). Wanneer echter alleen gekeken wordt naar de langer (> = 3 uur) behandelde onderwerpen dan namen de generieke onderwerpen gemiddeld 1,5 uur meer in beslag (9 uur) dan de specifieke (7,5 uur).

Individuele nascholing (schriftelijke cursussen)

Naast bovengenoemde groepsgewijze nascholing, waren er onder de respondenten op de schriftelijke vragenlijst ook 2 organisaties die individuele, schriftelijke nascholing aanbieden.

De schriftelijke cursussen waarover informatie is verkregen beperken zich wat betreft de specifieke onderwerpen tot depressie, slaapstoornissen en surmenage. De keuze van deze onderwerpen is gebaseerd op een enquête onder huisartsen. Al deze cursussen trokken relatief veel deelnemers (gemiddeld 543 per cursus). Het aantal geaccrediteerde lesuren is bij de specifieke onderwerpen steeds 1,5 uur. Wat betreft de generieke cursussen zijn er alleen gegevens over individuele scholing waarin aandacht besteed wordt aan het onderwerp functionele klachten, voornamelijk pijnklachten. Deze cursussen zijn allen geaccrediteerd voor 1 uur. De gemiddelde tijd die besteed wordt aan de relatie tussen de (somatische) klachten en psychosociale aspecten en/of het omgaan met de klachten is ruim 20 minuten (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Aanbod individuele, schriftelijke cursussen

Cursusinhoud	Aantal cursussen	Gemiddeld aantal lesuren	Gemiddeld aantal deelnemers
Specifieke onderwerpen			
Depressie	2	1,5	596
Slaapstoornissen	1	1,5	463
Surmenage	2	1,5	532
Generieke onderwerpen			
Functionele klachten	8	0,4	154

De genoemde cursussen over depressie, slaapstoornissen en surmenage maken deel uit van een reeks van tien cursussen per jaar, waarop men zich kan abonneren. De tien cursus"boekjes" gaan over verschillende onderwerpen, ook uit de somatische hoek. Het gemiddelde aantal abonnees in 1996, 1997 en 1998 was 817. De abonnees zijn in bovenstaand overzicht als deelnemer beschouwd wanneer de eindtoets over het betreffende onderwerp ingezonden is. Dat is tevens de voorwaarde voor accreditatie. Het aantal deelnemers van de cursus "slaapstoornissen" zal in werkelijkheid groter zijn dan 463 omdat de eindtoets ook nog in 1999 ingeleverd kan worden. Het Programma voor Individuele Nascholing (PIN) van de NHG is in bovenstaand overzicht niet meegenomen omdat het eerste GGZ-onderwerp (depressie) pas eind 1998 verschenen is. Overigens is deze nascholing globaal vergelijkbaar met de reeds genoemde: men abonneert zich en verkrijgt 1,5 uur accreditatie per ingestuurd toetsblad. Ter vergelijking: In de eerste helft van 1999 werden 385 toetsbladen "depressie" geregistreerd bij de NHG.

Ook de cursussen waarin functionele klachten aan de orde kwamen zijn meestal onderdeel van een reeks die men in zijn geheel kan volgen. Hierbij gaat het wel om onderling samenhangende cursussen, bijvoorbeeld "pijnbeheersing in zes delen". Accreditatie geschiedt ook hier per gevolgde cursus binnen de reeks.

4.4 Cursusaanbod op districtsniveau; een impressie

Naast het landelijke (geregistreerde) aanbod van cursussen worden voor huisartsen op districtsniveau of op lokaal niveau (WDH) cursussen aangeboden. In de inventarisatie door middel van de schriftelijke vragenlijsten op districtsniveau zijn ook deze lokale cursussen meegenomen. In totaal werd de vragenlijst op districtsniveau ingevuld voor 180 verschillende cursussen. Ingedeeld naar onderwerpen uit de checklist kwamen 221 onderwerpen aan de orde. Per cursus kwamen dus gemiddeld 1,2 verschillende onderwerpen aan bod, minder dan op landelijk niveau (gemiddeld 2,1 onderwerpen per cursus).

Tabel 4.8 Aanbod cursussen op GGZ-gebied op districtsniveau (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

Cursusinhoud (N=180 cursussen)	Aantal verschillende cursusonderdelen (excl. herhalingen)		Totaal aantal cursusonderdelen (incl. herhalingen)		Herhalingsfactor	
	N	%	N	%	N=[1]	
Specifieke aanbod						
Depressie	23	10,4	130	18,8	20	5,5
Angststoornissen	9	4,1	53	7,6	8	5,6
Slaapstoornissen	3	1,4	2	0,3	2	0
Grote psychiatrie	19	8,6	83	12,0	19	3,4
Surmenage	1	0,5	1	0,1	1	0
Dementie	8	3,6	14	2,0	7	1,0
Alcohol/drugsproblemen	6	2,7	13	1,9	6	1,2
Seksuele problemen	20	9,0	34	4,9	19	0,8
Verwerkingsproblemen	10	4,6	17	2,5	10	0,7
Misbruik/mishandeling	9	4,1	12	1,7	7	0,7
Relatieproblemen	0	0	0	0	0	0
Opvoedingsproblemen	14	6,3	30	4,3	13	1,3
Eetproblemen	3	1,4	3	0,4	3	0
Generieke aanbod						
Communicatie	28	12,7	49	7,1	25	1,0
Psychosociale b.	39	17,6	117	16,9	37	2,2
Functionele kl.	24	10,8	123	17,7	23	4,3
Psych. algemeen	4	1,8	11	1,6	3	2,7
Overige	1	0,5	1	0,1	1	0
Totaal	221	100,0	693	100,0	204	2,4
Totaal specifiek	125	56,6	392	56,6	115	2,4
Totaal generiek	96	43,4	301	43,4	89	2,4

[1] N = aantal cursusonderdelen gebaseerd op 169 cursussen.

Vergeleken met de landelijke inventarisatie is er een accentverschil in de verhouding tussen het generieke en het specifieke aanbod. Op districtsniveau ligt het generieke (43,4%) en het specifieke aanbod (56,6%) dichter bij elkaar dan op landelijk niveau, waar de nadruk ligt op specifieke onderwerpen (67,3%). Ook gelet op het aantal keren dat cursussen werden uitgevoerd komt eenzelfde beeld naar voren (tabel 4.8).

Van het totale aanbod specifieke cursussen komen, net als in het landelijke aanbod, de cursussen over depressieve klachten het meest voor (10,4%), gevolgd door seksuele problematiek (9,0%) en de grote psychiatrie (8,6%). Cursussen over relatieproblemen,

surmenage, slaapstoornissen en eetproblemen werden op districtsniveau bijzonder weinig gegeven (allen 1% of minder). Van de generieke cursussen gaat de meeste aandacht naar onderwerpen met betrekking tot psychosociale begeleiding (17,6% van het totale aanbod).
Gelet op de frequentie van het cursusaanbod op districtsniveau blijken binnen de specifieke onderwerpen de cursussen depressieve klachten een nog groter deel van het totale aanbod te vormen (19% van totale aanbod), gevolgd door de grote psychiatrie (12%) en angststoornissen (8%). De cursussen over angststoornissen en depressie zijn tevens het meeste herhaald (gemiddeld 5,5 keer). Het onderwerp seksuele problematiek kwam op districtsniveau weliswaar regelmatig in verschillende cursussen aan de orde maar werd, in tegenstelling tot het landelijk aanbod, weinig herhaald. De herhalingen in aanmerking genomen maakte dit onderwerp daardoor een minder groot deel uit van het totale aanbod (4,9%). De cursussen op het terrein van surmenage, slaapstoornissen en eetproblemen zijn ook in totaliteit het minst gegeven (minder dan 0,5%) en het minst herhaald.
De onderwerpen met betrekking tot functionele klachten kwamen op districtsniveau, in tegenstelling tot het landelijk niveau, vaak voor en werden vaak herhaald. Binnen de generieke cursussen is daardoor de frequentie op dit onderwerp het hoogste (17,7% van het totale aanbod), op de voet gevolgd door de cursussen over psychosociale begeleiding (16,9%).

Ook op districtsniveau is, naast de frequentie, de omvang van de cursusonderwerpen, uitgedrukt in aantal lesuren, in kaart gebracht (tabel 4.9).

Tabel 4.9 Aantal lesuren per onderwerp op districtsniveau (1 januari 1996 tot en met 31 december 1998)

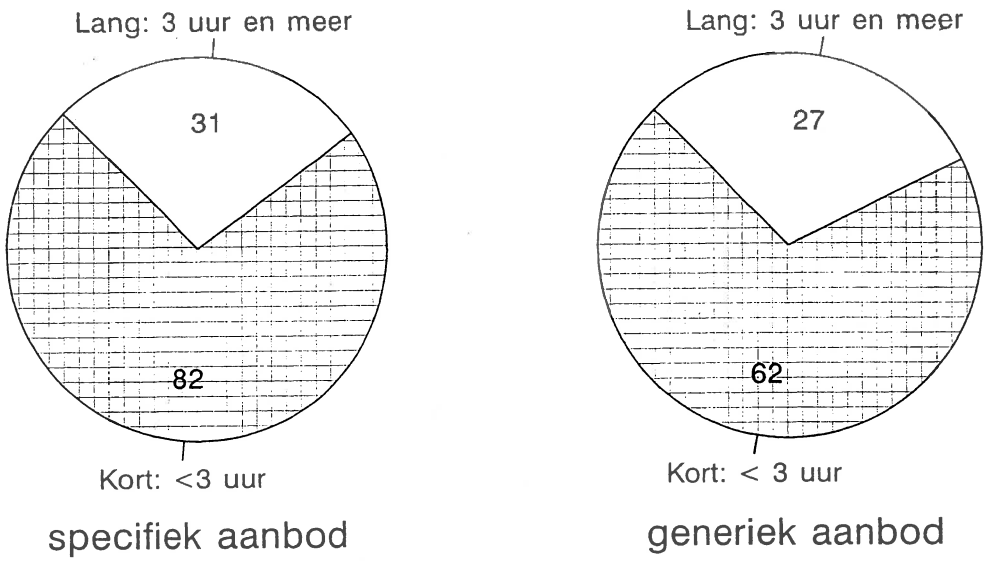
Cursusinhoud	N	Aantal lesuren (excl. herhalingen)	%	Gemiddeld aantal lesuren per cursus	Totaal aantal lesuren (incl. herhalingen)	%
Specifieke aanbod						
Depressie	20	44,0	9,5	2,0	287,5	18,6
Angststoornissen	9	13,0	2,9	1,5	87,5	5,7
Slaapstoornissen	2	5,5	1,2	3,0	5,5	0,4
Grote psychiatrie	18	49,0	10,6	2,5	216,5	14,0
Surmenage	1	2,0	0,4	2,0	2,0	0,1
Dementie	6	17,0	3,7	3,0	34,5	2,2
Alcohol/drugsproblemen	6	11,5	2,5	2,0	25,5	1,6
Seksuele problemen	18	42,0	9,1	2,5	75,5	4,9
Verwerkingsproblemen	10	17,0	3,7	1,5	29,5	1,9
Misbruik/mishandeling	7	14,5	3,1	2,0	24,5	1,6
Relatieproblemen	0	0	0	0	0	0
Opvoedingsproblemen	13	23,5	5,1	2,0	54,0	3,5
Eetproblemen	3	3,0	0,7	1,0	3,0	0,2
Generieke aanbod						
Communicatie	27	87,0	18,8	3,0	174,5	11,3
Psychosociale begeleiding	36	84,5	18,2	2,5	270,5	17,5
Functionele klachten	22	42,0	9,1	2,0	224,0	14,5
Psychiatrie algemeen	3	5,5	1,2	2,0	20,5	1,3
Overige	1	0,5	0,1	2,5	9,5	0,6
Totaal	202	463,5	100,0	2,5	1.545,0	100,0
Totaal specifiek	113	243,5	52,6	2,0	846,0	54,8
Totaal generiek	89	220,0	47,4	2,5	699,0	45,2

Het gemiddelde aantal lesuren per generiek onderwerp (2,5 uur) ligt iets hoger dan het gemiddelde aantal lesuren per specifiek onderwerp (2,2 uur).
Wat betreft de specifieke onderwerpen is het overzicht met lesuren (tabel 4.8) goed vergelijkbaar met het overzicht van het aantal cursusonderdelen (tabel 4.7). Dit is mede te verklaren uit het gemiddelde aantal lesuren van de vijf meest voorkomende onderwerpen. Deze liggen namelijk dicht bij elkaar (tussen de 2,2 en 2,8 uur). Alleen aan het onderwerp angststoornissen werd gemiddeld minder tijd besteed (1,5 uur), waardoor de angststoornissen in omvang een kleiner deel uit maken van het totale aanbod dan in frequentie. Inclusief de herhalingen ligt het accent in de omvang van de specifieke cursussen op depressie (18,6%) en grote psychiatrie (14,0%).
Binnen de generieke cursussen, maar ook in totaliteit, wordt aan het onderdeel communicatie gemiddeld het meeste tijd besteed (3,2 uur). Wanneer herhalingen niet in aanmerking genomen worden is binnen de generieke cursussen het grootste aantal lesuren ingevuld met onderwerpen over communicatie (18,8% van het totale aanbod) en psychosociale begeleiding (18,2%). Wanneer het aantal herhalingen ingecalculeerd wordt, is de meeste tijd besteed aan psychosociale onderwerpen (17,5%) en functionele klachten (14,5%).

De verdeling kort- en langdurende aandacht voor behandelde onderwerpen is ook op districtsniveau bekeken. Het percentage korte onderwerpen is op districtsniveau nog hoger (71,3%) dan op landelijk niveau (61,2%). Dit geldt voor zowel de specifieke als de generieke onderwerpen (figuur 4.3).

Figuur 4.3 Generiek en specifiek aanbod betreffende duur GGZ-aanbod

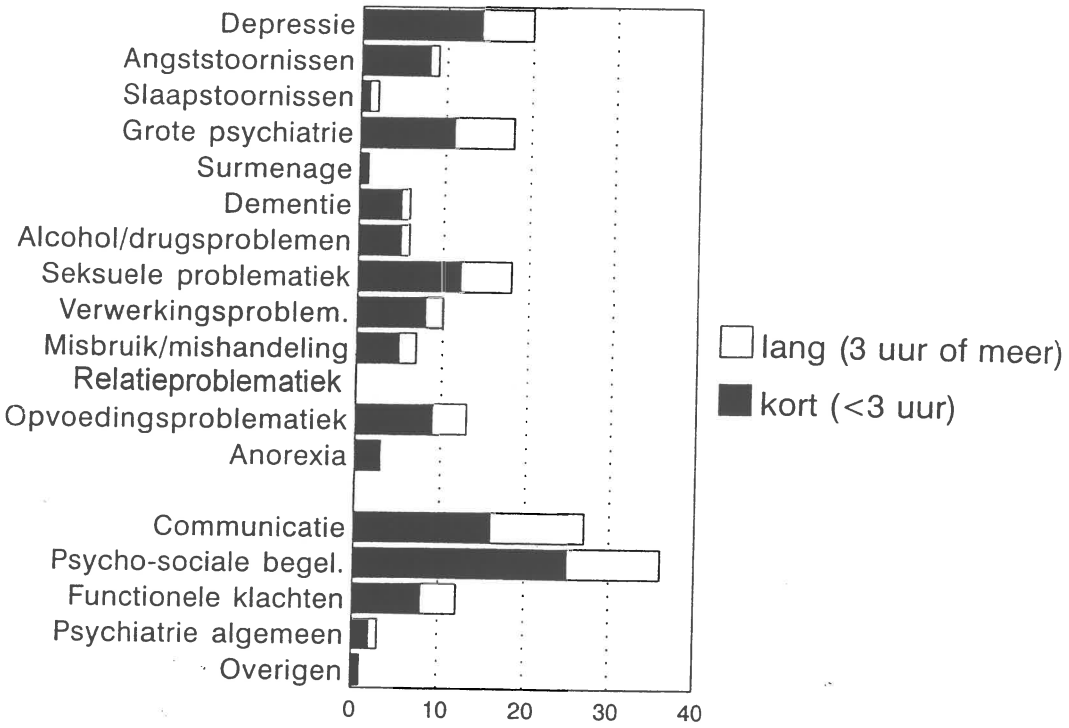
Aantal cursussen op districtsniveau



Gespecificeerd naar onderwerp blijft het beeld globaal hetzelfde. Geen enkel onderwerp wordt vaker lang dan kort behandeld (figuur 4.4). Van de redelijk veel aangeboden onderwerpen zijn angststoornissen en functionele klachten het vaakste kortdurend besproken (88,9% resp. 81,8%). De onderwerpen met betrekking tot de grote psychiatrie en communicatie worden het vaakste vermeld als lang (38,8% resp. 40,7%).

Figuur 4.4 Verhouding kort- en langdurende aandacht aan GGZ-aanbod

Aantal cursussen op districtsniveau



Het gemiddelde aantal uren van de korte onderwerpen is net als bij het landelijk aanbod 1,5 uur. Dit geldt zowel voor de specifieke als voor de generieke onderwerpen. In het gemiddelde aantal uren van de lang behandelde onderwerpen is wel een duidelijk verschil met het landelijke aanbod. In het aanbod van de districten nemen deze onderwerpen gemiddeld 4,0 uur in beslag, terwijl dit op landelijk niveau 8,0 uur is. Uitgesplitst naar specifiek en generiek duren de lange generieke onderwerpen gemiddeld 1,5 uur langer (5,0 uur) dan de lange specifieke onderwerpen (3,5 uur).

4.5 Conclusie cursusaanbod

Zowel op landelijk niveau als op districtsniveau is het specifieke aanbod (iets) groter dan het generieke. Binnen het generieke aanbod worden vooral de onderwerpen communicatie en psychosociale begeleiding veel aangeboden. Samen maken deze onderwerpen ongeveer eenvierde uit van het totale nascholingsaanbod, waarbij op landelijk niveau de nadruk ligt op communicatie en op districtsniveau op psychosociale begeleiding.

Van de specifieke onderwerpen worden depressie en seksuele problemen door beide groepen aanbieders vaak aan de orde gesteld, evenals angststoornissen (meer op landelijk niveau) en grote psychiatrie (meer op districtsniveau). Alcohol/drugsproblematiek, eetproblemen, surmenage en slaapstoornissen worden in zijn algemeenheid nauwelijks opgenomen in het nascholingsaanbod, evenals misbruik/mishandeling (het minst op landelijk niveau) en relatieproblemen (het minst op districtsniveau).

Wat betreft de cursusinhoud van het landelijk aanbod lijkt er op het eerste gezicht een discrepantie te bestaan tussen de gegevens die verkregen zijn uit het accrediteringsbestand van de LHV en de enquêtegegevens. De verhouding tussen het specifieke aanbod en het generieke aanbod is volgens analyse van het accrediteringsbestand bijna de helft specifiek en ruim de helft generiek. Volgens de enquête onder landelijke aanbieders is tweederde specifiek en eenderde generiek. Bij nadere vergelijking blijken de absolute aantallen van het generieke aanbod uit beide gegevensbronnen redelijk overeen te komen. Een aantal specifieke onderwerpen worden in de enquête echter veel vaker genoemd dan in het accrediteringsoverzicht. Dit geldt met name voor depressie, angststoornissen, slaapstoornissen, surmenage, verwerkingsproblemen, relatieproblemen, opvoedingsproblemen en eetproblemen, die in de enquête meer dan dubbel zo vaak genoemd werden. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren uit het feit dan de enquête op onderwerp inventariseerde terwijl de gegevens uit het accrediteringsbestand op titel geclassificeerd zijn. Het lijkt daarom aannemelijk dat de genoemde specifieke onderwerpen vaker als onderdeel van een cursus aan bod komen dan de overige onderwerpen. Het onderwerp 'depressie' kan bijvoorbeeld besproken worden in in een cursus met als hoofdonderwerp 'dementie' om verschillen in de diagnosestelling te verduidelijken of in combinatie met 'angst' bij het bespreken van comorbiditeit. Ook van onderwerpen als eetproblemen, relatieproblemen, verwerkingsproblemen en slaapstoornissen lijkt het aannemelijk dat ze in relatie tot andere problemen op psychisch vlak aan de orde gesteld worden.

In zijn algemeenheid lijken zowel de landelijke aanbieders als de aanbieders op districtsniveau een wezenlijk aandeel in het nascholingsaanbod op GGZ-gebied te hebben. Bij het geïnventariseerde aanbod op landelijk niveau zijn zowel het gemiddeld aantal onderwijsuren per onderwerp als het gemiddeld aantal onderwerpen per cursus en (daardoor) het aantal aangeboden onderwijsuren in totaliteit groter dan op districtsniveau. Opvallend is met name het duidelijke verschil in de tijd die per cursus aan een onderwerp besteed wordt. Op districtsniveau wordt gemiddeld bijna 2,5 uur aan een onderwerp besteed, op landelijk niveau 4 uur. Wanneer alleen de onderwerpen die minimaal 3 uur besproken werden in aanmerking genomen worden, is de gemiddelde tijd per onderwerp op landelijk niveau het dubbele (8 uur) van die op districtsniveau (4 uur). Overigens werd op districtsniveau aan minder dan 30% van de onderwerpen 3 uur of meer tijd besteed. Op landelijk niveau was dit minder dan 40%. De kortdurend besproken onderwerpen (< 3 uur) duurden zowel op landelijk als op districtsniveau gemiddeld slechts 1,5 uur.

DKB-pakketten lijken niet optimaal gebruikt te worden. Hoewel complete cijfers over het gebruik (met name wat betreft het aantal uitleningen via de PC) ontbreken is zowel het aantal uitleningen via de districtskantoren (gemiddeld minder dan 1x per pakket per jaar) als het aantal uitleningen via de LHV (gemiddeld bijna 7x per pakket per jaar; op GGZ-gebied bijna 9x per pakket per jaar) aan de lage kant. Het is mogelijk dat de uitleen vaker geschiedt via de PC en dat DKB-pakketten vaker gebruikt worden in kleinschalige nascholingen, bijvoorbeeld in HAGRO- of FTO-verband. Het aantal ingekomen evaluatieformulieren van DKB-pakketten en de gegevens van de Stichting DGV over het gebruik van DKB-pakketten bij FTO in 1996 wijzen echter evenmin in de richting van een overweldigend gebruik. Voor harde uitspraken hieromtrent is nadere inventarisatie geboden.

5 KEUZEN EN KENMERKEN GGZ-SCHOLING

De nascholing van huisartsen wordt niet volgens een landelijk vastgesteld opleidingsplan aangeboden. Huisartsen of huisartsengroepen kiezen in het algemeen een nascholingspakket naar eigen behoefte of voorkeur. Wellicht zal er op districts- of regionaal niveau wel gelet worden op voldoende variëteit, maar er zijn geen landelijk gedirigeerde eisen die het kader bepalen bij het samenstellen van thema's of onderwerpen voor het scholingsprogramma. De wijzen waarop scholingspakketten worden samengesteld variëren dus. Waarop de keuzen voor bepaalde onderwerpen in de nascholing precies gebaseerd worden was tot nu toe onduidelijk. Dat geldt ook voor de aandacht die besteed wordt aan GGZ-onderwerpen. De motieven voor de keuzen van het GGZ-aanbod in de afgelopen drie jaar zullen in het navolgende deel van dit hoofdstuk besproken worden. Verder wordt in het verlengde hiervan gekeken naar de belangstelling voor het GGZ-aanbod in de onderzochte periode (1996-1998), evenals naar de duur van de cursussen en de toekomstplannen op GGZ-gebied. Vervolgens besteden we aandacht aan de wijze waarop het scholingsaanbod *inhoudelijk* wordt samengesteld. Het meest voor de hand liggende referentiepunt hiervoor is het gebruik van de NHG-standaarden en de DKB-pakketten.
Tenslotte wordt ingegaan op het randvoorwaardelijke kader van het scholingsaanbod: de werving van cursisten, de lokatie van uitvoering en de sponsoring van het scholingsaanbod. De investering in de werving en spreiding van de uitvoering van de scholing geven een indicatie voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de scholingsvoorzieningen. De mate van sponsoring is een vorm van facilitering, die eveneens de toegankelijkheid kan bevorderen.

5.1 Motivatie voor de keuze van GGZ-cursusaanbod

Bij de keuze voor een cursus op GGZ-terrein laten de meeste landelijke aanbieders zich leiden door recente ontwikkelingen. Dat geldt vooral voor de commerciële organisaties en de zorg- of maatschappij-georiënteerde (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Motivatie of reden voor de keuze van GGZ-onderwerpen bij aanbod op districtsniveau en landelijke aanbieders

Motivatie/reden voor keuze van het onderwerp	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%[1]
Recente ontwikkelingen	50	27,8	64	40,8	35	46,7	11	23,4	18	51,4
NHG-standaard	40	22,2	32	20,4	7	9,3	9	19,1	16	45,7
Vraag van huisartsen	74	41,1	34	21,7	17	22,7	8	17,0	9	25,7
Vraag van anderen	11	6,1	29	18,5	19	25,3	7	14,9	3	8,6
Door organisatie geconstateerde behoefte	17	9,4	55	35,0	35	46,7	5	10,6	15	42,9
Anders	49	27,3	16	10,2	15	20,0	0	0	1	2,9
Onbekend	32	17,8	38	24,2	1	1,3	35	74,5	2	5,7

[1] Totalen zijn meer dan 100%, omdat er meerdere motieven of redenen aangekruist werden.

Vervolgens laten de landelijke organisaties zich ook vaak leiden door een door henzelf geconstateerde behoefte. In mindere mate wordt voor het aanbod op landelijk niveau gekeken naar de vraag vanuit de huisartsen zelf of gebaseerd op NHG-standaarden. Opmerkelijk is overigens dat de commerciële organisaties in hoge mate hechtten aan de NHG-standaard bij de onderwerpskeuze. Bij het aanbod op districtsniveau is de vraag vanuit de huisartsen zelf het vaakst de leidraad voor de keuze. Vervolgens zijn ook recente ontwikkelingen en de NHG-standaarden motiverend.

5.2 Belangstelling voor het GGZ-cursusaanbod, duur van de cursussen en herhalingen in de toekomst

Op landelijk niveau kan men van bijna de helft van het aanbod geen uitsluitsel geven in welke mate er deelgenomen werd aan de aangeboden cursussen (tabel 5.2).

Tabel 5.2 Mate van belangstelling voor GGZ-cursusaanbod op districtsniveau en bij landelijke aanbieders

Belangstelling voor de cursus	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Meer aanmeldingen dan plaatsen	32	17,8	16	10,2	5	6,7	4	8,5	7	20,0
Plaatsen over	81	45,0	35	22,3	11	14,7	4	8,5	20	57,1
Ongeveer gelijk	11	6,2	13	8,3	3	4,0	5	10,6	3	14,3
Open inschrijving/geen be-perkingen	17	9,4	23	14,6	22	29,3	1	2,2	-	-
Anders/onbekend	39	21,6	70	44,6	34	45,3	33	70,2	3	8,6

Wel blijkt dat bij het landelijke GGZ-aanbod er bij een op de vijf cursussen nog deelnemersplaatsen open zijn. Daar staat tegenover dat men ook bij één op de tien cursussen meer aanmeldingen heeft gekregen dan er plaatsen waren en bijna één op de vijf cursussen vol zaten. Op districtsniveau zat ruim één op de vier cursussen vol. Met name de nascholingen over communicatie en psychosociale begeleiding trokken veel belangstelling. Wat betreft de specifieke onderwerpen, zaten de cursussen over seksuele problemen, grote psychiatrie, depressie en opvoedingsproblemen het vaakst vol.
Op districtsniveau trokken 153 geïnventariseerde cursussen in totaal 6.007 deelnemers. Op landelijk niveau was dit 6.506 deelnemers op 92 cursussen. Inclusief herhalingen liggen deze aantallen naar schatting drie tot vijf keer hoger. Hierbij moet wel in aanmerking genomen worden dat de gemiddeld bestede tijd aan GGZ-onderwerpen in tweederde van de gevallen slechts 1,5 uur is (paragraaf 4.4).

Bij bijna de helft van het aantal GGZ-cursussen op districtsniveau is het deelnemersaantal onder de 25 gebleven (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Aantal deelnemende huisartsen aan GGZ-cursussen op districtsniveau en landelijk niveau

Aantal deelnemende huisartsen	Districten		Landelijk	
	aantal cursussen	%	aantal cursussen	%
< 25	74	49	59	64
26-50	43	28	12	13
51-100	29	19	10	11
> 100	7	4	11	12
Totaal	153	100	92	100

Nog eens bij ruim een kwart van de cursussen waren er tussen de 25 en 50 deelnemers. Grote deelnemersaantallen boven de 100 komen zoals verwacht weinig voor bij het districtsaanbod. Bij het landelijk aanbod is het kleinere deelnemersaantal (< 25) bij 65% van de cursussen geconstateerd. Hele grote deelnemersaantallen boven de 100 deelnemers komen op landelijk niveau echter ook méér voor (bij 12% van de cursussen) dan op het districtsniveau.

Kijken we naar de deelname van verschillende onderwerpen, dan blijken de generieke cursussen (psychosociale begeleiding en communicatie) de grootste deelnemersaantallen te trekken (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Aantal huisartsen die nascholing volgden per GGZ-onderwerp op districts- en landelijk niveau

	District			Landelijk		
	Aantal keer aangeboden	Totaal aantal deelnemers	Gemiddeld aantal deelnemers	Aantal keer aangeboden	Totaal aantal deelnemers	Gemiddeld aantal deelnemers
Specifieke aanbod						
Depressie	21	745	35	17	956	56
Angststoornissen	8	227	28	13	2.785*	214
Slaapstoornissen	2	48	24	4	526	132
Grote psychiatrie	16	601	38	13	1.661	128
Surmenage	1	60	60	6	74	12
Dementie	7	206	29	10	1.914	191
Alcohol/drugsproblemen	3	156	52	2	6	3
Seksuele problemen	19	813	43	9	1.532*	170
Verwerkingsproblemen	9	337	37	8	1.449	181
Misbruik/mishandeling	7	195	28	7	1.234*	176
Relatieproblemen	-	-	-	3	531	177
Opvoedingsproblemen	14	737	53	6	1.398*	233
Eetproblemen	3	116	39	8	1.375*	172
Generieke aanbod						
Communicatie	25	1.251	50	29	3.527*	122
Psychosociale begeleiding	32	1.356	42	21	3.707*	177
Functionele klachten	17	620	36	13	2.540*	195
Psychiatrie algemeen	4	114	29	7	206	29
Overige	-	-	-	-	-	-

* = onderdeel van 1 cursus met 1.092 deelnemers.

Dit is zowel op landelijk als op districtsniveau hetzelfde. Wat de specifieke onderwerpen betreft, trekken op districtsniveau vooral de onderwerpen seksuele problemen, depressie, opvoedingsproblemen en de grote psychiatrie veel deelnemers. Surmenage en slaapstoornissen hebben daarentegen minder deelnemers getrokken, maar deze onderwerpen werden ook veel minder aangeboden. Op landelijk niveau is een cursus aangeboden waar meer dan 1.000 deelnemers waren en waar méér dan een GGZ-onderwerp aan de orde was. (Dit betreft 8 onderwerpen: zie tabel 5.4) Dit neemt niet weg dat er veel deelnemers waren bij het thema angststoornissen en ook bij dementie, grote psychiatrie, verwerkingsproblemen en depressie.
In het algemeen blijkt het deelnemersaantal in totaal op landelijk niveau hoger te liggen dan op districtsniveau, maar ook hier beïnvloedt die ene landelijke cursus het beeld van totalen en gemiddelden.

In tabel 5.5 wordt aangegeven hoe de verhouding grote en kleine deelnemersaantallen per onderwerp was. Bij de generieke onderwerpen blijken er meer cursussen met grote deelnemersaantallen te zijn dan met kleine aantallen, dat wil zeggen minder dan 25 huisartsen.

Tabel 5.5 Aantal cursussen met kleine (< 25) en grote (≥ 25) deelnemersaantallen per GGZ-onderwerp

	< 25 deelnemers	≥ 25 deelnemers
Specifieke aanbod		
Depressie	22	16
Angststoornissen	12	9
Slaapstoornissen	4	2
Grote psychiatrie	15	14
Surmenage	5	2
Dementie	7	10
Alcohol/drugsproblemen	2	3
Seksuele problemen	11	17
Verwerkingsproblemen	6	11
Misbruik/mishandeling	9	5
Relatieproblemen	1	2
Opvoedingsproblemen	12	8
Eetproblemen	6	5
Generieke aanbod		
Communicatie	23	31
Psychosociale begeleiding	23	30
Functionele klachten	13	17
Psychiatrie algemeen	6	5

Bij de specifieke onderwerpen zien we een zelfde verhouding bij de onderwerpen dementie, seksuele problematiek en verwerkingsproblematiek. Bij de onderwerpen depressie, angststoornissen, misbruik en opvoedingsproblemen zijn er daarentegen meer cursussen met kleine deelnemersaantallen. Onderwerpen op het gebied van de zware psychiatrie worden in gelijke mate bezocht door grote en kleine deelnemersaantallen.

Over de hele periode die deze inventarisatie besloeg (drie jaar), namelijk tussen 1 januari 1996 en 31 december 1998 werden de GGZ-cursussen op landelijk niveau gemiddeld 5 keer gegeven (tabel 5.6).

Tabel 5.6 Aantal keren dat GGZ-cursussen gegeven werden op districts- en landelijk niveau

Aantal keren dat GGZ-cursussen gegeven werden tussen 01-01-1996 - 31/12/1998	Aanbod districts-niveau (N=180)	Totaal landelijke aanbieders (N=121)	Zorg en maat-schappij (landelijk) (N=72)	Universiteit/ PAOG (landelijk) (N=18)	Commercieel (landelijk) (N=31)
Minimum	1 keer	1 keer	1 keer	1 keer	1 keer
Maximum	38 keer*	70 keer	13 keer	3 keer	70 keer
Gemiddelde	3 keer	5 keer	3 keer	1 keer	12 keer

* Vaak herhaalde cursussen werden in samenwerking met anderen georganiseerd.

Vooral de commerciële aanbieders bieden dezelfde cursus zeer frequent aan: gemiddeld 12 keer. Op districtsniveau worden dezelfde cursussen gemiddeld minder vaak gegeven, namelijk drie keer over een periode van drie jaar. Het maximale aantal keren dat er een cursus gegeven werd, is bij beide typen aanbieders vrij hoog, namelijk bij het landelijke aanbod 70 keer en het districtsaanbod 38 keer. Dit betreft wel steeds kortdurende cursussen.
Wat de cursusduur betreft, is er bij de landelijke aanbieders een uitschieter van een 45-daagse cursus, op districtsniveau duurt de langste cursus 10 dagen (tabel 5.7).

Tabel 5.7 Aantal cursusdagen betreffende cursussen met geheel of gedeeltelijk GGZ-aanbod op districtsniveau en landelijk

Aantal cursusdagen	Aanbod districts-niveau (N=180)	Totaal landelijke aanbieders (N=148)	Zorg en maat-schappij (landelijk) (N=74)	Universiteit/ PAOG (landelijk) (N=40)	Commercieel (landelijk) (N=34)
Minimum	1 dag	1 dag	1 dag	1 dag	1 dag
Maximum	10 dagen	45 dagen	45 dagen	6 dagen	4 dagen
Gemiddelde	1½ dag	2 dagen	3 dagen	1½ dag	1 dag

Gemiddeld duren de cursussen die geheel of deels GGZ-onderwerpen betreffen 1 tot 3 dagen. In lesuren uitgedrukt is het maximale aantal 135 uur bij het landelijke aanbod en 40 lesuren maximaal op districtsniveau. Gemiddeld beslaat de scholing waarin GGZ-onderwerpen (mede) aan de orde zijn rondom de 7 uur (tabel 5.8).

Tabel 5.8 Aantal lesuren betreffende cursussen met geheel of gedeeltelijk GGZ-aanbod op districts- en landelijk niveau

Aantal lesuren totale cursus	Aanbod districts-niveau (N=180)	Totaal landelijke aanbieders (N=148)	Zorg en maat-schappij (landelijk) (N=74)	Universiteit/ PAOG (landelijk) (N=40)	Commercieel (landelijk) (N=34)
Minimum	1 lesuur	1 lesuur	1 lesuur	2 lesuren	2 lesuren
Maximum	40 lesuren	135 lesuren	135 lesuren	16 lesuren	25 lesuren
Gemiddelde	6½ lesuur	9 lesuren	13 lesuren	6 lesuren	6½ lesuur

In de mate waarin het huidige aanbod van cursussen in de toekomst weer aangeboden zal worden, verschillen de districts- en landelijke aanbieders aanzienlijk. Op districtsniveau zal meer dan de helft waarschijnlijk niet herhaald worden, terwijl van het landelijke aanbod 43% vrijwel zeker opnieuw aangeboden wordt (tabel 5.9).

Tabel 5.9 Herhaling van huidige cursusaanbod in de toekomst op districts- en landelijk niveau

Aanbod van huidige cursus in de toekomst	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschappij (landelijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commercieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Waarschijnlijk niet	92	51,1	28	17,8	17	22,7			11	31,4
Misschien	43	23,9	11	7,0	8	10,7	2	4,2	1	2,9
Waarschijnlijk wel	13	7,2	11	7,0	4	5,3			7	20,0
Vrijwel zeker	10	5,6	67	42,7	42	56,0	10	21,3	15	42,9
Onbekend	22	12,2	40	25,5	4	5,3	35	74,5	1	2,8

Vooral de commerciële aanbieders en de zorg- en maatschappij-georiënteerde organisaties willen rondom de helft van hun cursussen herhalen. Indien cursussen herhaald worden in de toekomst kan men op dit moment voor de meeste cursussen nog niet voorzien of ze gewijzigd zullen worden. Dit geldt zowel voor het districts- als het landelijke aanbod (tabel 5.10).

Tabel 5.10 Mate van aanpassingen indien bestaande cursussen herhaald worden (op districts- en landelijk niveau)

Inhoudelijke aanpassingen bij herhaling van cursus	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschappij (landelijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commercieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nauwelijks	39	21,7	22	14,0	13	17,3	1	2,1	8	22,9
Enige	35	19,4	28	17,8	13	17,3	2	4,3	13	37,1
Ingrijpende	5	2,8	19	12,1	18	24,0	0	0	1	2,9
Onbekend/n.v.t.	101	56,1	88	56,1	31	41,4	44	93,6	13	37,1

Bij het disctrictsaanbod zal ruim 40% nauwelijks of enigszins aangepast worden en bij het landelijke aanbod geldt dit voor ruim 30%. De commerciële aanbieders zijn het meest geneigd om hun aanbod aan te passen: ongeveer 60% van de huidige cursussen zal enige aanpassing ondergaan.

5.3 Accreditatie, NHG-standaard en DKB-pakketten

Zoals verwacht kon worden is het merendeel van het scholingsaanbod geaccrediteerd. Eveneens naar verwachting geldt dit in iets hogere mate voor de cursussen op districtsniveau dan voor het landelijke aanbod (tabel 5.11).

Tabel 5.11 Geaccrediteerd en niet-geaccrediteerd cursusaanbod op districts- en landelijk niveau

Cursus geaccrediteerd	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschappij (landelijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commercieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	172	95,6	114	72,6	42	56,0	40	85,1	32	91,4
Nee	2	1,1	32	20,4	32	42,7	0	0	0	0
Onbekend	6	3,3	11	7,0	1	1,3	7	14,9	3	8,6
Totaal	180	100,0	157	100,0	75	100,0	47	100,0	35	100,0

Bij de landelijke aanbieders is het aanbod van de zorg- en maatschappij-georiënteerde organisaties minder vaak geaccrediteerd. Daarentegen zijn met name van de commerciële aanbieders vrijwel alle cursussen geaccrediteerd.
Van de aangeboden cursussen is niet in alle gevallen de gehele cursus geaccrediteerd. Als we de gemiddelde lesuren (tabel 5.8) vergelijken met de gemiddelden van het aantal geaccrediteerde uren, dan zien we dat er gemiddeld bij de cursussen op districtsniveau anderhalf uur niet geaccrediteerd aanbod zit. Bij de landelijke aanbieders is dat verschil gemiddeld groter (tabel 5.12). Daar is gemiddeld 2,5 uur van het aanbod niet geaccrediteerd.

Tabel 5.12 Aandeel geaccrediteerde uren van het aanbod op districts- en landelijk niveau

Aantal uren cursus geaccrediteerd	Aanbod districts-niveau (N=180)	Totaal landelijke aanbieders (N=112)	Zorg en maatschappij (landelijk) (N=41)	Universiteit/ PAOG (landelijk) (N=40)	Commercieel (landelijk) (N=31)
Minimum	1 uur	1 uur	1 uur	2 uur	2 uur
Maximum	30 uur	60 uur	60 uur	16 uur	20 uur
Gemiddelde	5 uur	7 uur	8 uur	6 uur	6 uur

67,7% van de geaccrediteerde uren werd daadwerkelijk besteed aan onderwijs betreffende psychische en sociale problematiek. Door de deelnemende huisartsen is volgens de enquête in de afgelopen drie jaar 79704 uur geaccrediteerde nascholing genoten (exclusief herhalingen), waarvan naar schatting 53960 uur (67,7%) daadwerkelijk over psychische en sociale problematiek ging. Het aantal herhalingen (gemiddeld 3,9x aangeboden) in aanmerking genomen is er naar schatting 210444 uur geaccrediteerde nascholing gevolgd over GGZ-problematiek. Uitgaande van 7500 nederlandse huisartsen die in 3 jaar tijd 7500 X 3 X 40 uur = 900000 uur geaccrediteerde nascholing volgen, dan ging volgens bovenstaande berekening 23,4% hiervan over psychische en sociale problematiek.

Bij de voorbereiding van de cursussen worden de NHG-standaarden door de landelijke aanbieders meer gebruikt dan door de aanbieders op districtsniveau (tabel 5.13). Bij de commerciële aanbieders is bijna de helft van het hele aanbod gebaseerd op NHG-standaarden, terwijl van nog geen 10% van het districtsaanbod dit met zekerheid gesteld kan worden.

Tabel 5.13 Gebruik van NHG-standaard bij cursusvoorbereiding op districts- en landelijk niveau

Bij voorbereiding NHG-standaard gebruikt	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	17	9,4	38	24,2	10	13,3	11	23,4	17	48,6
Nee	69	38,3	79	50,3	62	82,7	3	6,4	14	40,0
Onbekend	94	52,3	40	25,5	3	4,0	33	70,2	4	11,4

Het is opmerkelijk dat bij het Universitaire en Post-Academische aanbod men over 70% van het aanbod niet heeft aangegeven of er vanuit de NHG-standaarden gewerkt werd. Gedeeltelijk is dit verklaarbaar omdat bij enkele aanbieders uit deze groep de gegevens afgeleid zijn uit het cursusmateriaal en informatie over NHG-standaarden hier niet uit te halen zijn. Ook bij meer dan 50% van het aanbod op districtsniveau werd deze vraag niet beantwoord c.q. is dit niet bekend.
Wanneer de non-respons en de nascholingen over onderwerpen waar geen NHG-standaard over bestaat uitgesloten worden van analyse blijkt hier nog steeds in meer dan de helft van de gevallen in de voorbereiding van de cursus geen gebruik van gemaakt te worden. Op districtsniveau wordt over eenderde (33,3%) van de nascholingen waarover DKB-pakketten beschikbaar zijn aangegeven dat men deze in de voorbereiding ook daadwerkelijk gebruikte. Op landelijk niveau werd bij 41,8% van de cursussen waarbij dit mogelijk was gebruik gemaakt van NHG-standaarden.
Gelet op de inhoud werd de NHG-standaard door de landelijke aanbieders vooral gebruikt bij het ontwikkelen van het aanbod op het gebied van depressie en dementie. Bij het disctrictsaanbod werd vooral het DKB-pakket op het terrein van seksuologie geraadpleegd (tabel 5.14).

Tabel 5.14 Gebruikte DKB-pakketten c.q. NHG-standaarden bij voorbereiding cursusaanbod op districts- en landelijk niveau

Gebruikte DKB-pakketten	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dementiesyndroom	1	0,6	6	3,8	1	1,3	5	10,6		
Slapeloosheid	.	.	2	1,3	1	1,3	1	2,1		
Stoppen met roken	1	0,6								
Seksuologie	5	2,8								
Preventie in de huisartspraktijk	.	.								
Depressie	2	1,1	10	6,4	4	5,3	6	12,8		
Begeleiding patiënten met kanker	2	1,1								
Huisarts en vluchteling	1	0,6								
Mishandeling & seksueel misbruik	1	0,6								
Chronisch zieken	.	.	1	0,6			1	2,1		
Problematisch alcoholgebruik	.	.								
Anders	4	2,2	18	11,5	4	5,3	13	27,7	1	2,9

Deze gegevens uit de schriftelijke enquête komen overeen met de gegevens van de NHG en de LHV betreffende het gebruik van DKB-pakketten (zie paragraaf 4.2). De indruk dat er meer gebruik gemaakt zou kunnen worden van het beschikbare materiaal bij de LHV wordt ook door de enquêtegegevens bevestigd.

5.4 Werving van cursisten, lokatie van uitvoering en sponsoring

Zowel door de landelijke aanbieders als voor het aanbod op districtsniveau worden huisartsen meestal individueel benaderd. Op districtsniveau is dat veruit de meest gangbare wijze van cursistenwerving (87%), terwijl op landelijk niveau ook iets meer andere vormen van werving gekozen worden, met name via de media (tabel 5.15). Ook is het van een aanzienlijk deel van het aanbod niet bekend hoe men de cursisten geworven heeft.

Tabel 5.15 Werving van cursisten voor GGZ-scholing op districts- en landelijk niveau

Werving van cursisten	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%[1]
Huisartsen individueel aange-schreven	156	86,7	93	59,2	49	65,3	13	27,7	31	88,6
Aankondiging in media	17	9,4	21	13,4	9	12,0	10	21,3	2	5,7
Advertentie media	-	-	3	1,9	1	1,3	-	-	2	5,7
Geen werving	5	2,8	10	6,4	7	9,3	1	2,1	2	5,7
Overig	1	0,6	21	13,4	19	25,3	2	4,3	-	-
Onbekend	19	10,6	37	23,6	2	2,7	33	70,2	2	5,7

[1] Totalen zijn meer dan 100% omdat er meerdere wervingsmethoden aangekruist werden.

Het totale aanbod op GGZ-gebied wordt grotendeels uitgevoerd in het Westen van het land. Daarnaast wordt ruim 20% in het Oosten van het land uitgevoerd (tabel 5.16).

Tabel 5.16 Locatie van uitvoering van het GGZ-aanbod op districts- en landelijk niveau

Plaats van uitvoering	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Noord-Nederland	10	5,6	6	3,8	5	6,7	-	-	1	2,9
Oost-Nederland	37	20,6	35	22,3	5	6,7	26	55,3	4	11,3
West-Nederland	70	38,9	83	52,9	48	64,0	14	29,8	21	60,0
Zuid-Nederland	46	25,6	13	8,3	11	14,7	1	2,1	1	2,9
Buitenland	10	5,6	5	3,2	4	5,2	-	-	1	2,9
Onbekend	7	3,7	15	9,6	2	2,7	6	12,8	7	20,0

In Noord en Zuid-Nederland wordt er weinig van het landelijke aanbod uitgevoerd. Ook op districtsniveau is het Westen van ons land de locatie waar de meeste cursussen uitgevoerd worden, maar ook in het Oosten en het Zuiden van het land worden relatief veel cursussen gegeven. In het Noorden van het land blijft ook op districtsniveau het GGZ-aanbod erg achter in vergelijking met de rest van het land. Bij dit gegeven moet echter ook rekening gehouden worden met de lage respons uit de noordelijke districten. De respons betrof slechts eenderde deel van de noordelijke districten.
Zoals verwacht is het aanbod van de districten met name bedoeld voor de huisartsen in de eigen regio (tabel 5.17). Voor de landelijke aanbieders geldt het omgekeerde. Slechts een ruime 20% van hun aanbod is op een specifieke regio gericht. In feite heeft slechts een district in dit onderzoek aangegeven dat zij ook een landelijk aanbod heeft, namelijk het nascholingscentrum CAR in Rotterdam.

Tabel 5.17 Regionaal bedoeld aanbod GGZ-scholing op districtsniveau en vanuit landelijke aanbieders

Regionaal bedoeld aanbod	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	161	89,4	36	22,9	26	34,7	6	12,8	4	11,4
Nee	18	10,0	111	70,7	46	61,3	35	74,4	30	85,7
Onbekend	1	0,6	10	6,4	3	4,0	6	12,8	1	2,9

Verhoudingsgewijs is het specifieke regionale aanbod, evenals bij de uitvoering van de cursussen voornamelijk in het Westen van het land geconcentreerd (tabel 5.18).

Tabel 5.18 Spreiding van het specifiek regionale aanbod door districten en landelijke aanbieders

Spreiding specifiek regionaal aanbod	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Noord-Nederland	9	5,6	6	3,8	5	6,7	-	-	1	2,9
Oost-Nederland	36	22,4	8	5,1	6	8,0	-	-	2	5,7
West-Nederland	65	40,4	12	7,6	6	8,0	5	10,6	1	2,9
Zuid-Nederland	51	31,6	11	7,0	10	13,3	1	2,1	-	-

In het algemeen worden er relatief veel cursussen geheel of gedeeltelijk gesponsord. Van het aanbod op districtsniveau wordt in ieder geval meer dan de helft gesponsord en bij de landelijke aanbieders 44% (tabel 5.19). Als de non-respons buiten beschouwing gehouden wordt, is ruim 60% van het aanbod op districtsniveau gesponsord en ruim 55% van het landelijk aanbod.

Tabel 5.19 Sponsoring van het GGZ-aanbod op districts- en landelijk niveau

Gesponsord aanbod	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	97	53,9	69	43,9	33	44,0	3	6,4	33	94,2
Nee	60	33,3	54	34,4	39	52,0	14	29,8	1	2,9
Onbekend	23	12,8	34	21,7	3	4,0	30	63,8	1	2,9

Van de commerciële aanbieders worden vrijwel alle cursussen gesponsord, terwijl dit bijna niet gebeurt, c.q. onbekend is, bij de Universitaire en Post- Academische cursussen. Gelet op het percentage van de sponsoring blijkt dat bij zowel het landelijke als het districtsaanbod voor meer dan de helft niet is aangegeven wat de omvang van de sponsoring was (tabel 5.20).

Tabel 5.20 Percentages van sponsoring GGZ-aanbod op districts- en landelijk niveau

Gesponsord bedrag	Aanbod districts-niveau		Totaal landelijke aanbieders		Zorg en maatschap-pij (lande-lijk)		Universiteit/ PAOG (landelijk)		Commer-cieel (landelijk)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 25%	19	10,6	15	9,6	14	18,7	-	-	1	2,9
25-50%	51	28,3	12	7,6	5	6,7	-	-	7	20,0
50-75%	11	6,1	5	3,2	2	2,7	-	-	3	8,6
> 75%	8	4,4	31	19,7	8	10,7	1	2,1	22	62,9
Onbekend	91	50,6	94	59,9	4	5,2	2	4,3	2	5,7

Bijna 30% van de cursussen op districtsniveau werd voor 25 tot 50% gesponsord. Op landelijk niveau werd bijna 20% van de cursussen voor meer dan 75% gesponsord. Vooral de cursussen van de commerciële aanbieders (63%) zijn voor meer dan 75% gesponsord.

Gemiddeld zijn de cursuskosten van cursussen op districtsniveau lager dan van het aanbod op landelijk niveau (tabel 5.21).

Tabel 5.21 Cursuskosten bij cursussen met GGZ-onderwerpen op districts- en landelijk niveau

	Aanbod districts-niveau (N=180)	Totaal landelijke aanbieders (N=121)	Zorg en maat-schappij (landelijk) (N=72)	Universiteit/ PAOG (landelijk) (N=18)	Commercieel (landelijk) (N=31)
Gemiddeld bedrag	ƒ 185,-	ƒ 365,-	ƒ 549,0	ƒ 241,-	ƒ 138,-
Minimum bedrag	ƒ -,-	ƒ -,-	ƒ -,-	ƒ -,-	ƒ -,-
Maximum bedrag	ƒ 1.300,-	ƒ 6.800,-	ƒ 6.800,-	ƒ 540,-	ƒ 675,-

Het hoogst zijn de kosten bij de cursussen van zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties, zowel gemiddeld als wat het maximale cursusbedrag betreft. De cursuskosten van het aanbod bij de commerciële aanbieders zijn het laagst. Dit gegeven hangt duidelijk samen met de hoge mate van sponsoring. Opvallend laag zijn de cursuskosten die universiteiten voor hun aanbod vragen.

5.5 Conclusies aangaande keuzen en kenmerken GGZ-scholing

Bij de keuze voor de onderwerpen van het scholingsaanbod laten landelijke aanbieders zich vooral door recente ontwikkelingen leiden, terwijl op districtsniveau het aanbod veelal gebaseerd wordt op de behoeften van de huisartsen zelf. Deze verschillen in intenties kunnen positief opgevat worden als elkaar aanvullende programmeringscriteria. Er kan echter ook nagedacht worden over eenduidige richtlijnen voor het samenstellen van een evenwichtig aanbod, waarin diverse criteria een plaats krijgen.
Uit de deelnemersaantallen per onderwerp blijkt dat huisartsen zeker gebruik maken van het nascholingsaanbod op GGZ-gebied. De grootste belangstelling gaat uit naar de generieke onderwerpen, zoals communicatie en psychosociale begeleiding. Vervolgens zijn depressie, seksuele problematiek en de grote psychiatrie veel bezochte onderwerpen. Angst en dementie trokken eveneens veel deelnemers maar cursussen hierover waren minder vaak vol. Op surmenage, alcohol/drugsproblemen en relatieproblemen werd weinig nageschoold, maar het aanbod hierover was eveneens klein. Dit kan een indicatie zijn dat er weinig belangstelling is voor nascholing over dit type GGZ-problematiek. Dit is vreemd vanwege de toch wel frequent voorkomende meldingen van dit type problemen in de huisartsenpraktijk. De grote belangstelling voor de grote psychiatrische onderwerpen sluit daarentegen geenszins aan bij het type problematiek waar huisartsen in hun praktijk veel mee te maken krijgen.

Over de inhoud van het GGZ-aanbod kan gesteld worden, dat het merendeel van het aanbod geaccrediteerd is. Toch blijkt dat vooral op districtsniveau bij het samenstellen van de scholingspakketten de NHG-standaarden en/of DKB-pakketten niet als basis dienden. De landelijke en vooral de commerciële aanbieders gingen meer uit van deze standaarden. Het is opvallend dat de door deskundigen samengestelde DKB-pakketten relatief weinig gebruikt lijken te worden bij de scholing op GGZ-gebied.

In de randvoorwaardelijke sfeer blijkt dat zowel door landelijke aanbieders als op districtsniveau een cursistvriendelijke werving georganiseerd wordt. Er wordt namelijk voornamelijk geworven middels individuele uitnodigingen.
Wat de spreiding van de lokaties van uitvoering betreft, blijken de artsen in het Noorden van het land minder GGZ-scholing aangeboden te krijgen dan in de overige regio's. De landelijke aanbieders bieden niet alleen in het Noorden, maar ook in het Zuiden weinig GGZ-scholing aan.
Tenslotte kan gesteld worden dat met name het commerciële aanbod door de hoge mate van sponsoring mogelijk een grotere toegankelijkheid biedt dan de cursussen die in mindere mate gesponsord worden. Deze verschillen komen ook naar voren in de gemiddelde cursuskosten, die bij het commerciële aanbod gemiddeld het laagst zijn.
Anderzijds is de toegankelijkheid qua locatie op districtsniveau groter, aangezien het grootste gedeelte van de nascholing binnen de regio gegeven wordt. Driekwart van de nascholing, die door de landelijke aanbieders wordt georganiseerd, is niet bestemd voor een specifieke regio, hetgeen inhoudt dat de reistijd voor geïnteresseerde huisartsen in de meeste gevallen groter is dan bij nascholing op districtsniveau.

6 EVALUATIE VAN VRAAG EN AANBOD: DE RESULTATEN VAN EEN EXPERT MEETING

In de voorgaande hoofdstukken is een analyse gemaakt van het bestaande aanbod aan GGZ-nascholing en het gebruik dat daarvan wordt gemaakt. Om de resultaten van het onderzoek op waarde te kunnen schatten werd een expert meeting georganiseerd waarin de resultaten zijn besproken met dertig deskundigen (zie paragraaf 6.1 en bijlage III). In de expert meeting kwamen zij bijeen om hun visie te geven op de mate waarin het in beeld gebrachte nascholingsaanbod in overeenstemming is met de huidige stand van kennis en aansluit op de behoefte van de huisarts alsmede op de vraag of er elementen zijn waar een meer sturend beleid noodzakelijk is. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de expert meeting en de daar gevoerde discussie. Tevens worden aanbevelingen gedaan om het aanbod aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te optimaliseren.

6.1 Deelnemers en opzet van de expert meeting

Door het NIVEL werden 54 deskundigen uitgenodigd om deel te nemen aan de expert meeting. De genodigden waren vertegenwoordigers uit de huisartsenwereld, deskundigen uit de psychiatrie, beleidsmakers en beleidsondersteuners, leveranciers van nascholing en vertegenwoordigers uit de GGZ in de eerstelijn. De inschrijvingen waren aanvankelijk goed verdeeld over de diverse doelgroepen. Alleen de aanmeldingen van DC'en en PC'en bleven in eerste instantie achter. Er werden vijf extra coördinatoren uitgenodigd, waarvan er zich twee aanmeldden. Daarnaast waren er enkele spontane inschrijvingen. In totaal schreven 44 personen zich in als deelnemer. Hiervan hebben 30 genodigden daadwerkelijk aan de expert meeting deelgenomen (zie bijlage III voor deelnemerslijst). De sector "psychiatrie" was uiteindelijk slecht vertegenwoordigd. Uit alle andere groepen was sprake van een goed verdeelde vertegenwoordiging. Met name de deelnemers uit de huisartsenwereld vormden een gemêleerde afspiegeling van de diverse gelederen binnen deze wereld.

De deelnemers kregen tevoren het concept-rapport "GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod" en het programma toegezonden. Het programma bestond uit een plenair gedeelte waarin de onderzoeksresultaten gepresenteerd werden. Aansluitend werd in vier subgroepen gediscussieerd aan de hand van discussiepunten die op grond van het onderzoeksmateriaal opgesteld waren (zie 6.2). De deelnemers konden tevoren hun voorkeur voor een subgroep kenbaar maken. Elke subgroep kreeg de opdracht na afloop van de discussie minimaal één aanbeveling te formuleren inclusief de actor(en) die deze aanbeveling ter harte zou(den) moeten nemen. Als afsluiting vond per subgroep een plenaire terugkoppeling plaats en een discussie.

Ter verwerking van de verkregen informatie werden de gevoerde discussies audio-visueel opgenomen. Alle relevante gespreksonderwerpen zijn na afloop letterlijk uitgetypt als basis voor de verslaglegging. De deelnemende deskundigen hebben allen een nummer gekregen (d1 tot en met d30), waarnaar in de verslaglegging verwezen wordt wanneer een persoonlijke mening van de betreffende persoon weergegeven is.

6.2 Verslag van de discussie

De discussiepunten waarover de deelnemers zich gebogen hebben zijn:

I. Is de omvang van het in beeld gebrachte nascholingsaanbod op GGZ-gebied in overeenstemming met de mate waarin de huisarts met diverse psychische en sociale problemen wordt geconfronteerd?
II. Weerspiegelt het huidige nascholingsaanbod in voldoende mate de huidige state of the art; worden nieuwe ontwikkelingen voldoende meegenomen?
III. Sluit het nascholingsaanbod voldoende aan bij de behoeften van de huisarts?
IV. Is er een noodzaak voor een meer sturend beleid in de toekomst; moeten we streven naar curriculum ontwikkeling op het gebied van de GGZ in de eerstelijn?

Tijdens de plenaire terugkoppeling van de subgroepdiscussie bleek in alle vier de subgroepen het discussiepunt ruim benaderd te zijn en was er een zekere eenduidigheid in opmerkingen en aanbevelingen. Er zal daarom niet per subgroep apart verslag gedaan worden. Per onderwerp worden de door de deelnemers genoemde argumenten in zijn algemeenheid samengevat.

Algemeen
Wat de overheid aan beleid voorstelt op het gebied van de GGZ heeft voor huisartsen behoorlijk wat consequenties verwacht de vertegenwoordiger van de LHV. In de beleidsvisie GGZ staat centraal dat de huisarts poortwachter van de GGZ moet worden. Dit betekent onder andere dat de huisarts de belangrijkste verwijzer wordt, niet alleen naar RIAGG, ELP (eersteijns psycholoog) en AMW (algemeen maatschappelijk werk), maar ook naar de vrijgevestigde psychiater. De eerstelijns GGZ, die er nu ook al is maar nog niet overal even goed geprofileerd is, wordt een belangrijk speerpunt van beleid. Er is echter geen budget begroot om dit beleid uit te voeren. De LHV staat in principe niet onwelwillend tegenover de plannen, mits het ministerie over de brug komt met de benodigde gelden. De huisarts heeft reeds een enorme werkdruk en er wordt veel geklaagd over capaciteitsproblemen. Als de huisarts het centrale kanaal wordt in de GGZ, dan moet de eerstelijn en met name de ELP en het AMW veel duidelijker naar voren komen aldus de vertegenwoordiger van de LHV. Wanneer deze ontwikkeling in de toekomst gestalte zou krijgen zal dat voor de deskundigheidsbevordering bijvoorbeeld betekenen dat de huisarts geschoold moet worden in het vakkundig verwijzen in de eerstelijn, inzicht heeft in welke deskundigheid elders te vinden is (d3).

Op dit moment is er vaak een spanningsveld tussen de eerste en de tweede lijn. Psychiaters verwijten huisartsen bijvoorbeeld dat ze niet de juiste medicatie hebben voorgeschreven of niet in de juiste dosering of niet langdurig genoeg. Hier ligt mogelijk een verschil in verantwoordelijkheid, gebaseerd op specifieke deskundigheid, aan ten grondslag: Huisartsen in de eerste lijn mogen en kunnen niet selecteren. Met iedere patiënt moeten zij wat. In de tweede lijn heeft al selectie plaatsgevonden via verwijzing en is vaak meer informatie beschikbaar door datgene wat de huisarts reeds geprobeerd heeft. Bovendien heeft men in de tweede lijn de vrijheid de patiënt niet geschikt te vinden voor het hulpaanbod dat men te bieden heeft (d23, d30).

Verwachtingen en behoeften van de huisarts
Unaniem waren de deelnemers van mening dat het belangrijk is vast te stellen wat er verwacht wordt van de huisarts. De behoefte van de huisarts is niet de enige maat (d23). Wat er zich aandient in de praktijk, daar moet de huisarts mee om kunnen gaan. Met andere woorden: Er moet vastgesteld worden wat het uitgangsniveau is. Het nascholingsaanbod dient afgestemd te zijn op datgene wat er van de huisarts verwacht wordt en aansluiten op de taak van de huisarts. Op dit moment staat nog ter discussie wat huisartsen precies zouden moeten kunnen op het gebied van de GGZ. Als dat duidelijk is moet in de eerste plaats gezorgd worden dat dit in de huisartsenopleiding aan bod komt. Om vervolgens de vaardigheden en kennis op peil te houden dient het nascholingsaanbod afgestemd te zijn op het basistakenpakket van de huisarts. Daarnaast kan iedere huisarts zich een stukje specialiseren in datgene waar zijn interesse naar toe gaat (d10).

Volgens de aanwezige deskundigen zijn op dit moment de kerntaken op het gebied van de GGZ: 'herkenning', 'benoeming' en er 'iets mee doen' (zelf behandelen of verwijzen). Zij zijn het erover eens dat huisartsen minimaal in staat moeten zijn de differentiatie tussen ziektebeelden te maken. Een kenmerk van het huisartsenvak is dat huisartsen altijd moeten schipperen. Wat er aan somatiek in de huisartsenpraktijk gepresenteerd wordt is al veel, nog los van alle psychosociale problemen (d1). De huisarts maakt voortdurend keuzes, bijvoorbeeld in welke gradering hij zelf gaat behandelen of liever doorverwijst (d3). Op GGZ-gebied vindt men het in ieder geval heel belangrijk dat huisartsen in dat grote aanbod aan psychosociale problematiek goed weten wat onmiddellijk of op korte termijn doorverwezen moet worden. Surmenage, de angststoornis en de depressie overlappen elkaar bijvoorbeeld en huisartsen moeten in staat zijn het onderscheid te maken (d2). Wat er specifieker omschreven van een huisarts verwacht wordt kan per plaats verschillend zijn. Van een huisarts die in een gezondheidscentrum werkt naast een ELP wordt iets anders verwacht dan van een huisarts met een solopraktijk in een klein dorp (d8). Als de overheid in de toekomst zijn doelstellingen bij zou stellen en er wordt meer van de huisarts verwacht, dan zal zowel de basisopleiding als het nascholingsaanbod daar op afgestemd moeten worden.

De vertegenwoordiger van de LHV geeft eveneens aan dat het huidige nascholingsaanbod vooral gericht moet zijn op het vergroten van diagnostische vaardigheden omdat het op dit moment de huisarts aan tijd ontbreekt om meer behandelingen te gaan geven. Het is echter niet uitgesloten dat huisartsen vaker dan nu gebeurt bepaalde psychiatrische of psychologische problemen gaan behandelen. Er moet dan bijvoorbeeld gedacht worden aan taakdifferentiatie. Zowel de LHV als aanwezige huisartsen zijn echter van mening dat dergelijke verschuivingen pas op zullen treden als de overheid daar financiële consequenties aan verbindt (d3, d4).

In navolging van bovenstaande geven de deelnemers aan het onderscheid tussen diagnosticeren (inclusief "aanvoelen"), adviseren, structureren, begeleiden en behandelen belangrijk te vinden. Wat betreft de laatste twee is behandelen geen basistaak van de huisarts, maar vindt men het kunnen begeleiden wel essentieel (d25, d29). De huisarts heeft een continue relatie met de cliënt. Ook als deze verwezen is naar de tweede lijn en daar behandeld wordt, is het goed als de huisarts de continuïteit van de relatie gebruikt om een vinger aan de pols te houden (=begeleiding). Bovendien komt de cliënt na afloop van de behandeling weer terug bij de huisarts (d23). In grote lijnen vindt men dat van een huisarts niet verlangd kan worden dat hij psychologische

behandelingen uitvoert. Maar er zijn wel kortdurende behandelmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld oplossingsgerichte korte psychotherapie die voor een deel in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd zouden kunnen worden. Vanuit de RIAGG wordt aangegeven dat er een grote groep cliënten is die aan vier of vijf gesprekken genoeg heeft. Qua vermogen zou de huisarts dit ook kunnen, denken zij (d18). Hoewel de werkdruk mogelijk belemmerend werkt, zijn er een aantal deelnemers die positief staan tegenover het aanleren van technieken zoals bijvoorbeeld RET-therapie waarbij in vijf gesprekken van drie kwartier mensen weer voldoende op de rails staan om zelfstandig verder te gaan. Naast de basiskennis van iedere huisarts speelt in de praktijk ook mee wat men zelf leuk vindt of wat de beroepseer is (d4). De aanwezigen verwachten met de LHV dat taakdifferentiatie de komende jaren veel meer op de voorgrond zal komen te staan. Binnen het zorgcomplex zullen groepsverbanden ontstaan en in die groepsverbanden zijn er specialismen. Buiten het generalistisch handelen kunnen huisartsen zich gaan specialiseren, bijvoorbeeld in de diagnostiek van psychische problemen. Ook deze ontwikkeling zou consequenties hebben voor het nascholingsaanbod. Het huidige aanbod heeft te weinig diepgang om hier aan tegemoet te komen (d16). Onderlinge consultatie en samenwerking zouden een hogere prioriteit moeten hebben dan onderwijs alleen. Ook kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gezamenlijke training van samenwerkingsverbanden (d22).
De LHV, de ELP en het AMW zijn landelijk bezig om een visie te ontwikkelen over dergelijke ontwikkelingen. Het is heel belangrijk dat huisartsen vastleggen wat hun deskundigheden zijn en daarnaast op de hoogte zijn van deskundigheden van anderen (d16).

Wat betreft de nascholingsbehoefte moet ook in aanmerking genomen worden dat er twee krachtenvelden zijn: Met welke problemen worden huisartsen geconfronteerd (prevalentie) en welke moeilijkheidsgraad leveren deze op? Wanneer een probleem weinig frequent voorkomt maar wel een grote moeilijkheidsgraad geeft kan er vanuit de huisartsen toch een hoge vraag naar nascholing zijn (d2).

Daarnaast wordt gesignaleerd dat de gemiddelde huisarts van een heleboel nieuwe ontwikkelingen niet op de hoogte is, waardoor de behoefte tot nascholing ook niet uitgedragen kan worden. Als je tevoren bijvoorbeeld zou vragen aan de huisarts of er behoefte is aan nascholing op het gebied van cognitieve therapie of oplossingsgerichte korte psychotherapie dan is de kans groot dat er helemaal niet zoveel behoefte aan gegeven wordt. Als het echter aangeboden wordt blijken huisartsen toch heel enthousiast te kunnen zijn. Hetgeen aangeeft dat de behoefte van de huisarts natuurlijk meespeelt, maar niet maatgevend moet zijn (d24). Geconstateerd wordt dat er een gat is tussen wat huisartsen graag willen en wat de aanbieders van nascholing voor huisartsen graag aan willen bieden aan huisartsen (d12). Er zit een wereld van verschil tussen de subjectief ervaren behoefte en de objectief aantoonbare behoefte (d24). Huisartsen moeten veertig uur per jaar verplicht bijscholen, maar het is geheel vrijwillig welke onderwerpen zij hierbij kiezen. Het probleem is dat de huisarts een grote voorkeur vertoont voor onderwerpen waarin hij al een zekere bedrevenheid bezit (d20, d23). Het accrediterings-systeem schiet daardoor zijn doel voorbij. Aanbieders of beleidsmakers kunnen van mening zijn dat het belangrijk is dat huisartsen iets leren over een bepaald onderwerp, maar als aanbieders daar een cursus over aanbieden en de huisartsen komen niet dan houdt het op. Vaak wordt er een compromis bereikt in die zin dat onderwerpen waar het nascholingsinstituut belang aan hecht verpakt worden tussen onderwerpen waar de interesse van huisartsen naar uit gaat (d12).

Verband tussen nascholingsaanbod en het voorkomen van GGZ-problematiek in de huisartsenpraktijk, naast de aansluiting op de huidige stand van kennis

Het huidige nascholingsaanbod is naar het oordeel van de meeste deelnemers niet voldoende. De huisarts zou met name te weinig weten van wat er moet gebeuren met de lichtere problematiek. Als huisartsen daar onvoldoende van op de hoogte zijn, ontstaat het probleem dat men niet overziet waar zwaardere en lichtere problematiek in elkaar schuiven en dat men deze niet goed uit elkaar kan houden (d4). Daarnaast verwoorden enkele huisartsen hun indruk dat de lichtere problematiek, met name werkgerelateerde problematiek en surmenage, enorm toeneemt c.q. veel vaker in de spreekkamer gepresenteerd worden dan vroeger (d13). Klachten als surmenage, relatieproblemen en slaapstoornissen lijken voor een groot gedeelte sociaal-maatschappelijk bepaald. Er is een grote druk van buitenaf die men als huisarts niet kan veranderen, maar waarbij men wel een rol kan spelen in de bewustwording ervan (d2). Op dergelijke klachten is momenteel te weinig nascholingsaanbod vindt men. Van surmenagepatiënten is bijvoorbeeld bekend dat een belangrijk deel langdurig verzuimd en ook in de WAO komt. Er zijn inmiddels aanwijzingen dat als deze mensen van het begin af aan actiever begeleid worden zij veel sneller weer functioneren. Dan is het wel essentieel dat huisartsen de juiste diagnose niet missen. Uit onderzoek blijkt echter dat een kwart van de mensen die van hun huisarts de diagnose surmenage hadden gekregen echt verschijnselen hadden van een depressie en/of een angststoornis en dat de huisarts dit twee maanden na het ontstaan van de problematiek nog niet gesignaleerd had. Dat wordt beschouwd als een groot probleem (d4). Stoornissen als depressie, surmenage en somatisering van elkaar onderscheiden is niet gemakkelijk (d7) en verdient daarom meer aandacht in de nascholing voor huisartsen.

Ook verwonderen enkele deelnemers zich over de prevalentiecijfers van verslavings- en eetproblematiek. Deze problematiek zou volgens de cijfers relatief weinig voorkomen, zowel in de huisartsenpraktijk als in de nascholing, terwijl de problematiek in werkelijkheid veel en veel groter zou zijn dan de cijfers aanduiden. Men vraagt zich af of dergelijke problematiek niet erg ondergeschoven is. Men vreest dat de wetenswaardigheden hierover achterblijven in de huisartsenwereld, waardoor de problematiek kan vertroebelen in allerlei andere ziektebeelden en niet goed gesignaleerd wordt. Als men dergelijke problematiek mist bestaat het gevaar dat men veel in iemand investeert zonder dat het helpt. Als iemand een verslaving geheim houdt, de arts ziet dit niet en gaat voor andere dingen behandelen, dan kan hij blijven behandelen maar verbetering zal uitblijven. Voor eetproblemen geldt hetzelfde. In wezen helpt niets als de onderliggende problemen niet onderkend worden (d11). Zo is het bijvoorbeeld ook een groot verschil of mensen eerst een jaar slaappillen voorgeschreven krijgen of dat meteen de vinger op de zere plek gelegd kan worden (d4). Er zijn handige trucs en tips, die de diagnostiek kunnen vergemakkelijken, maar de indruk bestaat dat huisartsen daar onvoldoende van op de hoogte zijn. Daarnaast is het handig als huisartsen weten wat er in GGZ-land te koop is en wat de ideeën zijn binnen de GGZ over de meest doeltreffende therapieën. Want dat verandert heel snel (d12).

Door een aantal deelnemers wordt aangegeven dat het aanbevelenswaardig is bij het maken van nascholing voor huisartsen meer contact te hebben met de GGZ. Het huidige nascholingsaanbod weerspiegelt de state of the art niet echt goed. Huisartsen zouden in de eerste plaats beter op de hoogte moeten worden gehouden van de laatste ontwikkelingen. In de tweede plaats zouden samenwerkingsverbanden tussen bijvoorbeeld huisartsen, ELP en RIAGG gestimuleerd moeten worden. Reeds in de huisartsenopleiding wordt tekortgeschoten, vindt men, wat betreft goede kennis over

samenwerkingspartners, zeker als het gaat om eerstelijns GGZ-problematiek. Dit terwijl vragen als 'hoe verwijs ik', 'hoe kan ik goed samenwerken' in het huisartsenvak centraal staan (d10). Het zou goed zijn om deskundigheidsbevordering niet alleen in onderwijs te zoeken, maar ook in wederzijds overleg en samenwerking (d20).

Wat betreft de grote psychiatrische problematiek is er voldoende aanbod in het herkennen en differentiëren, maar in de nascholing blijft het aanleren van vaardigheden om dat te sonderen achter. Aan generieke vaardigheden wordt in de huisartsenopleiding weliswaar veel aandacht besteed, maar goed aanleren van praktische vaardigheden die nodig zijn om specifieke problematiek te onderkennen dan wel te verwijzen of te behandelen is nog onderbelicht (d2). Door middel van gespreksvaardigheden kan geleerd worden de juiste vragen te stellen en tot de kern van de problemen door te dringen. In de nascholing wordt echter te veel aandacht besteed aan cognitieve zaken en te weinig rekening gehouden met vaardigheden (d11).

De nascholing die aangeboden wordt is veelal kortdurend. De vraag is wat men kan leren in een paar uurtjes. Als het doel is dat men ervan gehoord moet hebben is het voldoende, het is echter onvoldoende om vaardigheden en technieken echt beheerst te krijgen. De ervaring van huisartsen is dat cursussen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg die echt beklijven, waarvan men het gevoel heeft een bepaalde vaardigheid geleerd te hebben, minimaal een dag duren (d10). Aanbieders van nascholing signaleren bij een grote groep huisartsen een schroom om uit vrije wil de stap te zetten praktische trainingen met bijvoorbeeld rollenspelen te gaan volgen (d6).

Noodzaak tot sturend beleid in de toekomst

Zowel vanuit de organisatorische kant (LHV) als de wetenschappelijke kant (NHG) mag meer sturing verwacht worden, waarbij er een afstemming komt tussen de nascholing -zowel landelijk als regionaal- en datgene wat er van huisartsen verwacht wordt (d2). De sturing moet zodanig zijn dat het spoort met het beleid van de overheid, maatschappelijke ontwikkelingen en de politiek (d4).

Er dient wederzijdse communicatie op gang gebracht te worden tussen professionele nascholers en de LHV. Niet zoals nu eenrichtingsverkeer vanuit de aanbieders, maar aan aanbieders vragen om de nascholing af te stemmen op de vraag vanuit de beroepsgroep. Het landelijke aanbod wordt nu mede bepaald door (ontwikkelingen in) de farmaceutische industrie (viagra, anti-depressiva, exelon). De beroepsgroep moet in de gaten hebben dat het aanbod op deze wijze gestuurd wordt en hierop anticiperen. Er zou een visie ontwikkeld moeten worden hoe ook andere gebieden gestimuleerd kunnen worden die heel veel in de praktijk voorkomen, maar waar weinig aan te verdienen valt. En dat soort cursussen, over somatiseren bijvoorbeeld, zouden dan ook gesponsord moeten worden. Op deze wijze wordt het aanbod doelgericht van bovenaf gestuurd in de richting van wat veel voorkomt (d20, d22, d23).
Ook op WDH-niveau wordt de feedback vanuit de LHV gemist. Nascholing op WDH-niveau wordt vaak al een tot anderhalf jaar van tevoren gepland, voornamelijk in het curriculum. Als er bijvoorbeeld plannen zijn voor een themajaar moet de WDH daar tijdig over geïnformeerd worden. In de praktijk wordt het benodigde materiaal pas heel laat aangeleverd (d2). Er moet veel meer structuur komen (d4).

Herhaling is de kracht van de reclame. Een totaalaanpak in de vorm van een curricu-

lum moet er minimaal zijn (d1). In het nieuwe kwaliteitsbeleid van de LHV 'kwaliteit op koers' zit een cyclus van vijf jaar waarin alle belangrijke onderwerpen een keer aan bod komen, ook op het gebied van de GGZ (d10). Nog een stap verder dan een curriculum gaat het invoeren van een systeem van personal learning. Huisartsen maken dan hun eigen profiel, bijvoorbeeld door het invullen van een vragenlijst. Waar men zwak scoort dient men verplicht in na te scholen. Een aantal deelnemers toont zich voorstander voor het maken van een dergelijk systeem om op die manier aan te kunnen sluiten bij wat huisartsen belangrijk vinden in plaats van zo maar van alles aan te bieden. Volgens hen zou nascholing dan ook veel effectiever zijn (d2). Er is echter ook weerstand. De meningen van de aanwezigen verschillen met name over het al dan niet top-down droppen van datgene waar huisartsen zich op na moeten scholen. Alleen maar top-down wordt in het algemeen niet als realistisch gezien. Waarschijnlijk moet gezocht worden naar een combinatie van top-down en bottom-up. Toetsing geniet wel op grote schaal steun onder de aanwezigen als een geschikt instrument voor sturing binnen de nascholing. Door middel van toetsing kan ook een cyclisch aanbod gerealiseerd worden: vaststellen van tekorten, onderwijs hierop afstemmen etc. (d10, d25, d29).
Als methodiek worden FTO-achtige bijeenkomsten met specialisten uit de GGZ als zinvol gezien, waarbij veel aandacht kan zijn voor transmurale samenwerking. Intervisiegroepen worden ook vaak genoemd als een heel goed instrument juist op GGZ-gebied.

Overige aanbevelingen
Vrijwel unaniem neigen de deelnemers ertoe de aanbevelingen niet alleen op onderwijs te concentreren. Voor een goede nascholing is een goede relatie van de huisarts met de GGZ heel belangrijk, vindt men. De oplossing moet niet alleen gezocht worden in type nascholing, maar problemen kunnen ook heel goed aangepakt worden door de samenwerking te verbeteren. Er zou meer geschoold moeten worden op multidisciplinaire samenwerking, want dit wordt in de toekomst steeds belangrijker (d3). Te denken valt aan overdracht van kennis over en weer en afstemming over de taakverdeling (d22). Goede kennis over samenwerkingspartners dient gestimuleerd te worden. Wat hebben de RIAGG, het AMW en de ELP in huis bijvoorbeeld. Het wordt ook als aanbevelenswaardig gezien bij het maken van nascholing meer contact te hebben met de GGZ. Er is grote beweging in GGZ-land. Vroeger ging veel op basis van persoonlijke contacten, maar met de huidige organisatieveranderingen (fusies) wordt dit steeds minder. Een vaste contactpersoon in de GGZ die huisartsen kan steunen en coachen kan het een stuk plezieriger voor huisartsen maken om zich in GGZ-problematiek te verdiepen. Dit gaat hand in hand met deskundigheidsbevordering en zou meer gestimuleerd moeten worden (d8). Op regionaal niveau worden zelfstandig plannen gemaakt voor nascholing, maar er zijn nog weinig contacten met kenniscentra. Contacten tussen de PC'en die zorgen voor de informatieverstrekking en GGZ-mensen voor de invulling kan ervoor zorgen dat de informatie up-to-date is en huisartsen beter op de hoogte worden gesteld van de state of the art. Instituten zoals het RINO, waar veel mensen werken die goed op de hoogte zijn van recente ontwikkelingen, zijn bereid mee te denken over maatwerk en kunnen op die manier wellicht een goede ingang vormen (d11).

Tenslotte
Een aantal voorbeelden van praktische uitwerkingen die door de deelnemers werden aangedragen als relevant en veelal reeds op kleine schaal in de praktijk gebracht worden zijn:

- Met video's werken om communicatieve vaardigheden in beeld te brengen (d3).

- Verplichte nascholing in WDH-verband. Daar kan alles in opgenomen worden wat belangrijk geacht wordt en er kunnen ook organisatie-afspraken gemaakt worden (d1)

- Programma over de GGZ (bijvoorbeeld psychosociaal onderwerp, vaardigheids-training of communicatieprogramma) opnemen in duodagen of andere meer-daagse cursussen (d6, d2, d20)

- In de eigen huisartsengroep jaarlijks enkele bandjes opnemen met verschillende soorten patiënten, waaronder ook patiënten met GGZ-problemen, en deze als huisartsen onderling nabespreken. Een soort intervisie waarbij huisartsen feedback krijgen over hun consultvoering (d8)

- Een onderwerp wat óf veel voorkomt in de huisartsenpraktijk óf als ingewikkeld ervaren wordt door middel van een gericht project aanpakken. Een voorbeeld is een project over suïcidepreventie waarbij gestart werd met een centrale cursus, gevolgd door een gerichte vervolgcursus die langs de diverse huisartsengroepen ging (d8)

- Multidisciplinaire workshops met kleine groepjes van zowel huisartsen als psychiaters, voorbereid door een huisarts en een psychiater. Op deze wijze kunnen zij zich op gelijk niveau over een probleem buigen. Zo kan men van elkaar leren en ontstaat ook meer begrip voor elkaars werkwijze (d22).

- De NHG heeft plannen voor een kaderopleiding, waarin huisartsen geschoold worden als deskundige. Binnen een HAGRO zou er dan een huisarts kunnen zijn die deskundig is in met name het diagnosticeren van GGZ-problematiek (d10).

- NHG-supervisoren inzetten om huisartsen te ondersteunen bij het omgaan met moeilijke patiënten. Vergelijkbaar hiermee zijn in het verleden goede ervaringen opgedaan met gezamenlijke gesprekken tussen huisarts, patiënt (eventueel met partner/gezin) en psycholoog die ook interacties deed (d23).

6.3 Conclusies

De deelnemers aan de expert meeting zijn van mening dat duidelijker omschreven zou moeten worden wat er van de huisarts verwacht wordt op het gebied van psychische en sociale problematiek. Wat moeten huisartsen kennen en kunnen met als speerpunten diagnostiek, begeleiding, behandeling en verwijzing. Hierbij dient rekening gehouden te worden met huidige en toekomstige ontwikkelingen. Overeenstemming over taakopvatting is een voorwaarde om de nascholing te kunnen laten aansluiten op de taak van de huisarts. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met behoefte, zowel de door huisartsen ervaren behoefte als door de maatschappij ervaren behoefte. Pas dan kan het gewenste nascholingsaanbod, aansluitend op het verwachtingspatroon en de omschreven taakopvatting, vastgesteld worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan een cyclisch aanbod, in ieder geval door middel van curriculumvorming, maar mogelijk ook door middel van toetsing. Door het in kaart brengen van tekorten zou de 'objectiveerbare behoefte' vastgesteld kunnen worden.

Een belangrijk kritiekpunt van de aanwezige deskundigen op de huidige nascholing is dat deze veelal cognitief gericht is en in mindere mate aandacht besteed aan het aanleren van technieken en behandelingsmogelijkheden. Specifieke behandelingsmethoden zouden overigens niet door iedere huisarts beheerst hoeven te worden. Door middel van taakdifferentiatie kan bijvoorbeeld binnen de huisartsengroep specialisatie bereikt worden waar huisartsen op terug kunnen vallen.

De beroepsgroep is grotendeels verantwoordelijk voor het uitvoeren van de aanbevelingen vinden de deelnemers. Met name vanuit de LHV en de NHG wordt meer sturing verwacht wat betreft de nascholingsonderwerpen die aan de orde gesteld dienen te worden. Er zou minder nadruk moeten liggen op de zwaardere psychische stoornissen en meer op de lichtere problematiek en comorbiditeit. Ook zou er binnen het reguliere nascholingsaanbod beter gelet moeten worden op de verhouding tussen cognitieve leerstof en vaardighedentraining.

Naast het traditionele onderwijs worden diverse andere deskundigheidsbevorderende vormen genoemd als effectief en wenselijk, zoals bijvoorbeeld transmurale samenwerking, consultatie en intervisie.

Opgemerkt dient te worden dat er nog wel uitvoeringsproblemen worden voorzien in de GGZ (d8). Er zijn lange wachtlijsten en de organisatie van de GGZ in de eerstelijn loopt nog niet overal optimaal. De verwijsmogelijkheden zijn nu reeds onvoldoende. Onder huisartsen leeft de angst dat zij wellicht leren beter te diagnosticeren en gerichter te verwijzen, maar dat verbeteringen uitblijven zolang de verwijsmogelijkheden niet toenemen (d11).

Tot slot kan vastgesteld worden dat de deelnemers aan de expert meeting over het algemeen eenduidige meningen ventileerden en op één lijn zaten wat betreft de aanbevelingen. De gepresenteerde meningen zijn echter voornamelijk afkomstig uit de huisartsenwereld. De aanbevelingen zullen niet tot uitvoer gebracht kunnen worden zonder de steun en medewerking van de wereld van de psychiatrie. Het lijkt aanbevelenswaardig hun visie te horen en hen nauw bij toekomstige ontwikkelingen te betrekken. Zeker omdat uit alle subgroepdiscussies blijkt dat de huisartsenwereld veel belang hecht aan het verbeteren van de transmurale samenwerking.

7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Weerspiegelt het huidige aanbod aan deskundigheidsbevordering de mogelijkheden van hulpverlening bij psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk? Deze vraag staat in dit onderzoek centraal, evenals de vraag of huisartsen in voldoende mate gebruik maken van het aanbod. In dit hoofdstuk wordt in de eerste plaats een samenvatting gegeven van de belangrijkste onderzoeksresultaten ten aanzien van het nascholingsaanbod (7.1). Deze gegevens worden afgezet tegen datgene waar huisartsen mee te maken krijgen in de dagelijkse praktijk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de in hoofdstuk 2 beschreven kennis uit de epidemiologie en uit onderzoek ten aanzien van verwijzingen van huisartsen naar de eerstelijns GGZ bij psychische en/of sociale problematiek (7.2). Het gebruik van de nascholingsactiviteiten wordt afgemeten aan het aantal deelnemers, het aantal herhalingen van nascholingsactiviteiten en het gebruik van DKB-pakketten (7.3). Met de beschrijving van genoemde resultaten zijn de onderzoeksvragen een tot en met drie beantwoord in respectievelijk paragraaf 7.1, 7.2 en 7.3. De verkregen gegevens roepen een aantal vragen op, die door middel van een expert meeting nader beschouwd zijn door beleidmakers en beleidondersteuners in de GGZ, vertegenwoordigers uit de huisartsenwereld, leveranciers van nascholing en deskundigen op het gebied van de psychiatrie. Ter discussie stond met name of het nascholingsaanbod in overeenstemming is met datgene waar de huisarts behoefte aan heeft en mee te maken krijgt, of het voldoende aansluit op de huidige stand van kennis, op welke gebieden het gebruik bevorderd dient te worden en of er een noodzaak is voor een meer sturend beleid in de toekomst. De evaluatie van het cursusaanbod door de deelnemers van de expert meeting wordt samengevat in paragraaf 7.4. De aanbevelingen die hieruit afgeleid kunnen worden om de GGZ-nascholing voor huisartsen te optimaliseren worden beschreven in paragraaf 7.5. Op deze wijze wordt het antwoord op de onderzoeksvragen vier en vijf gegeven.

7.1 Conclusies ten aanzien van het aanbod aan deskundigheidsbevordering

De inventarisatie van het nascholingsaanbod door middel van schriftelijke enquêtes heeft informatie opgeleverd over 337 verschillende cursussen waarvan 157 op landelijk niveau en 180 op districtsniveau. Inclusief herhalingen gaat het om bijna 1350 cursussen.
In de analyse is onderscheid gemaakt tussen generieke deskundigheidsbevordering en specifieke deskundigheidsbevordering. Generieke deskundigheidsbevordering is gericht op vergroting van vaardigheden met betrekking tot het herkennen van psychische en sociale problemen en de begeleiding hiervan. Specifieke deskundigheidsbevordering is gericht op ziektecategorieën. Deze zijn samengevat in dertien hoofdcategorieën gebaseerd op de ICPC (zie bijlage I). Naast categorieën over psychische stoornissen zijn ook categorieën gevormd over sociale problemen, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen.
Tevens is in de analyse onderscheid gemaakt tussen nascholingsaanbod op landelijk niveau en op districtsniveau. Onder het landelijke aanbod worden alle cursussen verstaan die centraal bij de LHV ter accreditatie aangeboden zijn en opgenomen worden in het accrediteringsbestand. Het aanbod op districtsniveau is het plaatselijk aanbod

dat binnen de districten door de WDH (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen) georganiseerd wordt.
Generieke cursussen maken een derde (landelijk) tot de helft (plaatselijk) uit van het totale aanbod aan nascholing op GGZ-gebied. Binnen de generieke onderwerpen komt elk onderwerp substantieel in het nascholingsaanbod naar voren. Met name communicatie (meer op landelijk niveau) en psychosociale begeleiding (meer op districtsniveau) vormen een aanzienlijk deel (ongeveer een kwart) van het totale nascholingsaanbod. Op districtsniveau nemen daarnaast functionele klachten eentiende van het aanbod in beslag, op landelijk niveau iets minder. Ook in omvang (aantal lesuren) staat communicatie nummer een. Op districtsniveau vullen de nascholingsactiviteiten met betrekking tot communicatie en psychosociale begeleiding ieder bijna eenvijfde van het totaal aantal lesuren op GGZ-gebied. Op landelijk niveau wordt, na communicatie, meer tijd gestoken in het opsporen en diagnostiseren van psychische problemen in het algemeen (eentiende van het totale aanbod).

Wat betreft het specifieke aanbod worden zowel op landelijk niveau als op districtsniveau veel cursussen aangeboden over depressie, seksuele problemen, angststoornissen (meer op landelijk niveau) en grote psychiatrie (meer op districtsniveau). In omvang (aantal lesuren) uitgedrukt staan exact dezelfde onderwerpen bovenaan, waarbij aan seksuele problemen verreweg de meeste tijd besteed wordt. Dit is met name te wijten aan het landelijke aanbod waar cursussen over seksuele problemen zich kenmerken door het grote aantal herhalingen (gemiddeld bijna 10 per cursus) en een hoog aantal lesuren (gemiddeld 7 uur per cursus). Relatieproblemen maken in omvang plotseling een groot deel uit van het landelijke aanbod, maar dit is met name te wijten aan één langdurige opleiding over dit onderwerp.
De specifieke onderwerpen eetproblemen, alcohol/drugsproblematiek en surmenage worden door alle aanbieders zeer weinig in de deskundigheidsbevordering betrokken en ook slaapstoornissen komen weinig in het aanbod voor. Daarnaast komen relatieproblemen nauwelijks aan bod op districtsniveau en misbruik/mishandeling weinig op landelijk niveau.
Het specifieke aanbod lijkt hiermee deels gestuurd te worden door ontwikkelingen in de farmaceutische industrie. Met name farmacotherapie bij erectiestoornissen (viagra) en depressie (anti-depressiva) zijn mogelijk verantwoordelijkheid voor het grote aandeel van seksuele problemen en depressie in het nascholingsaanbod.

Uit de verkregen gegevens blijkt dat naast de aanbieders op districtsniveau (WDH'en) ook de landelijke aanbieders in deze sector een duidelijke rol spelen. Landelijke aanbieders lijken meer uit te gaan van NHG-standaarden, besteden gemiddeld ruim 1,5 uur méér tijd aan een onderwerp, behandelen gemiddeld meer onderwerpen per cursus, herhalen vaker en tonen een grote bereidheid de cursusinhoud voortdurend bij te stellen. Een indicatie hiervan is het totaal aantal lesuren van de geïnventariseerde cursussen dat voor het landelijke aanbod op bijna 6000 lesuren ligt, terwijl dit op districtsniveau ongeveer 1500 lesuren zijn. De omvang van het landelijk aanbod is daarmee bijna vier keer zo groot (inclusief herhalingen) als de omvang van het aanbod op districtsniveau.
Gemiddeld wordt aan een onderwerp uit het landelijke aanbod 4 uur besteed. Op districtsniveau ligt dit gemiddelde op bijna 2,5 uur. Opvallend is dat zowel op landelijk niveau als op districtsniveau het merendeel van de onderwerpen (tweederde) kortdurend (< 3 uur per onderwerp) aangeboden wordt. Op landelijk niveau is het gemiddeld aantal onderwijsuren per onderwerp hoger dan op districtsniveau omdat het langdurige

aanbod (> = 3 uur per onderwerp) dat er is, in het algemeen ook echt lang is en kan oplopen tot 100 uur per cursus. De langdurige onderwerpen, waar 3 uur of meer tijd aan besteed wordt, laten dan ook een groot verschil zien in tijsduur van bespreking: Hieraan wordt op landelijk niveau gemiddeld 4 uur méér tijd besteed dan op districtsniveau.
Op districtsniveau is er geen enkel onderwerp waar gemiddeld meer dan 3,5 uur aan besteed wordt. Op landelijk niveau daarentegen hebben alle generieke onderwerpen een gemiddelde duur van 3,5 uur of meer evenals de helft van de specifieke onderwerpen (relatieproblemen, seksuele problemen, alcohol/drugsproblemen, opvoedingsproblemen, verwerkingsproblemen, surmenage en grote psychiatrie).

Als laatste is er een duidelijk verschil tussen het landelijke en het plaatselijke aanbod in het aanbieden van meerdere onderwerpen per cursus. Op landelijk niveau blijken de specifieke onderwerpen depressie, angststoornissen, surmenage, verwerkingsproblemen, relatieproblemen, opvoedingsproblemen en eetproblemen regelmatig in combinatie met elkaar behandeld te worden (gemiddeld 2,1 onderwerpen per cursus). Een aantal van deze problemen zijn in de praktijk moeilijk van elkaar te onderscheiden, waardoor een gecombineerd aanbod in de nascholing toe te juichen is. Combinaties van onderwerpen komen in het districtsaanbod veel minder vaak voor (gemiddeld 1,2 onderwerpen per cursus). Hoewel het wel zo kan zijn dat er binnen de bespreking van één specifiek onderwerp ook enige aandacht is voor comorbiditeit, zal dit gezien de beschikbare tijd in de meeste gevallen niet diepgaand zijn.

7.2 Nascholingsaanbod in relatie tot de huidige stand van kennis

Het is niet mogelijk om uit cijfers over de prevalentie van verschillende soorten psychische stoornissen en problemen in de bevolking, over de door huisartsen geregistreerde morbiditeit en over hun verwijzingen naar de GGZ (zie hoofdstuk 2) harde conclusies af te leiden over nascholingsbehoeften. Wel kunnen enige kanttekeningen geplaatst worden.

Tabel 7.1 Specifieke cursusonderwerpen gerangschikt naar mate van voorkomen in huisartsenpraktijk en mate van voorkomen in nascholing

	Komen veel voor in huisartsenpraktijk	Komen weinig voor in huisartsenpraktijk
Komen veel voor in nascholing	Depressie Angststoornissen	Grote psychiatrie Seksuele problemen Dementie[1]
Komen weinig voor in nascholing	Surmenage Relatieproblemen Slaapstoornissen Verwerkingsproblemen[1]	Alcohol/drugsproblemen[2] Eetproblemen Misbruik/mishandeling Opvoedingsproblemen[1]

[1] Dementie, verwerkingsproblemen en opvoedingsproblemen behoren feitelijk tot het middensegment, zowel wat betreft voorkomen in huisartsenpraktijk als voorkomen in de nascholing. In het schema zijn deze problemen gevoegd in het vak waar zij gezien de beschikbare cijfers het beste passen.
[2] Prevalentie is tamelijk hoog, incidentie laag

Veel voorkomende problematiek in de huisartsenpraktijk blijkt niet altijd hand in hand te gaan met een groot nascholingsaanbod. Weinig voorkomende problematiek leidt evenmin automatisch tot een klein nascholingsaanbod (tabel 7.1).

Huisartsen krijgen relatief veel te maken met problemen als neerslachtigheid, depressie, angst, relatieproblemen, te hoge werkdruk, stress, slaapstoornissen en, in wat mindere mate, verwerkingsproblemen. In dat opzicht is het in ieder geval van belang dat signalering van de problemen, ook wanneer deze zich somatisch uiten of mild van aard zijn, adequaat geschiedt. Ook de behandeling van de symptomatologie dient goed beheerst te worden door de huisarts. Relatieproblemen (inclusief problemen op het werk) komen relatief veel voor in de huisartsenpraktijk en worden opvallend vaak doorverwezen naar de GGZ (tabel 2.3). Ook het aantal GGZ-verwijzingen van patiënten met surmenage, slaapstoornissen en verwerkingsproblemen suggereert dat in de huidige praktijk de behandeling veelal uitbesteed wordt. Dit kan een signaal zijn van een door de huisarts gepercipieerde onvermogen om met deze problemen om te gaan. Gezien de geringe aandacht in deskundigheidsbevordering voor de genoemde problemen, is de vraag in hoeverre huisartsen geacht worden dergelijke problemen te begeleiden en/of te behandelen. In ieder geval is de vraag of huisartsen voldoende toegerust zijn om deze problemen tijdig te onderkennen en bespreekbaar te maken. Dit geldt des te meer voor alcoholproblemen, die door huisartsen minder gemeld worden dan op grond van het voorkomen in de bevolking verwacht zou worden. De neiging van mensen die veel drinken om dit te verzwijgen zou een reden kunnen zijn voor de huisarts om alert te zijn op dit type problemen. Ook hierbij is de vraag in hoeverre het tot de taak van de huisarts hoort deze problematiek op te merken en met de patiënt te bespreken, en vervolgens in hoeverre de huisarts hiertoe reeds in staat is of nadere behoeften tot scholing heeft.

Depressie en angst komen veel voor in de huisartsenpraktijk, vormen een groot aandeel van de verwijzingen naar de GGZ en komen veel voor in het nascholingsaanbod. Dit roept de vraag op of een vergroting van kunde en vaardigheden op dit gebied een groter deel daarvan in de huisartsenpraktijk behandelbaar maakt.
Grote psychiatrie, seksuele stoornissen en dementie komen minder voor in de huisartsenpraktijk en worden dus minder doorverwezen. Juist het zeldzame voorkomen zou een goede reden kunnen zijn om huisartsen hierin op de hoogte te houden van belangrijke nieuwe ontwikkelingen. Gezien de relatief grote aandacht die in de deskundigheidsbevordering aan deze onderwerpen besteed wordt, lijkt dit in de praktijk goed te gebeuren. De vraag die zich ook hier opwerpt is over welke kennis en vaardigheden de huisarts dient te beschikken ten aanzien van deze gebieden. Mogelijk is op deze onderwerpen het nascholingsaanbod ruimer dan op grond van de epidemiologie nodig zou zijn.
Misbruik/mishandeling, eetproblemen en opvoedingsproblemen tenslotte komen eveneens relatief weinig voor. Ook voor deze problemen geldt dat huisartsen ze wel moeten kunnen signaleren en tot op zekere hoogte kennis van nieuwe ontwikkelingen dienen te hebben. Het geringe nascholingsaanbod op deze onderwerpen doet de vraag rijzen of aan deze minimale eisen wordt voldaan.

Concluderend is één van de belangrijkste bevindingen dat er over een aantal veel voorkomende problemen weinig nascholing aangeboden wordt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op informatie over de aangeboden onderwerpen zoals deze door de respondenten aangegeven werden. Er

heeft geen inhoudsanalyse van leerstof plaatsgevonden. Het zou bijvoorbeeld denkbaar kunnen zijn dat een onderwerp als "verwerkingsproblemen" gedeeltelijk schuil gaat achter een onderwerp als "euthanasie". Daarnaast kan een onderwerp als "slaapstoornissen" ook besproken worden in bijvoorbeeld FTO-verband. Desondanks leverden de huidige onderzoeksresultaten voldoende aanleiding om -in eerste instantie middels de expert meeting- een discussie op te starten over wat huisartsen moeten kunnen ten aanzien van herkennen, diagnosticeren en behandelen van psychische en sociale problematiek. Vervolgens kan vastgesteld worden in hoeverre de huisarts de genoemde kennis en vaardigheden in de basisopleiding aangeleerd heeft gekregen en welke nascholingsbehoeften er zijn.

Daarvoor is van belang in hoeverre het nascholingsaanbod inhoudelijk aansluit op de huidige stand van kennis en op het geformuleerde standpunt ten aanzien van de beoogde deskundigheid van de huisarts op GGZ-gebied.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 sluiten de NHG-standaarden redelijk aan op de state of the art. Met name het landelijke aanbod wordt uitdrukkelijk getoetst op de overeenstemming van de theoretische cursusinhoud met de huidige stand van kennis en, indien voorhanden, met de NHG-standaarden. Zoals echter ook in hoofdstuk 2 duidelijk werd heeft een aanzienlijk deel van hetgeen volgens de huidige stand van kennis belangrijk is met generieke vaardigheden te maken. In de generieke deskundigheidsbevordering dienen luister- en gespreksvaardigheden centraal te staan. Maar ook in de specifieke deskundigheidsbevordering worden vaardigheden als het voeren van counselende gesprekken aanbevolen om in de huisartsenpraktijk toe te passen. De vraag is in hoeverre het huidige nascholingsaanbod erop gericht is dergelijke vaardigheden te ontwikkelen. Weliswaar blijken generieke onderwerpen goed vertegenwoordigd te zijn in het nascholingsaanbod, maar in dit onderzoek is niet geïnventariseerd welke werkvorm hierbij gebruikt werd. Er zijn echter wel aanwijzingen die doen vermoeden dat de inhoud in het algemeen meer gericht is op cognitieve elementen (zoals risicofactoren, diagnostische elementen) dan op praktische vaardigheden. Het effectief aanleren en oefenen van praktische vaardigheden kan alleen in niet al te grote groepen gebeuren. Bijna de helft van de geïnventariseerde cursussen (en zelfs 56% van de cursussen met generieke onderwerpen) had meer dan 25 deelnemers, hetgeen praktisch oefenen niet waarschijnlijk maakt. Van de cursussen met minder dan 25 deelnemers zat slechts ruim een kwart vol (waarvan vier cursussen met maximaal twaalf deelnemers), zodat er maar een klein aantal cursussen overblijft waarvan met zekerheid gezegd kan worden dat het bewust een kleine groep deelnemers betrof. Daarnaast vereist het trainen van praktische vaardigheden enige tijd. Het merendeel van de onderwerpen werd kortdurend behandeld. Aan tweederde van de onderwerpen werd gemiddeld minder dan 3 uur besteed. Wanneer alleen naar deze kortdurende onderwerpen gekeken wordt is het gemiddelde maar 1,5 uur, zowel voor generieke als voor specifieke onderwerpen en zowel op landelijk niveau als op districtsniveau.
Van schriftelijke nascholing, waarvoor de belangstelling redelijk groot was, kan per definitie gezegd worden dat het alleen aandacht besteedt aan cognitieve elementen. Van de andere kant wordt binnen de huisartsenopleiding reeds veel aandacht besteed aan generieke vaardigheden. Ter discussie staat in de eerste plaats welke noodzaak en/of behoefte er bestaat tot nascholing op algemene generieke vaardigheden. Wat moet in de beroepsopleiding gedaan worden en wat in de nascholing? Daarnaast is de vraag of er in het huidige nascholingsaanbod sprake is van een goed evenwicht tussen een cognitief gericht aanbod en vaardighedentraining. Tot slot lijkt het van belang om

vast te stellen of er binnen het nascholingsaanbod voldoende aandacht is voor nieuwe technieken die de psychiatrie hanteert, zoals bijvoorbeeld "motivational interviewing".

7.3 Conclusies ten aanzien van het gebruik van deskundigheidsbevordering

De door ons geïnventariseerde landelijke cursussen trokken in totaal meer dan 6500 deelnemende huisartsen, de cursussen op districtsniveau ruim 6000. Inclusief herhalingen ligt dit gemiddelde vier keer zo hoog. *Gemiddeld* heeft de Nederlandse huisarts in de afgelopen drie jaar dus 6,5 van de geïnventariseerde cursussen gevolgd waarin psychische en/of sociale problematiek op enigerlei wijze aan bod kwam. In werkelijkheid ligt dit gemiddelde nog hoger gezien de non-respons. De vraag is in de eerste plaats hoeveel verschillende huisartsen dit waren. Uit recent onderzoek van Kerssens et al. (1998) onder 562 huisartsen is bekend dat meer dan acht op de tien huisartsen (83%) de afgelopen drie jaar deelgenomen heeft aan gemiddeld 1,6 nascholingscursussen over diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Dit lagere gemiddelde dan bovenstaand genoemd wordt is waarschijnlijk te verklaren omdat alleen naar cursussen over specifieke psychische problematiek gevraagd is, terwijl in het onderhavige onderzoek ook de generieke nascholing (bijna de helft van het aanbod) en nascholing over sociale problematiek meegenomen is. In hetzelfde onderzoek van Kerssens et al. beoordeelde driekwart van de ondervraagde huisartsen (76%) zijn eigen kennis over diagnostiek en behandeling van psychische problemen als voldoende. Bijna een op de vijf huisartsen (18%) gaf zichzelf een onvoldoende. Van degenen die zichzelf een onvoldoende gaven had eenderde zich de afgelopen drie jaar niet bijgeschoold op dit vlak. Binnen de (veel grotere) groep huisartsen die zichzelf een voldoende gaven gold dit slechts voor eentiende van hen (persoonlijke mededeling, J. Kerssens). Aangezien dus slechts 6 op de 100 huisartsen zichzelf een onvoldoende geeft op het gebied van de GGZ én zich niet bijgeschoold heeft, lijkt er door de meeste huisartsen aandacht besteed te worden aan hun deskundigheid op GGZ-gebied.

Dit beeld wordt bevestigd door de schatting die op basis van de inventarisatie gemaakt kan worden over het aandeel van nascholing op het psychische en sociale vlak binnen de totale nascholing. Uitgaande van 40 uur geaccrediteerde nascholing per huisarts per jaar werd in de afgelopen drie jaar naar schatting gemiddeld bijna een kwart (23%) van de geaccrediteerde uren ingevuld met scholing over psychische en sociale problematiek. Wederom lijkt dit hoge percentage samen te hangen met de ruime definitie van 'GGZ-problematiek' die in dit onderzoek gehanteerd is, namelijk inclusief generieke nascholing en inclusief nascholing over sociale problematiek.

De vraag die zich vervolgens voordoet is naar welke onderwerpen deze aandacht uitgaat. Gekeken naar het aantal deelnemers hebben zowel op landelijk als op districtsniveau de onderwerpen over communicatie en psychosociale begeleiding de meeste huisartsen getrokken. Aangezien er op deze onderwerpen ook een redelijk aanbod was is dit met elkaar in overeenstemming. Wat betreft de specifieke onderwerpen hebben de meeste huisartsen deelgenomen aan landelijke cursussen over angststoornissen, dementie en grote psychiatrie en aan plaatselijke cursussen over seksuele problemen, depressie en opvoedingsproblemen. Met uitzondering van opvoedingsproblemen zijn dit allemaal onderwerpen waarop het aanbod, zoals samengevat in 7.1, groot was. Het lijkt er dus op dat het aanbod het gebruik reguleert. Opvallend genoeg is er minder

verband tussen de onderwerpen die veelvuldig herhaald zijn en het totaal aantal huisartsen dat zich op deze onderwerpen heeft bijgeschoold. Wanneer het gebruik van het nascholingsaanbod gerelateerd wordt aan het aantal herhalingen dan zijn er grote verschillen tussen het landelijk aanbod en het aanbod door de districten. Zoals te verwachten herhalen landelijke aanbieders hun cursussen vaker (gemiddeld 4 herhalingen) dan plaatselijke aanbieders (gemiddeld 2 herhalingen). Landelijke aanbieders herhalen het vaakst hun cursussen over seksuele problemen, misbruik/mishandeling en slaapstoornissen en communicatie. Deze onderwerpen worden op districtsniveau nauwelijks herhaald. Daarentegen worden op districtsniveau de onderwerpen angststoornissen, depressie, functionele klachten en grote psychiatrie vaak herhaald.
Dat het aantal herhalingen zich niet uit in grote(re) deelnemersaantallen is mogelijk te verklaren doordat cursussen die herhaald worden vaak in verschillende plaatsen gegeven worden en daardoor per cursus een lager deelnemersaantal hebben dan een nascholing die eenmalig gegeven wordt.

De mate van belangstelling van huisartsen kan daarnaast afgemeten worden aan het aantal volle cursussen. De meeste volle cursussen waren zowel landelijk als plaatselijk gericht op communicatie en psychosociale begeleiding. Gezien de eveneens hoge deelnemersaantallen lijken deze onderwerpen in de belangstelling te staan bij huisartsen. De volle cursussen over specifieke onderwerpen gingen het vaakst over seksuele problemen, grote psychiatrie, depressie en opvoedingsproblemen. Deze onderwerpen relateren, met uitzondering van opvoedingsproblemen, wederom nauw met het aanbod. Opvallend is dat het bescheiden aantal cursussen over opvoedingsproblemen zowel een groot aantal deelnemers trok als een relatief groot aantal volle cursussen. Dit onderwerp lijkt meer te leven onder huisartsen dan er middels deskundigheidsbevordering op in gespeeld wordt.

Naar aanleiding van de duidelijke overeenstemming tussen aanbod en gebruik wordt het vermoeden gewekt dat de keuze van huisartsen (mede) bepaald wordt door de toegankelijkheid van het aanbod. Dit vermoeden wordt versterkt door het eerder genoemde onderzoek (Kerssens, 1998) waaruit blijkt dat tweederde van de huisartsen (69%) die in de afgelopen drie jaar nascholing genoot op het gebied van psychische problematiek een (of meer) door de WDH georganiseerde nascholing(en) op dit gebied volgde. Bij eenderde van de huisartsen kwam het onderwerp psychische problematiek (tevens) in de huisartsengroep aan bod. Overwegingen als reisafstand en contacten met collega's spelen mogelijk een rol bij de keuze van de nascholing. In dat geval rust een zware verantwoordelijkheid op de aanbieders van nascholingsactiviteiten, en met name de WDH'en, om te zorgen voor een evenwichtig en actueel nascholingsaanbod.
De vraag is of het wenselijk is dat aanbieders van nascholing en huisartsen zelf de huidige vrijheid in nascholingskeuze behouden of dat er een dwingender opleidingsplan c.q. curriculum zou moeten komen.

De wijze waarop de kwaliteit van de nascholingen gecontroleerd wordt middels het accrediteringssysteem verschilt nogal tussen de landelijk aangeboden cursussen en de cursussen op districtsniveau (zie hoofdstuk 1). Hoewel op grond van de huidige onderzoeksresultaten weinig gezegd kan worden over de inhoudelijke kwaliteit van de nascholingen kan men zich toch afvragen of programma-accreditering en instellingsaccreditering niet meer gelijkgetrokken zouden moeten worden.

In het landelijke aanbod zijn er grote verschillen geconstateerd in de toegankelijkheid van de nascholing wat betreft plaats van uitvoering (voornamelijk West) en cursuskosten/mate van sponsoring. Het lijkt wenselijk te streven naar minder grote verschillen op deze punten.

Tenslotte kan over het gebruik van DKB-pakketten gezegd worden dat deze in de praktijk niet optimaal benut lijken te worden. Hoewel voor een compleet beeld een uitgebreidere inventarisatie nodig is, lijkt op grond van de huidige resultaten een discussie hierover reeds op zijn plaats. De vraag is waarom DKB-pakketten niet optimaal gebruikt lijken te worden. Vormen DKB-pakketten een nuttig middel voor deskundigheidsbevordering of staat er niet meer in dan men in de vakliteratuur kan lezen? Zijn DKB-pakketten te ontoegankelijk of is er teveel concurrentie in de nascholingsmarkt? Dient er gezocht te worden naar een manier om het gebruik van DKB-pakketten te bevorderen of kan men de ontwikkeling van DKB-pakketten beter staken?

7.4 Evaluatie van het nascholingsaanbod

In een expert meeting gaven dertig deskundigen hun visie op het geïnventariseerde nascholingsaanbod en de vragen die de bevindingen opriepen.

Naar de mening van de aanwezige deskundigen is het huidige nascholingsaanbod niet in overeenstemming met datgene waar de huisarts mee te maken krijgt in zijn praktijk. Het herkennen van grote pathologie lijkt voldoende aan bod te komen in de deskundigheidsbevordering. Er wordt echter te weinig aandacht besteed aan de differentiatie tussen ernstige en lichtere problematiek, met name aan de overlap die zij vertonen. Onderwerpen worden vaak afzonderlijk van elkaar besproken, terwijl juist aandacht voor comorbiditeit belangrijk gevonden wordt. Huisartsen zouden beter geschoold moeten zijn in (het herkennen van) de lichtere problematiek, zoals bijvoorbeeld surmenage, alcoholproblemen en eetproblemen, vinden de deelnemers. De indruk bestaat dat dergelijke problemen te vaak verborgen blijven achter andere problemen en dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van technieken die de diagnostiek hiervan kunnen vergemakkelijken. Ook vanuit de psychiatrie wordt opgemerkt dat huisartsen de zwaardere psychiatrische beelden in het algemeen goed herkennen. Lacunes worden onder andere aangetroffen in herkenning en diagnostiek van met name depressies, angststoornissen en somatoforme stoornissen, in het bijzonder wanneer het gaat om de mildere vormen en comorbiditeit (Ormel e.a., 1998). Niet voor niets vormen met name milde en matige vormen van angst- en stemmingsstoornissen in de eerstelijn een aandachtspunt voor nader onderzoek in het advies "onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid" van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (1999).

Naast adequaat diagnosticeren ziet men het adequaat kunnen verwijzen algemeen als een kerntaak van de huisarts. Huisartsen worden te weinig op de hoogte gehouden van zowel nieuwe ontwikkelingen als verwijsmogelijkheden binnen de GGZ, vindt men. Ook zijn de deelnemers van de expert meeting van mening dat aanbieders van nascholing, en met name de WDH'en, te weinig contacten hebben met kenniscentra in de GGZ, terwijl deze juist goed op de hoogte zijn van de meest recente inzichten en ontwikkelingen.

Daarnaast is het aanbod volgens de deelnemers te eenzijdig gericht op individuele scholing van huisartsen. Er is weinig aandacht voor bijvoorbeeld samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Alternatieve onderwijsvormen zoals onderlinge consultatie, intervisie of groepsgewijze trainingen zijn eveneens schaars. Een vaste contactpersoon in de GGZ die huisartsen ondersteunt kan de deskundigheid vergroten en wellicht zelfs verwijzingen voorkomen.

Een groot kritiekpunt op de huidige nascholing is dat de tijd die besteed wordt per onderwerp in het algemeen bijzonder weinig is. Daarbij ontbreekt het volgens de aanwezigen in de nascholing nog steeds aan voldoende aandacht voor het aanleren van vaardigheden om bijvoorbeeld specifieke problematiek gericht te onderkennen en te begeleiden. Men vraagt zich af wat het leereffect van dergelijke kortdurende en veelal cognitief gerichte scholing is. Bekend is dat cursisten zich het geleerde pas echt eigen maken door er uitgebreid mee aan de slag te gaan. Hoe goed een trainer de 'skills' ook uitlegt, zonder toepassingsfase is het een slechte cursus (van Hoeflaken, 1999). Het Groningse INSTEL-project is één van de eerste wetenschappelijk geëvalueeerde GGZ-nascholingsprogramma's voor huisartsen waarbij een positief effect van de training gevonden is op zowel huisartsniveau (van Os e.a., 1999) als op patiëntniveau (Tiemens, 1999). Dit programma is eveneens gebaseerd op de wetenschap dat vaardigheidstrainingen met feedback over gedrag en oefenen met specifieke protocollen effectief gebleken zijn als methoden om gedrag van huisartsen te veranderen (Jenner e.a., 1995).

Specifieke behandelmethoden en -technieken hoeven overigens niet door iedere huisarts beheerst te worden vinden de deelnemers aan de expert meeting. Wel ziet men toekomst in taakdifferentiatie, waarin huisartsen zich specialiseren in een bepaald onderwerp en bijvoorbeeld binnen de huisartsengroep als vraagbaak voor de collega's gaan optreden of behandelingen gaan geven. Het huidige nascholingsaanbod is niet diepgaand genoeg voor dergelijke ontwikkelingen. Ook de financiële middelen voor dit soort initiatieven ontbreken nog.

Op beleidsmatig niveau constateren de deelnemers dat het huidige aanbod te weinig gestructureerd en aangestuurd wordt door de LHV, zowel op landelijk niveau als op districtsniveau.

In de eerste plaats ontbreekt het aan een duidelijke taakomschrijving voor huisartsen waar het nascholingsaanbod op afgestemd kan worden. Wat wordt er van huisartsen verwacht op het gebied van diagnostiek, begeleiding, behandeling en verwijzing? Zoals de financiering op dit moment geregeld is kunnen huisartsen niet meer GGZ-taken op zich nemen, is de algemene mening.

In de tweede plaats signaleert men dat (een deel van) het aanbod gestuurd lijkt te worden door de farmaceutische industrie. Nieuwe medicatie, bijvoorbeeld op het gebied van depressie, erectiestoornissen en dementie, bepalen voor een gedeelte welke onderwerpen door met name professionele aanbieders in de nascholing opgenomen worden.

In de derde plaats zijn huisartsen vrij in het kiezen van de nascholing die zij willen volgen en lijken zij een grote voorkeur te vertonen voor onderwerpen waar zij reeds goed in zijn. Als er al lacunes vastgesteld worden waar een nascholingsaanbod op ontwikkeld wordt, is het maar de vraag of huisartsen daarmee bereikt worden omdat het risico altijd aanwezig is dat huisartsen de scholing niet volgen.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat op de expert meeting veel vertegenwoordigers uit de huisartsenwereld aanwezig waren. Hoewel er ook deelnemers uit de GGZ waren (zie bijlage III), was er vanuit de (wetenschappelijke) wereld van de psychiatrie niemand vertegenwoordigd. Men dient in ogenschouw te nemen dat de discussie hierdoor gekleurd kan zijn geweest, hetgeen mogelijk een verklaring kan vormen voor de eenduidigheid in visie die naar voren kwam.

7.5 Aanbevelingen

7.5.1 Aanbevelingen voor het optimaliseren van de GGZ-nascholing

Uit de onderzoeksresultaten en de op de expert meeting gevoerde discussie kunnen onderstaande aanbevelingen gedestilleerd worden.

Voorafgaand aan het nascholingsbeleid

Er is behoefte aan een duidelijke taakomschrijving voor de huisarts op het gebied van psychische en sociale problematiek, waarin geformuleerd wordt wat er van de huisarts verwacht wordt op het gebied van diagnostiek, begeleiding, behandeling en verwijzing van psychische en sociale problematiek. Deze taakomschrijving dient afgestemd te worden op het overheidsbeleid, zodat huidige en toekomstige ontwikkelingen hierin meegenomen kunnen worden. Daarbij dienen tevens afspraken gemaakt te worden over de benodigde c.q. beschikbare financiële middelen. De lange wachtlijsten in de GGZ worden als een belangrijk knelpunt ervaren, waar de overheid in het beleid prioriteit aan zou moeten geven.

Sturing van het nascholingsbeleid

Vervolgens dienen de huisartsenopleiding en het nascholingsaanbod afgestemd te worden op de taakomschrijving. Hierin kan de beroepsgroep zelf een belangrijke rol spelen. Met name van de LHV en de NHG wordt meer sturing verwacht. Niet de leveranciers zouden het nascholingsaanbod moeten bepalen, zoals nu het geval is, maar de LHV en de NHG zouden aanbieders moeten zoeken bij het nascholingsaanbod dat zij voorstaan. Er is waakzaamheid geboden voor een te dominante rol van de farmaceutische industrie. In plaats daarvan dient het aanbod doelgericht vanuit beleidsmakers in de beroepsgroep gestuurd wordt. Daarbij zouden ook duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over de inhoud van de trainingen, waarbij gedacht kan worden aan een betere verhouding tussen kennis en vaardigheden en een betere verhouding tussen zwaardere en mildere problematiek.
Ook op districtsniveau wordt meer feedback en sturing vanuit de LHV en de NHG verwacht.

Concreet wordt minimaal gedacht aan een totaalaanpak in de vorm van een curriculum, waarbij elk relevant nascholingsonderwerp cyclisch terugkomt. Met het nieuwe kwaliteitsbeleid 'kwaliteit op koers' wordt hier reeds een begin mee gemaakt.

Daarnaast wordt de noodzaak vastgesteld van een brede discussie over de vrijblijvendheid van de nascholing. Er dient gezocht te worden naar onderwijsstructuren en -vormen die ervoor zorgen dat de nascholing beter aansluit bij lacunes. In het algemeen wordt toetsing gezien als een geschikt instrument voor het vaststellen van tekorten en als basis voor een cyclisch aanbod. In hoeverre een systeem van personal learning ingevoerd zou moeten worden, daarover zijn de meningen nog verdeeld.

Ook is het wenselijk dat nascholingsorganisaties, met name WDH'en, in nauw contact staan met kenniscentra in de GGZ, zodat huisartsen goed op de hoogte gehouden worden van de nieuwste ontwikkelingen in de GGZ en de actuele verwijsmogelijkheden in de GGZ kennen.

Verschillende typen nascholing

Het wordt zeer belangrijk gevonden om andere vormen van deskundigheidsbevordering te ontwikkelen naast de traditionele onderwijsvorm.
In dit kader wordt een hoge prioriteit gegeven aan het stimuleren van transmurale samenwerking. Consultatie met de psychiater wordt gezien als een effectieve onderwijsstructuur. Een vaste contactpersoon in de GGZ die de huisarts kan coachen werkt ongetwijfeld deskundigheidsbevorderend. Ook intervisiegroepen of FTO-achtige bijeenkomsten met specialisten uit de GGZ kunnen zeer waardevol zijn en dienen gestimuleerd te worden. Hiertoe dient de wereld van de psychiatrie zoveel mogelijk bij nieuwe ontwikkelingen betrokken te worden.

Taakdifferentiatie, waarbij huisartsen zich specialiseren op een bepaald gebied, wordt beschouwd als een belangrijke ontwikkeling die ondersteuning verdient. Naast financiële consequenties heeft dit ook consequenties voor het nascholingsaanbod, dat verdiept zou moeten worden.

Naast de bovengenoemde alternatieve vormen voor deskundigheidsbevordering is binnen het onderwijsaanbod meer creativiteit nodig om huisartsen te bereiken met nascholing die wenselijk geacht wordt maar huisartsen in eerste instantie minder aanspreekt. De in paragraaf 6.2. genoemde vormen zijn hier goede voorbeelden van.

7.5.2 Methodologische aanbevelingen

Dit onderzoek is een van de eerste inventarisaties waarin het nascholingsaanbod voor huisartsen per onderwerp in kaart gebracht werd. Om het accrediteringsbestand in de toekomst toegankelijker te maken voor inventarisaties is het aan te bevelen de geautomatiseerde accrediteringsoverzichten verder te verfijnen, bijvoorbeeld door de cursusinhoud op ICPC-code te registreren. Ook in de meeste districten is de registratie van nascholingsactiviteiten, met name de kleinschalige activiteiten in HAGRO- of FTO-verband, voor verbetering vatbaar. Over de kwaliteit van de nascholing kunnen geen harde uitspraken gedaan worden evenals over het effect ervan. Inhoudelijke evaluatie door middel van inhoudsanalyse en effectmetingen zouden tot zinvolle verdiepingen kunnen leiden van de huidige onderzoeksresultaten. In dit onderzoek is met name een beeld gevormd over het geaccrediteerde nascholingsaanbod op het gebied van psychische en/of sociale problematiek. Er zijn weinig gegevens verzameld over het niet-geaccrediteerde aanbod. Voor een totaalbeeld van het nascholingsgebruik, inclusief de niet-geaccrediteerde nascholing, vormt het ondervragen van huisartsen waarschijnlijk de beste ingang.

LITERATUUR

Bijl R.V., et al. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland; het Nemesis-onderzoek (2): prevalentie van psychiatrische stoornissen. NTGV, 141, 2451-2458.

Bijl R.V., et al. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Netherlands Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). TSG, 76, 446-457.

Bruyne G.A. de, Meyboom-de Jong B., Muskens J.B., Veltman M.T.M., Weijtens J.T.N.M., Wind A.W. (1991). NHG-standaard Dementiesyndroom. H&W, 34, 598-907.

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L, Lewinsohn PM, Seeley JR. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 34, 312-321.

Cornel M. (1998). Alcoholproblemen. H&W, 41, 591.

Cloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blackburn I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J. Affect. Disord., 49, 59-72.

Cox M.F. (1997). Somatisatie en somatische fixatie. In: Ree J.W. van, deVries M.W., (eds). Psychiatrie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Drummond L.M. (1994). Anxiety. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

Dunbar J. (1994). Alcohol problems. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

German P.S., VonKorff M. (1987). An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. Medical Care, 25, 327-339.

Heyrman J. (1997). Depressie. In: Ree J.W. van, deVries M.W., (eds). Psychiatrie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Hoeflaken, W. (1999). Weggegooid geld. Waarom cursussen zo weinig effect hebben. Avanta Magazine, 14, 14-16.

Jenner J.A., Meer K. v.d., Os T.W.D.P. van, Brink R. v.d., Tiemens B.G., Ormel J. (1995). Psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen.

Kaplan H.I., Sadock B.J. (1996). Concise textbook of clinical psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore.

Kerssens J.J., Vries W.J. de, Verhaak P.F.M. (1998). Samenwerking tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg. NIVEL, Utrecht.

Knuistingh Neven A., Graaff W.J. de, Lucassen P.L.B.J., Spinger M.P, Bonsema K, Dijkstra R.H., Felix-Schollaart B. (1992). NHG-standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. H&W, 35, 212-219.

Lamberts H. (1991). In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Meditekst, Lelystad.

LHV (1995). Nieuwe regeling accreditering. Utrecht.

Marwijk H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Brueren M.M., Sigling H.O., Stolk J. Gelderen M.G. van, Vintges M., Eizenga W.H., Burgers J.S. (1994). NHG-standaard Depressie. H&W, 37, 482-490.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). Brief "Geestelijke Gezondheidszorg" Rijswijk.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998). Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag.

NHG (1998). DKB-producten. Utrecht.

Ormel J., Brink W. v.d., Koeter M.W.J., Giel R., Meer K. v.d., Willige G. v.d., Wilmink F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care. A naturalistic follow-up study. Psychological Medicine, 20, 909-923.

Ormel J., Tiemens B.G., Os T.W.D.P. van, Meer K. v.d., Jenner J.A., Brink R.H.S. v.d. (1998). Betere herkenning van depressie en soms sneller herstel na nascholing van huisartsen. NTGV, 142, 2572-2577.

Os T.W.D.P. van, Ormel J., Brink R.H.S. v.d., Jenner J.A., Meer K. v.d., Tiemens B.G., Doorn W. v.d., Smit A., Brink W. v.d. (1999). Improving the management of depression in primary care: the effect of a training programme for general practitioners in The Netherlands. Gen. Hosp. Psychiatry, 21, 168-176.

Pereira Gray D. (1994). Family and marital relationships. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds) (1994). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

Pullen I., Wilkinson G. (1994). Sleep problems. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds) (1994). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

Raad voor de deskundigheidsbevordering (1997). Gegevensverzameling over geaccrediteerde cursussen in 1996. LHV, Utrecht.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (1999). Advies onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. RGO, Den Haag.

Ree J.W. van, deVries M.W. (eds) (1997). Psychiatrie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Rollnick S., Miller W.R. (1995). What is motivational interviewing? Cognit. Behav. Psychother., 23, 325-334.

Stichting DGV (1997). Landelijke inventarisatie farmacotherapie-overleg 1996. Een beschrijvend onderzoek naar de stand van zaken in het FTO. Utrecht.

Terluin B. (1997). Spanningsklachten en surmenage. In: Ree J.W. van, de Vries M.W., (eds). Psychiatrie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Tiemens B.G. (1999). Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model. Acad. Proefschrift Groningen.

Velden J. van der, Bakker D.H. de, Claessens A.A.M.C., Schellevis F.G. (1991). Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht.

Verhaak P.F.M. (1995). Mental disorder in the community and in general practice. Avebury, Aldershot.

VWS (1997). Brief "Geestelijke Gezondheidszorg". Rijswijk.

Williams I. (1994). Older people. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds) (1994). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

World Health Organization. ICD-10 Primary Health Care version.

Wright A. (1994). Depression. In: Pullen I., Wilkinson G., Wright A., Pereira Gray D. (eds) (1994). Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists / Royal College of General practitioners.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMW	:	Algemeen Maatschappelijk Werk
DC	:	Districtscoördinator
DHV	:	Districts Huisartsen Vereniging
DKB-pakket	:	Deskundigheidsbevorderingspakket
FTO	:	Farmacotherapie Overleg
GGZ	:	Geestelijke Gezondheidszorg
HAGRO	:	Huisartsengroep
HVCR	:	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
ICPC	:	International Classification of Primary Care
LHV	:	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVE	:	Landelijke Vereniging van Eerstelijns psychologen
NHG	:	Nederlands Huisartsen Genootschap
PAOG	:	Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde
PAOH	:	Post-Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde
PC	:	Plaatselijk Coördinator
PHC	:	Primary Health Care
RET	:	Rationeel Emotieve Therapie
RGO	:	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RHV	:	Regionale Huisartsen Vereniging
VWS	:	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WDH	:	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen

BIJLAGE I

Cursusonderwerpen checklist en bijbehorende ICPC-codes

SPECIFIEKE ONDERWERPEN

1. Depressie inclusief suïcidaal gedrag
Depressief gevoel (P03), depressie (P76), suïcide poging (P77).

2. Angststoornissen
Fobie (P79), overige angsten en angststoornissen, zoals gevoel van angst, nervositeit, gespannenheid (P01), angstneurose (P74), angst voor behandeling/medicijngebruik (A13), angst voor dood (A25), angst voor ziekte die niet is vastgesteld (A26, A27, B25, B26, B27, D26, D27, F27, H27, K24, K25, K27, L26, L27, N26, N27, P27, R26, R27, S26, S27, T26, T27, U26, U27, X23, X25, X26, X27, Y25, Y26, Y27, Z27).

3. Slaapstoornissen
Slaapstoornissen (P06).

4. Grote psychiatrie
Schizofrenie (P72), organische psychose (P71), affectieve psychose (P73), persoonlijkheids- en karakterstoornissen (P80), post-traumatisch stress syndroom (P82).

5. Surmenage
Surmenage (P78), acute stress reactie (P02).

6. Dementie
Dementie (P70).

7. Alcohol/drugsproblematiek
Alcohol/drugsproblematiek (P15 t/m P19).

8. Seksuele problematiek
Seksuele problemen (P07, P08), vaginitis (X84), impotentie (Y07), bezorgdheid over seksuele voorkeur (P09).

9. Verwerkingsproblematiek
Verwerkingsproblemen bij ziekte, overlijden, ingrijpende gebeurtenis (Z11, Z14, Z15, Z18, Z19, Z22, Z23, Z25), levensfasegebonden problemen (P25), verwerkingsproblemen bij werkloosheid (Z06).

10. Seksueel misbruik, mishandeling
Problemen ten gevolge van aanranding, schadelijke gebeurtenis (Z25), emotionele kindermishandeling (Z16).

11. Relatieproblematiek
Relatieproblemen met partner, kind, familie, vrienden (Z12, Z13, Z16, Z20, Z21, Z24), problemen in de werksituatie (Z05).

12. Opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek
Eetproblemen bij kinderen (P11), bedplassen (P12) en andere zindelijkheidsproblemen (P13), prikkelbaar druk kind (A16), gedragsproblemen (P22, P23), overactief kind, hyperkinetisch syndroom/ADHD (P81), psychomotore ontwikkelingsachterstand (P22), leerproblemen (P24), psychische retardatie (P85).

13. Anorexia nervosa, bulimia en andere eetproblemen
Anorexia nervosa, bulimia (P86), overmatige eetlust (T02).

GENERIEKE ONDERWERPEN

14. Communicatie huisarts-patiënt
zoals bijvoorbeeld communicatie met allochtonen, sekse-specifieke hulpverlening, omgaan met complexe patiënten, therapietrouwen communicatie huisarts-patiënt algemeen, slecht-nieuwsgesprek, chronisch klagen, inzicht in eigen communicatiegedrag, zoals overdracht en tegenoverdracht.

15. Psychosociale begeleiding over specifiek onderwerp
(exclusief omgaan met eerder genoemde klachten en aandoeningen), zoals bijvoorbeeld euthanasie, omgaan met pijn, begeleiding bij chronische ziekte, preventie, abortus provocatus, stoppen met roken en ontevredenheid met uiterlijk (A18, H15, X22, W21), bezorgdheid oud te worden (P05).

16. Functionele klachten, inclusief bijvoorbeeld chronisch vermoeidheidssyndroom, irritable bowel syndrom, whiplash, rugklachten
Somatoforme stoornis, hypochondrische neurose (P75), somatische klachten en aandoeningen met mogelijk een psychosociale component zoals chronisch vermoeidheidssyndroom (A04), Maag- en darmklachten (D02, D09, D93), nek- en schouderklachten (L83, L01, L08), rugklachten (L02, L03, L84, L86), fibromyalgie en andere spierklachten (L18), hoofdpijn (N89, N95, N01), premenstrueel spanningssyndroom (X89).

17.[1] Psychiatrie algemeen
Herkennen, diagnostiseren en behandelen van psychische en sociale problematiek in het algemeen

18.[1] Overigen
Samenwerking eerste en tweede lijn, overige generieke onderwerpen.

---

1 Categorie 17 en 18 zijn tijdens de analyse toegevoegd naar aanleiding van open antwoorden.

BIJLAGE II

Landelijke aanbieders naar type organisatie

1. Zorg- en maatschappijgeoriënteerde organisaties
Academisch Ziekenhuis Nijmegen
CAR
CBAV-Limburg
Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Noord-Nederland
Coronel Instituut AMC
Cure & Care
GGZ Midden Brabant
Dhr. van der Hatert, huisarts
Integraal Kankercentrum Limburg
Mildredhuis
NHG
NVAZ/Bartimeus
Pijnkenniscentrum AZM
RIAGG Oost en "de Maren"
RINO Noord-Holland
Regioteam Groningen
Rutgerstichting
ICODO
Stichting DGV
Stichting Pharos
Stichting Saint Raphael
Stichting voor Toegepaste Gerontologie
Amersfoortse
Synchron
De Vette Trainingen
Ziekenhuis Hilversum
Ziekenhuis Tiel/dhr. Hoenen

2. Universiteiten en PAOG's
Boerhaave Commissie/vakgroep Huisartsgeneeskunde Leiden
CORVU
PAOG-VU
PAOG Heyendael
Vakgroep Huisartsgeneeskunde AMC
Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht

3. Commerciële organisaties
Benecke Consultants
Byk Nederland BV
Mediselect BV
Nourypharma
Postgrade/Glaxo Wellcome

4. Aanbieders schriftelijke nascholing
Accredidact
Benecke Consultants
NHG

BIJLAGE III

Deelnemerslijst expert meeting "GGZ-nascholing voor huisartsen", 7 oktober 1999

Voorzitter: Prof.dr. J.M. Bensing, directeur NIVEL

Dhr. K. Blanken, LHV
Dhr. R.K. Boot, plaatselijk coördinator WDH Alkmaar
Drs. F. Bosch, LVE
Dhr. J.A. Buitink, V O G - sectie AMW
Mw. drs. M. van der Burg-van Walsum, Univ. Utrecht Vakgr. Huisartsgeneeskunde
Dr. M.F. Cox, huisarts
Mw. drs. E. Cregten, Ministerie van VWS - afd. GVM
Mw. drs. M.C. van Dam, directeur RINO Noord-Holland, Nascholing en Opleiding GGZ
Mw. dr. J. Dekker, bestuur NHG
Mw. drs. P.L. ten Harmsen van der Beek, RINO Noord-Holland, Nascholing en Opleiding GGZ
Dhr. G.H. Heyne, huisarts
Dhr. J. Hoornweg, huisarts/PAOH-commissie
Drs. P.Groen, LVE
Dr. G. Hutschemaekers, Trimbos Instituut
Dhr. A.J. Jansen, directeur Boerhaave Commissie
Mw. drs. B. Keijser-Huijts, PAOG-Heyendael Katholieke Universiteit Nijmegen
Mw. A. Kramer, huisarts, Bureau Toetsing, Evaluatie en Onderzoek van Onderwijs
Dr. H. van Marwijk, V U Faculteit Geneeskunde - EMGO Instituut
Dhr. P.C. Schepp, districtscoördinator/plaatselijk coördinator, DHV Rotterdam e.o./ CAR Nascholingscentrum Huisartsen
Dhr. E. Sietsma, LHV
Dhr. P.O. van der Spoel, huisarts
Dhr. J. Stam, Huisartsinstituut Vrije Universiteit
Dr. B. Terluin, huisarts
Mw. dr. B. Tiemens, Trimbos Instituut
Dhr. K. van der Velden, Trimbos Instituut
Drs. W. de Vries, Trimbos Instituut
Mw. H. Wehmekamp, NHG
Dhr. R. Weustink, Postgrade Glaxo Wellcome
Mw. E.J. Zeldenrust, GGZ Nederland, afd. Zorgbeleid