



NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Gebouw Meerhorst III
Boerhaavelaan I
2713 HA Zoetermeer
Telefoon 079-517644

Postadres
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer

4001.50



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

ADVIES

inzake

samenwerking van eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

Uitgebracht aan de Staatssecretaris van
Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Zoetermeer, maart 1985

INHOUDSOPGAVE**BLZ.**

SAMENVATTING EN KERNPUNTEN	I
1. INLEIDING	1
1.1 Onderwerp	2
1.2 Samenvatting van hetgeen in de Nieuwe Nota over het onderwerp wordt gezegd	4
1.3 Plaatsbepaling van dit advies	6
2. HET ONDERSCHIED TUSSEN LICHTE EN ZWARE PROBLEMEN	8
2.1 Kan dit onderscheid gemaakt worden?	8
2.2 Een taakverdeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg	11
2.3 Maatschappelijke dienstverlening en geestelijke gezondheidszorg	16
3. HULPVERLENING BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN IN DE EERSTE LIJN	19
3.1 Globale omschrijving van de psychosociale hulp in de eerste lijn	19
3.2 Knelpunten met betrekking tot de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn	23
4. MOGELIJKE OPLOSSINGEN VAN DE GESIGNALEERDE KNELPUNTEN	28
4.1 Bevordering van de deskundigheid van de huisarts op het terrein van de psychosociale hulpverlening	28
4.2 Psychologen in de eerste lijn	31
4.3 Het algemeen maatschappelijk werk	35
4.4 Door en vanuit de extramurale geestelijke gezondheidszorg te ondernemen activiteiten	38
4.4.1 Algemene beschouwing naar aanleiding van recente ontwikkelingen	38
4.4.2 De ondersteuning van de eerste lijn door de RIAGG	42

5. AANBEVELINGEN	45
5.1 Algemeen	45
5.2 Taakverdeling eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg	46
5.3 Gebiedsindeling	47
5.4 Regelgeving	48
5.5 Organisatie van de hulpverlening	49
5.6 Opleiding	50
5.7 De psycholoog in de eerste lijn	51
5.8 Nazorg	52
5.9 Beleidsonderbouwend onderzoek	53

BIJLAGE I: Reacties op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid voor
zover relevant voor dit advies

BIJLAGE II: Publicaties, waarop dit advies mede gebaseerd is

Bijlage III: Ledenlijst van de Kamer voor geestelijke gezondheidszorg

SAMENVATTING EN KERNPUNTEN

1. Dit advies is het eerste van de uit te brengen nadere adviezen van de Raad over de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Deze nadere adviezen zijn uitwerkingen van het in 1984 door de Raad gepubliceerd commentaar op deze nota.

Het heeft tot onderwerp de samenwerking ten behoeve van de hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg.

2. In de Nieuwe Nota wordt voorgesteld om de taakverdeling tussen de eerstelijns gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg voor wat betreft de psychosociale problematiek af te leiden van de ernst van de problemen; lichte psychische problemen een zaak van de eerste lijn, zware psychische problemen van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze onderscheiding blijkt op theoretische en praktische gronden niet houdbaar te zijn.

In plaats van de ernst van de problematiek te hanteren als ordeningscriterium, wordt in dit advies gepleit voor aansluiting bij de in Nederland gangbare benadering van eerste en tweede lijn, overigens met inachtneming van de typische karakteristieken van de geestelijke gezondheidszorg.

Een aanzet hiertoe wordt in dit advies gegeven (hoofdstuk 2).

3. Vervolgens wordt in het advies aandacht besteed aan de psychosociale problemen waarmee de eerste lijn geconfronteerd wordt en de hulp die daarbij geboden wordt. Verschillende knelpunten in dit hulpaanbod worden daarbij zichtbaar.

Deze knelpunten worden verder in kaart gebracht aan de hand van een onderscheiding van drie hoofdmomenten in het hulpverleningsproces: de onderkenning van psychische problematiek, diagnostiek en de beslissing omtrent het verdere handelen.

Daarnaast worden o.a. knelpunten gesignaleerd: slechte ervaringen bij eerstelijns hulpverleners met verwijzingen naar de geestelijke gezondheids-

zorg; een onvoldoende gebruik van de extramurale geestelijke gezondheidszorg bij verwijzingen naar de intramurale zorg; onduidelijkheden over de rol die de eerste lijn te vervullen heeft bij de nazorg ten behoeve van psychiatrische patiënten; de moeilijke positie van, in het bijzonder, de huisarts en het maatschappelijk werk, gezien de claims op hun inzet enerzijds, de beperkte mogelijkheden om deze waar te maken anderzijds.

4. In het advies worden oplossingen aangedragen voor de gesignaleerde knelpunten, in aansluiting op hetgeen hierover in de Nieuwe Nota wordt opgemerkt. Deze hebben zowel betrekking op de hulpverlening in de eerste lijn, als op de relatie tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg.

Ten aanzien van de hulpverlening in de eerste lijn wordt o.a. gepleit voor uitbreiding van de beroepsopleidingen van eerstelijns hulpverleners, in kwalitatieve en kwantitatieve zin, ten aanzien van de psychische problematiek; verdere inschakeling van het algemeen maatschappelijk werk en uitbreiding van het in de Nieuwe Nota voorgestelde experiment inzake de inschakeling van psychologen met andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld pedagogen).

Wat betreft de relatie tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg wordt voorgesteld de ondersteuning door en vanuit de extramurale geestelijke gezondheidszorg in kwalitatief en kwantitatief opzicht te intensiveren.

Een van de mogelijkheden is om vanuit de RIAGG's met zgn. "veldteams" te gaan werken. Dit zou nadere uitwerking verdienen. Een aanzet daartoe wordt gegeven (hoofdstuk 4). De noodzaak tot uitwerking geldt overigens ook voor andere, in dit advies genoemde, ondersteuningsmogelijkheden.

5. Het advies wordt afgesloten met aanbevelingen, die betrekking hebben op het ordeningscriterium, de taakverdeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg, de gebiedsindeling, de regelgeving, de organisatie van de hulpverlening, de opleidingen, de positie van de psycholoog in de eerste lijn, de nazorg van psychiatrische patiënten en het beleidsondersteunend onderzoek (hoofdstuk 5).

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

In november 1984 zond de Raad zijn commentaar op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Dit commentaar bevatte een eerste, globale reactie op de in deze nota geformuleerde beleidsvoornemens. In een afzonderlijk schrijven aan de Staatssecretaris deelde de Raad mee in de loop van 1985 een of meer nadere adviezen over de Nieuwe Nota uit te brengen. Hierin zou de Raad dieper ingaan op bepaalde thema's, naar aanleiding van hetgeen daarover in de Nieuwe Nota is gesteld. Bij schrijven van 5 februari 1985 heeft de Staatssecretaris de Raad verzocht om, conform het voorstel, nadere adviezen uit te brengen.

Dit advies is het eerste van de uit te brengen nadere adviezen van de Raad over de Nieuwe Nota. Het is opgesteld door de Kamer voor geestelijke gezondheidszorg van de Raad (zie bijlage III voor de samenstelling van deze Kamer). Het heeft de relatie tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg tot onderwerp. Hoewel ook basisgezondheidsdiensten taken vervullen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, blijven deze in dit advies buiten beschouwing.

Dit advies is vastgesteld door de Kamer voor geestelijke gezondheidszorg in zijn vergadering van 20 februari 1985, nadat de Kamer voor extramurale gezondheidszorg er in zijn vergadering van 12 februari 1985 zijn instemming mee heeft betuigd. De consumentenvertegenwoordiging in de Kamer voor geestelijke gezondheidszorg wil met betrekking tot dit advies een voorbehoud maken. Hoewel zij over het algemeen met de tekst van dit advies kan instemmen, maakt zij op principiële gronden bezwaar tegen advisering over de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Op de beleidsvoornemens in die Nieuwe Nota heeft de consumentenvertegenwoordiging fundamentele kritiek. Daarom acht zij medewerking aan het realiseren van die beleidsvoornemens, bijvoorbeeld door advisering over de uitvoering ervan, ongewenst.

Het Presidium behandelde het advies van de Kamer in zijn vergadering van 5 maart 1985 en besloot daarbij het advies aan de Raad aan te bieden.

De Raad behandelde het advies van de Kamer in zijn vergadering van 14 maart 1985 en besloot daarbij het advies aan de Staatssecretaris aan te bieden.

1.1 Onderwerp

In dit advies wordt op drie onderwerpen ingegaan, naar aanleiding van hetgeen erover in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (Nieuwe Nota) van de Staatssecretaris van WVC wordt opgemerkt:

- het onderscheid tussen lichte en zware psychische problemen;
- de hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn;
- de samenwerking tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg.

Extramurale hulp bij psychische problemen kan zowel in de eerste lijn als in de geestelijke gezondheidszorg geboden worden. In organisatorisch opzicht worden deze twee zorgsectoren in het hiernavolgende van elkaar onderscheiden. Wanneer over de eerste lijn wordt gesproken, wordt daarmee steeds bedoeld op het "substelsysteem van zorg, waarin de werkers de medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor een continue, integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving van de mensen, aan wie de zorg wordt verleend", (Nota Eerstelijnszorg, WVC, december 1983; pagina 8).

Deze zorg heeft als belangrijke kenmerken het generalistisch karakter, de vrije toegankelijkheid, de situering dichtbij of temidden van de doelpopulatie, de gerichtheid op de mens in zijn eigen omgeving en het feit dat de cliënt ambulante is.* Onder geestelijke gezondheidszorg zal steeds worden verstaan: de sector van de gezondheidszorg, die bestaat uit van instellingen en personen uitgaande voorzieningen ten behoeve van mensen met psychische problemen. Het hulpaanbod dat in de vorm van deze voorzieningen wordt aangeboden, is in twee opzichten niet generalistisch van aard: het is zoals gezegd, gericht op psychische problematiek, het is bovendien specialistisch. Geestelijke gezondheidszorg is gespecialiseerde opvang en behandeling van en gespecialiseerde zorg bij alle soorten psychische problemen. Hierbij wordt het psychisch probleem steeds benaderd vanuit de invalshoek van de verwevenheid van biologische, sociale en intra-psychische aspecten van het probleem. Daarbinnen wordt in de geestelijke gezondheidszorg de nadruk gelegd op het psychisch aspect.

* Uiteraard zijn ook thuisliggende patiënten aangewezen op eerstelijns hulpverlening. Ten aanzien van de hulpverlening aan huis heeft ook de RIAGG (Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) een taak, er moet derhalve onderscheid gemaakt worden tussen generalistische en gespecialiseerde thuishulp.

De geestelijke gezondheidszorg omvat ambulante, semimurale en klinische voorzieningen en behoort tot de tweedelijns gezondheidszorg.*

De geestelijke gezondheidszorg wordt in dit advies opgevat als een formeel systeem, als een sector binnen de gezondheidszorg. Als zodanig is zij van de eerstelijns zorg te onderscheiden. Dit betekent niet dat in de eerste lijn geen hulpverlening bij psychische problemen zou plaatsvinden. Met nadruk moet gesteld worden dat deze hulpverlening zowel in de geestelijke gezondheidszorg als in de eerste lijn wordt geboden. In mensen en contacten uitgedrukt, vindt waarschijnlijk het grootste deel van de hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn plaats. In de tweede lijn, dus in de geestelijke gezondheidszorg, wordt slechts het topje van de ijsberg zichtbaar.

In het hiernavolgende zal op het raakvlak van eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg worden ingegaan: de extramurale hulp bij psychische problemen, een co-productie van eerste lijn en extramurale geestelijke gezondheidszorg. In de Nieuwe Nota worden hierover twee, in zeker opzicht tegenstrijdige, dingen gezegd:

- eerste lijn en extramurale geestelijke gezondheidszorg vormen één geheel: de sector "extramurale hulp bij psychische problemen"; de "primary health care" omvat ook de geestelijke gezondheidszorg (pagina 12);
- eerste lijn en extramurale geestelijke gezondheidszorg moeten strikt gescheiden worden: de een verleent generalistische hulp bij "lichte" (of psychosociale), de ander specialistische hulp bij "zware" (of ernstige, psychische) problemen.

Integratie enerzijds, differentiatie anderzijds. In dit advies wordt deze tegenstelling op zijn toepasbaarheid voor de hulpverlening bij psychische problemen getoetst.

* Bij het hier gemaakte onderscheid tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg moet voor het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) een uitzondering gemaakt worden. Hoewel deel uitmakend van de geestelijke gezondheidszorg voert het CAD, in het kader van de formele taakstelling, ook eerstelijns taken, in het bijzonder maatschappelijke dienstverlening, uit op enkele specifieke terreinen.

1.2 Samenvatting van hetgeen in de Nieuwe Nota over het onderwerp wordt gezegd

In de Nieuwe Nota wordt een beleid geformuleerd dat tot gevolg moet hebben:

- a. dat de eerste lijn het echelon wordt, waarin psychosociale problemen worden opgevangen en behandeld en
- b. dat de extramurale geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de RIAGG, geïntegreerd wordt met de semi- en intramurale.

Wil dit beleid kunnen slagen, dan zullen de op dit moment binnen de gezondheidszorg aangeboden psychische klachten verdeeld moeten worden in lichte of psychosociale en zware of ernstig psychische. Er wordt van uitgegaan dat het mogelijk is dit onderscheid te maken.

De psychosociale problemen dienen in de eerste lijn opgevangen te worden en dit echelon zal daartoe versterkt moeten worden. Voorzover de opvang en behandeling van psychosociale problemen nu nog in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg plaatsvindt, dient deze hulpverlening in de komende jaren geleidelijk aan overgedragen te worden aan de eerste lijn. Op deze wijze zal een uit twee sectoren bestaand systeem van geestelijke gezondheidszorg ontstaan:

- de hulpverlening bij levensproblemen en psychosociale stoornissen van in principe gezonde mensen vindt in de eerste lijn plaats en
- de gespecialiseerde hulpverlening bij ernstige psychische stoornissen vindt binnen een geïntegreerd stelsel van tweedelijns voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg plaats.

Om dit te bereiken, worden in de Nieuwe Nota de volgende beleidsvoornemens geformuleerd:

1. Het bevorderen van de deskundigheid van eerstelijns hulpverleners ten aanzien van het diagnostiseren, begeleiden, behandelen en verwijzen van psychosociale problemen door middel van het veranderen van de bestaande opleidingen.
2. Het van 1986 tot 1990 experimenteren met een beperkt aantal psychologen als achterwacht-functionaris in de eerste lijn, met een omschreven takenpakket.
3. Het bevorderen van overleg tussen de vier kerndisciplines in de eerste lijn over de verdeling van de taken met betrekking tot de psychosociale hulpverlening.
4. Het intensiveren van de samenwerking in de eerste lijn om daardoor een duidelijker samenwerkingspartner voor de geestelijke gezondheidszorg te creëren.

5. Het overhevelen van de hulpverlening bij levensproblemen van RIAGG naar eerste lijn, inclusief de daarvoor noodzakelijke capaciteit in een periode van zes jaren.
6. Het bevorderen van in het kader van WVG/WGM (Wet voorzieningen gezondheidszorg/Wet voorzieningen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening) geformaliseerde samenwerkingsafspraken tussen ambulante geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns gezondheidszorg met betrekking tot informatie-overdracht, verwijzing, preventie, consultatie, advisering en nazorg.
7. Het vergroten van de effectiviteit en de efficiëntie van de RIAGG:
 - a) grotere bereikbaarheid,
 - b) oriëntatie op zware problematiek,
 - c) kortere intake-procedure.

1.3 Plaatsbepaling van dit advies

Het gehele veld van de hulpverlening bij psychische problemen overziend, zou men kunnen stellen dat daarbij zes niveaus te onderscheiden zijn, wanneer men de systematiek van de Nieuwe Nota volgt.

1. De hulpverlening in de eerste lijn door eerstelijns hulpverleners, solistisch werkend of in teamverband.
2. De hulpverlening in het kader van samenwerkingsverbanden tussen eerste lijn en extramurale geestelijke gezondheidszorg.*
3. De hulpverlening uitgaande of in het kader van de extramurale geestelijke gezondheidszorg.
4. De hulpverlening in het kader van samenwerkingsverbanden van extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg.
5. Het beschermd wonen en de dagbehandeling (de semi-murale geestelijke gezondheidszorg).
6. De klinisch-psychiatrische hulpverlening (de intramurale geestelijke gezondheidszorg).

In dit advies wordt ingegaan op de eerste drie niveaus van psychische hulp. De Raad zal in volgende adviezen op de drie andere niveaus ingaan, in het kader van de nadere advisering over de Nieuwe Nota.

In dit advies wordt niet ingegaan op de relatie tussen de basisgezondheidsdiensten en de geestelijke gezondheidszorg. Volstaan wordt met de volgende opmerkingen.

Zowel in de WVG (art. 59), als in de Schets Basisgezondheidsdiensten (1980) worden aan de basisgezondheidsdiensten taken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg toegekend. Deze taken liggen vooral op het terrein van de "psycho-hygiëne", preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en epidemiologie en registratie. Het is noodzakelijk dat vooral ten aanzien van de preventieve en de epidemiologische taken duidelijkheid komt over de relatie basisgezondheidsdienst - geestelijke gezondheidszorg. Gekozen zou kunnen worden voor een taakverdeling op geleide van het principe:

* Onder de extramurale geestelijke gezondheidszorg worden begrepen de Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's), de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de zelfstandig gevestigde psychiaters.

het algemene en het collectieve is voor de basisgezondheidsdienst, het bijzondere en het individuele voor de geestelijke gezondheidszorg (zie verder Van der Grinten, 1984). Over deze mogelijke taakverdeling behoeft thans nog geen uitspraak gedaan te worden. De Raad neemt zich voor hierop later terug te komen.

Ook wordt in dit advies niet ingegaan op preventie van psychische problemen. Op laatstgenoemd onderwerp zal door de Raad afzonderlijk worden ingegaan in een advies naar aanleiding van een reeds in de Nieuwe Nota aangekondigde adviesaanvraag ter zake.

Zowel de eerstelijnszorg als de geestelijke gezondheidszorg komen in dit advies alleen ter sprake voor zover relevant voor het onderwerp.

Bij het opstellen van dit nader advies over de Nieuwe Nota is gebruik gemaakt van de "ondersteunende stukken", waarop deze nota deels is gebaseerd, in het bijzonder op de bijdragen van het Nederlands Huisartseninstituut en de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is rekening gehouden met opmerkingen uit een aantal reacties op de Nieuwe Nota. In bijlage I zijn deze samengevat.*

* De afzonderlijke reacties worden niet in dit advies genoemd. Bijlage I bevat, behalve een ordening van de reacties, ook een aantal conclusies naar aanleiding van deze reacties

HOOFDSTUK 2: HET ONDERSCHIED TUSSEN LICHTE EN ZWARE PROBLEMEN

2.1 Kan dit onderscheid gemaakt worden?

In de Nieuwe Nota wordt voorgesteld psychische problemen in twee groepen te verdelen:

- a. "psychosociale problemen": menselijk leed als gevolg van onder meer verlies van een partner of kind, relatieproblemen, verlies van werkkring of eenzaamheid;
- b. "ernstige psychische problemen": langdurige en/of acuut voorkomende psychische klachten of verschijnselen van ernstige aard, zoals angsten, dwang, depressies, waandenkbeelden of hevige agressie.

(Zie pagina 10 van de Nieuwe Nota).

De twee groepen worden ook wel aangeduid als "lichte" respectievelijk "zware" problemen. De indruk bestaat dat in de Nieuwe Nota tot de lichte problemen ook worden gerekend de zogenaamde levensproblemen, de categorie die de vroegere bureaus voor levens- en gezinsvragen behandelden.

In een van de ondersteunende stukken gaat Schnabel op dit onderscheid in. Hij schrijft dat het slechts zinvol is te maken "wanneer nauwkeurig gespecificeerd wordt onder welke condities de attributen licht en zwaar van toepassing zijn en wat de beslissende criteria voor het eindoordeel zijn" (Schnabel, 1984; pagina 19).

Wil men de ernst van de zaak vaststellen, dan moet men, schrijft Schnabel, die zaak vanuit drie invalshoeken bekijken, namelijk vanuit

- de stoornis zelf (symptomen, subjectief lijden, gevolgen, beloop);
- de behandelbaarheid van de stoornis (setting, methode, duur etc.);
- de door de stoornis ontstane belasting voor de omgeving.

Zijn conclusie is dat "het op voorhand eigenlijk niet goed mogelijk is te bepalen op welk niveau de behandeling van bepaalde problematiek plaats dient te vinden" (pagina 21). Ook in een aantal reacties op de Nieuwe Nota wordt het onderscheid aangevochten.* Gesteld wordt dat in de praktijk het onderscheid, op een wijze als in de Nieuwe Nota verwoord, niet gemaakt kan worden.

* Zie bijlage I

De Nieuwe Nota is in belangrijke mate op het onderscheid in lichte en zware problemen gebaseerd, althans

- a. op de veronderstelling dat het onderscheid gemaakt kan worden en
- b. op het standpunt dat de gehele psychosociale hulpverlening (eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg) aan de hand van het onderscheid geëchelonneerd kan worden.

De hierbovengenoemde kritiek is dus fundamenteel en confronteert ons met twee vragen.

1. Is het mogelijk om psychische stoornissen te verdelen in "lichte" en "zware"?
2. Kan, wanneer dit het geval is, de psychosociale en psychiatrische hulpverlening op basis daarvan geordend worden?

Hierbij moet het volgende worden aangetekend.

Hoewel er verschillende manieren bestaan om voorzieningen voor gezondheidszorg in echelons onder te brengen, is tien jaar geleden in de Structuurnota een heel duidelijke keuze gedaan. Daarin is vastgelegd wat een echelon is: "een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen".

De Nieuwe Nota introduceert nu een nieuw criterium voor echelonnering: de ernst van de zaak. Nieuw, tot nu toe immers werden eerste en tweede lijn in overheidsstukken aan de hand van het hulpaanbod gedefinieerd. Zie bijvoorbeeld de Nota Eerstelijnszorg (december 1983) van het Ministerie van WVC voor een omschrijving van eerstelijnszorg en tweedelijnszorg, (op pagina's 8 en 9). Nadat op die wijze het hulpaanbod is geordend, de functies zijn verdeeld, kan het probleemaanbod over de voorzieningen verdeeld worden.

In de Nieuwe Nota wordt de zaak omgekeerd: nadat het probleemaanbod is geordend, worden de functies over de problemen verdeeld. Dit is enerzijds wel begrijpelijk, omdat er in de psychosociale en psychiatrische hulpverlening tussen eerste lijn en klinische voorzieningen een RIAGG opereert. De functies van RIAGG en eerste lijn komen in enkele opzichten met elkaar overeen. Anderzijds is het niet gewenst de geestelijke gezondheidszorg in zo'n belangrijk opzicht van de somatische gezondheidszorg af te laten wijken.

Maar de belangrijkste reden om de in de Nieuwe Nota gekozen opzet te verwerpen is de volgende. Het is wellicht mogelijk om, met behulp van bijzonder ingewikkelde theoretische constructies, problemen te verdelen in lichte en zware. Niet realistisch is het echter, in de Nederlandse gezondheids-

zorg, de hulpverlening te splitsen in twee echelons: een voor de lichte, een voor de zware problemen. Dat zou haaks staan op algemeen aanvaarde opvattingen over indicatiestelling en daarop gebaseerde vervolgbeslissingen.

2.2 Een taakverdeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg

Op zich zelf past een verdeling van de totale hulpverlening bij psychische problemen - eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg - in een generalistisch eerste en een gespecialiseerd tweede echelon in de systematiek van de Nederlandse gezondheidszorg. Welk alternatief bestaat er voor het in de Nieuwe Nota gemaakte onderscheid?

Wellicht moeten de twee hierboven geformuleerde vragen vervangen worden door een: welke taken heeft de eerste lijn op het gebied van de psychosociale en psychiatrische hulpverlening? Kan men tot een taakverdeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg komen, zonder gebruik te maken van het onderscheid in lichte en zware problemen?

Dit is mogelijk, indien men deze taakverdeling baseert op normatieve uitspraken over kwaliteit en kwantiteit van het hulpaanbod in de eerste lijn. Daar begint men mee, dat bepaalt de mogelijkheden van de eerste lijn. Vervolgens kan aangegeven worden welke soorten van gezondheidsproblemen de eerste lijn, binnen zijn genormeerde kwantitatieve en kwalitatieve capaciteit, "aan kan".

Uitgangspunt daarbij zal moeten zijn dat men in principe gezonde mensen, kampend met een psychosociaal probleem, niet in de tweede lijn in behandeling neemt, ook niet op een sociale indicatie. Ander uitgangspunt: de klacht wordt altijd eerst bij de eerste lijn aangeboden. De eerstelijns hulpverlener verricht derhalve steeds het eerste, oriënterend, onderzoek. Voor eventueel vervolgonderzoek en voor de behandeling geldt dat die, op basis van een voorstel vanuit de eerste lijn, plaatsvinden binnen het echelon dat hiertoe nog geëquipeerd is en niet binnen een hoger echelon.

Wat de eerste lijn, gegeven zijn mogelijkheden, aan kan, wordt niet alleen bepaald door de oorzaak van het probleem, zoals in de Nieuwe Nota (pagina 10) wordt gesteld, maar vooral ook door

- a. de draagkracht van het sociaal netwerk rondom de patiënt en van de patiënt zelf en
- b. de vaardigheid van de eerstelijns hulpverlener.

Deze twee factoren bepalen bij psychische problemen in hoge mate of een patiënt ambulante of klinische, generalistische of gespecialiseerde hulp nodig heeft. Wat de eerste lijn - patiënt, hulpverleners en sociaal netwerk - niet aan kan, gaat naar de tweede lijn. In de praktijk zal het dus van het gewogen oordeel van de hulpverlener afhangen, of een probleem als licht of als zwaar wordt gekarakteriseerd.

Bepalend daarvoor zijn, wat de eerstelijns hulpverleners betreft, de aanwezige kennis en vaardigheden, (met inbegrip van zijn hulpverlenings-attitude), de fysieke mogelijkheden (de hulpverleningscapaciteit) en de ondersteuning vanuit de tweede lijn. Vooral het laatste is van belang. Deze bepaalt voor een zeer groot deel wat de eerste lijn "aan kan". Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan het indirect steunen van de hulpverlening in de eerste lijn. Ook het tijdelijk overnemen van deze hulpverlening door de tweede lijn is in dit verband van belang. Wanneer het probleem te zwaar is voor de eerstelijns hulpverlener, verwijst hij en wel omdat hij "het niet weet", omdat hij "het niet aankan" of omdat hij "moral support" behoeft. Het is van belang hierbij te wijzen op regelmatig optredende verschillen van mening tussen eerste en tweede lijn ten aanzien van de vraag of een probleem nu zwaar of licht is. Veel problemen die door de tweede lijn als zwaar worden bestempeld, blijken in de eerste lijn behandeld te kunnen worden. Omdat de eerstelijns hulpverlener de patiënt continu ziet, is het mogelijk dat hij een andere visie op het probleem ontwikkelt dan zijn collega in de tweede lijn, die de patiënt alleen onder bijzondere omstandigheden te zien krijgt.

Tenslotte, als een toelichting op het voorgaande, een heel globale schets van het aanbod van psychische problemen in de huisartsenpraktijk gebaseerd op recent onderzoeksmateriaal (Lamberts en Hartman (1982), Ormel en Giel (1983), Bensing (1984) en Kocken (1984)).

- a. Het aantal mensen met psychische problemen dat niet de huisarts consulteert, is klein. De grote meerderheid van deze mensen gaat ermee naar de huisarts. De "afhandeling" van de klachten vindt voornamelijk in de eerste lijn plaats, de tweede lijn speelt kwantitatief een kleine rol.
- b. Het psychische probleem wordt meestal verhuld gepresenteerd. Rooymans spreekt bijvoorbeeld in verband met depressies van "overschaduwning door lichamelijke klachten" (Rooymans, 1984). Gepresenteerd wordt een lichamelijk probleem met een nerveus-functioneel of psycho-somatisch karakter. De innige verwevenheid van lichamelijke en psychische stoornissen speelt hier een rol (depressies bijvoorbeeld), maar zeker ook de drempel, die door de patiënt overschreden moet worden, voordat een psychisch probleem als zodanig gepresenteerd wordt. Erckens en Vastbinder (1984) bespreken factoren die verantwoordelijk zijn voor het geringe aantal "alcoholidentificaties" door de huisarts.

Zij noemen:

- bepaalde klachten zijn niet alcohol-specifiek;
 - de patiënt verwacht dat de huisarts naar het onderliggend alcoholprobleem zal informeren (en deze doet dat vervolgens niet);
 - alcoholgebruik is geaccepteerd;
 - alcoholici zijn bedreven in het maskeren van het alcoholgebruik;
 - de huisarts ziet na verloop van tijd en na een aantal mislukte interventies van verdere herstelpogingen af.
- c. Behalve verhuuld of overschaduwd, zijn de door de huisarts geïdentificeerde psychische problemen ook vaak zeer complex. Lichamelijke pathologie, persoonlijkheid, gezinsfactoren, sociale steun en belastende omstandigheden (bijvoorbeeld werk) dragen bij aan een niet zelden onontwarbare kluwen van problemen.
- d. Hoewel het daarbij meestal niet om een psychiatrische ziekte gaat, wordt in zeker twintig procent van de spreekuurtijd in een gemiddelde huisartsenpraktijk over expliciet verwoorde psychische problemen gepraat. Wanneer men daarbij optelt de (psycho-)sociale en de verhulde problemen, komt men op ongeveer 50% van de totale hulpvraag.
- Het percentage psychiatrische toestandsbeelden in de huisartsenpraktijk wordt door onderzoekers geschat op 5 tot 10%. In minstens de helft van deze gevallen blijkt van een depressie sprake te zijn. Het aantal feitelijk door de huisarts als psychiatrisch geclassificeerde klachten ligt overigens veel lager (ca. 1%).
- Klachten die niet puur somatisch van aard zijn, blijken relatief veel tijd van de huisarts te vragen. Van de totale consulttijd gaat + zeventig procent zitten in consulten waarbij psychische of psychosociale problematiek aan de orde is (Bensing, 1984).
- e. In ca. 10% van de gevallen is het psychisch probleem ernstig. Criteria zijn:
- de uiteindelijk gestelde diagnose (waaronder ernstige depressies en zware alcoholverslaving);
 - de verwevenheid met andere problemen en daarmee de relatieve onoplosbaarheid;
 - het beloop: ca. 25% van de psychische problemen blijkt een chronisch verloop te krijgen; van doorslaggevend belang is hierbij de "psychosociale voorgeschiedenis", met inbegrip van het "ggz-verleden". Blijkt dat er te zijn, dan is de prognose ongunstig.

f. Een bijzonder categorie wordt gevormd door de "probleempatiënten" of de chronisch klagende patiënten. Van Akkeren en Veeniga (1984) rekenen chronisch klaaggedrag tot de psychische stoornissen. Kenmerken van de hierbedoelde patiëntencategorie:

- het frequente en langdurige bezoek aan de huisarts, waarbij lichamelijke klachten worden gemeld, waarvoor meestal geen organische basis wordt gevonden;
- het klagen vervult een communicatieve functie binnen de arts - patiënt relatie en de klacht is vaak van nerveus-functionele aard;
- de patiënt stelt zich afhankelijk op, levert zich over aan de arts, die meestal geen afdoend antwoord heeft;
- de prognose is ongunstig.*

Het is volledig afhankelijk van de betekenis die men aan het woord "ernstig" geeft, of de psychische problemen, waarmee de huisarts wordt geconfronteerd als licht of als zwaar betiteld mogen worden. Wanneer men onder "ernstig" ook verstaat: moeilijk oplosbaar, diep ingrijpend in het dagelijks leven, langdurig, tijdrovend en complex, dan zijn veel van de door de huisarts behandelde problemen ernstig. Ernstig zijn bijvoorbeeld de gevolgen van veel psychische problemen, vooral met betrekking tot het primaire, sociale milieu en het werk. In ieder geval is de indeling op pagina 10 van de Nieuwe Nota - lichte of psychosociale problemen voor de eerste lijn, zware of ernstige psychische problemen voor de geestelijke gezondheidszorg - en vooral de omschrijving van de probleemsoorten niet op de feitelijke hulpverlening gebaseerd.

Ook het begrippenpaar psychosociaal - psychiatrie kan geen dienst doen bij het onderscheiden van een eerste en een tweede echelon in het hulpaanbod bij psychische problemen. Enerzijds wordt in de eerste lijn wel degelijk psychiatrische hulp geboden, althans hulp bij psychiatrische stoornissen. Voorbeelden hiervan: angsten en depressies. Anderzijds zal een gedeelte van de hulp bij psychosociale problemen in de tweede lijn moeten plaatsvinden. Een voorbeeld hiervan: de gespecialiseerde psychotherapie in de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Deze wijze van hulpverlening is mede, hoewel niet bij voorkeur of uitsluitend, bedoeld voor "in principe gezonde mensen" met psychosociale problemen (zie verder het schema op pagina 10 van de Nieuwe Nota).

* Zie verder de NHI-brochure "Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk, (Visser en Sanavro, 1982).

Uit het voorgaande kan het volgende geconcludeerd worden.

Klachten over en problemen met gezondheid en welbevinden worden in beginsel binnen de eerste lijn opgevangen, gediagnostiseerd en behandeld. Dat geldt ook voor psychische problemen. Zolang met generalistische hulpverlening volstaan kan worden, hoeft niet verwezen te worden naar de gespecialiseerde tweede lijn. De indicatie gespecialiseerd onderzoek, behandeling of begeleiding bepaalt of verwezen wordt. Tevens blijkt dat de huidige situatie in de eerste lijn nog niet voldoet aan de eisen die nodig zijn om deze taak goed te kunnen uitvoeren. Hiertoe zullen capaciteit en mogelijkheden van de eerste lijn verruimd moeten worden, deels door ondersteuning vanuit de tweede lijn, deels door reële volumevergroting. Dit wordt in het volgende gedeelte van dit advies uitgewerkt.

Wanneer de eerstelijns hulpverlening niet, niet langer, of nog niet in staat is het probleem te verhelpen, kan naar de geestelijke gezondheidszorg in de tweede lijn verwezen worden. Voor deze verwijzing geldt:

- a. dat zij niet bij voorbaat bepaald wordt door het object van het probleem (bijvoorbeeld een "psychiatrische klacht") en evenmin door de ernst (in de zin van de Nieuwe Nota) en
- b. dat zij een onderdeel vormt van een continu hulproces dat in of vanuit de eerste lijn plaatsvindt; de tweedelijns episode is een tijdelijke aanvulling op de eerstelijns hulpverlening.

Op deze wijze kan in de zorg een taakverdeling tussen eerste en tweede lijn tot stand komen die niet op het onderscheid licht - zwaar is gebaseerd, evenmin op de oorzaak van het probleem, maar op het bestaand aanbod van hulpverlening en de daarmee verband houdende en daaruit afgeleide indicatiestelling.

Het bovenstaande is geen pleidooi voor handhaving van de status quo, er wil geenszins mee gezegd zijn dat alle vormen van hulpverlening die op dit moment in de geestelijke gezondheidszorg plaatsvinden per definitie specialistisch van aard zijn. De analyse in de Nieuwe Nota is op dit punt juist: de geestelijke gezondheidszorg bevat nog veel niet-gespecialiseerde hulp- en zorgverlening. Tegelijkertijd en daardoor schiet de hulpverlening aan mensen die aangewezen zijn op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg soms tekort.

De niet-gespecialiseerde hulp- en zorgverlening zal naar de eerste lijn overgeheveld moeten worden.

2.3 Maatschappelijke dienstverlening en geestelijke gezondheidszorg

Een belangrijke, met het voorgaande samenhangende, vraag is of men gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening nu wel of niet moet integreren tot een groot "zorgveld".

Daarvoor pleit dat de opvang en behandeling van psychiatrische patiënten aan moet sluiten op en gedeeltelijk ook verweven moet zijn met maatschappelijke dienstverlening.

In veel gevallen immers, zal de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg niet resulteren in volledig herstel van gezondheid en zelfstandigheid. Er zal soms psychiatrische invaliditeit optreden, of sprake zijn van blijvende sociale handicaps. Daarnaast spelen maatschappelijke factoren - werk, huisvesting, inkomen, opleiding, sociale relaties - een grote rol bij het herstelproces. Het verloop van een psychische stoornis, tenslotte, is mede van maatschappelijke gebeurtenissen afhankelijk.

Ertegen pleit dat de psychiatrische hulpverlening wellicht in de verdrukking raakt, wanneer het psychiatrisch circuit gecombineerd wordt met dat van de maatschappelijke dienstverlening. Ertegen pleit wellicht ook dat deze vormen van hulpverlening in enkele opzichten onvergelijkbaar zijn: qua hulpverlening, maar vooral qua cliëntenpopulatie. Deze kant van de zaak, het in de verdrukking raken van psychiatrische hulp, is eigenlijk in de publieke discussie die, voorafgaand aan de RIAGG-vorming, gevoerd werd over het integreren van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, minder belicht dan zijn tegendeel: het psychiatriseren, medicaliseren, somatiseren van de maatschappelijke dienstverlening.

Het samengaan van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is zeker problematisch, maar daarom niet minder belangrijk. Drie zaken verdienen daarbij in het bijzonder de aandacht:

- de opvang en behandeling van psychische problemen in hun eerste fasen, met inbegrip van acute hulpverlening;
- de aansluiting van maatschappelijke opvang op psychiatrische behandeling;
- de begeleiding van psychisch en/of sociaal gehandicapte mensen in de samenleving.

In de Nieuwe Nota worden op juiste wijze enkele belangrijke met de verwevenheid van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening samenhangende, reële problemen genoemd. De remedie die wordt voorge-

steld - het uit elkaar trekken van deze twee zorgcircuits - is erg drastisch en wellicht ook prematuur.

Er bestaan ook andere middelen, naast scheiding en eliminatie. Scherpere normering van het zorgaanbod, effectmeting, een betere organisatie van de zorg en een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Dit alles binnen de bestaande verbanden.

Het onderscheid tussen maatschappelijke dienstverlening en psychiatrische hulpverlening heeft ook te maken met de oorzaak van het probleem: maatschappelijk/sociaal of individueel. In de acute hulpverlening is wat dit onderscheid betreft wel sprake van crises van enerzijds emotionele en/of materiële aard, anderzijds van psychische aard. Crises van emotionele en/of materiële aard kunnen "ontstaan" door sociale factoren: huisvestingsproblemen, huwelijksproblemen, geweld, geldkwesties. Van de zijde van de overheid is steeds aangedrongen op het maken van onderscheid tussen deze twee vormen van crises. Zo is in 1983 nog in het ambtelijke rapport Crisiscentra voorgesteld te komen tot twee categorieën van crisiscentra: de psychiatrische binnen de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van crisisinterventie en acute psychiatrie en de maatschappelijke, ten behoeve van crisisopvang bij emotionele en materiële problemen (geen gezondheidszorg).

In de praktijk van de acute hulp, zoals verleend door de crisiscentra binnen de geestelijke gezondheidszorg, blijkt echter steeds weer dat het in crisissituaties erg moeilijk is, dit onderscheid te maken. Pas later in het proces van crisisinterventie zal de hulpverlener kunnen bepalen wat achtergrond en karakter van de crisis zijn. Op dat moment kan hij uiteraard wel, indien gewenst, naar de maatschappelijke dienstverlening verwijzen.

Uit het voorbeeld van de crisishulp zou men de conclusie kunnen trekken dat het aan het loket van de geestelijke gezondheidszorg niet altijd mogelijk is op voorhand het onderscheid licht - zwaar te maken. Dit is een diagnostiek-probleem, waarop niet wordt ingegaan in de Nieuwe Nota. Het in het ambtelijke rapport Crisiscentra gepresenteerd model is grotendeels overgenomen. Dit model is gebaseerd op de Amsterdamse situatie. Deze verschilt echter in een aantal opzichten, sterk van die in andere gebieden. Het bestaand aanbod van voorzieningen bepaalt nu eenmaal in hoge mate welke oplossingen men kiest. In het algemeen gesproken zal het gewenst zijn de eerste opvang bij emotionele of materiële crises zoveel mogelijk te combineren met die bij psychiatrische crises. Het zal echter van de feitelijke situatie in de regio moeten afhangen, welke concrete organisatorische vorm men aan de acute hulpverlening geeft.

Belangrijk is het wel dat de acute hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg mede omvat de crisisdetoxificatie, als specifiek op verslaafden gerichte acute hulpverlening. Ook zal steeds rekening gehouden moeten worden met de in de eerste lijn plaatsvindende crisishulp. Het is in ieder geval gewenst dat de verschillende eerste- en tweedelijns regelingen voor 7 x 24-uurs bereikbaarheid op elkaar afgestemd.

HOOFDSTUK 3: HULPVERLENING BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN IN DE EERSTE LIJN

3.1 Globale omschrijving van de psychosociale hulp in de eerste lijn

De hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn is grotendeels in handen van huisarts en algemeen maatschappelijk werk, soms gezamenlijk, meestal zelfstandig werkend. Maar ook basisgezondheidszorg, kruiswerk en gezinsverzorging spelen een rol bij het signaleren en de opvang van psychische problemen. Op de basisgezondheidszorg is in de inleiding kort ingegaan.

Over het kruiswerk kan het volgende gezegd worden. Dit kan een belangrijke rol spelen ten aanzien van advies en bemiddeling, vroegtijdige onderkenning en begeleiding. De wijkverpleegkundige heeft onder meer tot taak in de thuissituatie dreigende psychosociale stoornissen te signaleren passende maatregelen voor opvang en begeleiding voor te stellen en deze zonedig zelf uit te voeren. Verwacht mag worden dat in de toekomst een toenemend beroep op het kruiswerk gedaan zal worden in verband met ondersteuning en begeleiding van chronisch-psychiatrische patiënten, naarmate de klinische opvangmogelijkheden afnemen. Daarnaast zal het beroep op de wijkverpleging toenemen door het groeiend aantal ouderen.

Bensing (1984) wijst er overigens op dat het begrip psychosociaal voor de wijkverpleegkundige een andere betekenis heeft dan voor de huisarts en de algemeen maatschappelijk werkende. De drie disciplines benaderen psychosociale problemen ieder op een eigen wijze. Bij de wijkverpleging zal psychosociaal meestal sterk samenhangen met lichamelijk.

De gezinsverzorging stelt zich ten doel de draagkracht van de patiënt en het sociaal netwerk rondom de patiënt in stand te houden c.q. te herstellen door huishoudelijke, begeleidende en verzorgende taken op zich te nemen die deze draagkracht te boven gaan.

De psychische problemen, waarmee de hulpverleners in de eerste lijn geconfronteerd worden, zijn in de vorige paragraaf omschreven. Belangrijkste kenmerken van de hulpvraag:

- rechtstreeks afkomstig uit de populatie; de eerste lijn blijkt een zeer lage drempel te hebben;

- veelal verhuld gepresenteerd;
- innig verweven met somatische en/of relationele en materiële problemen;
- van korte duur (geldt voor "nieuwe" problemen), gedeeltelijk echter van chronische aard; de chronische klachten vragen zeer veel hulpverleners-tijd.

Over de hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn kunnen de volgende algemene opmerkingen gemaakt worden:

- a. Op grond van de diagnose, kunnen in de eerste lijn de volgende beslissingen genomen worden: gesprekstherapie, farmacotherapie, geen therapie, advies en voorlichting, verwijzing in eerste lijn, verwijzing naar geestelijke gezondheidszorg, (structurerende) begeleiding, motivering tot zelfzorg en mantelzorg, of combinaties hiervan.

Of psychotherapie een taak van de huisarts is, is een omstreden zaak. Lamberts (1984) meent dat psychotherapie geen huisartstaak is, "huisartsen dienen wel goed te zijn in het voeren van gesprekken met hun patiënten (.....)". Hij wijst er verder op dat psychotherapie - als gespecialiseerde hulpverlening - op gespannen voet staat met "de specifieke huisartsgeneeskundige benadering die hij in de gezinsgeneeskunde tot uitdrukking brengt". Stam en Postma (1984) wijzen er echter op dat de huisarts wel vanuit een psychotherapeutisch referentiekader werkt. Van Akkeren en Veeninga (1984) beschrijven een behandelingsmethode bij patiënten met chronisch klaaggedrag in een huisartsenpraktijk, waarbij van gedragstherapeutische principes gebruik wordt gemaakt.

Uit het onderzoek van Lamberts en Hartman (1982) blijkt overigens dat 17% van alle contacten met patiënten met psychische problemen uit psychotherapie bestaat. Psychotherapie is dan alles wat als een systematisch gesprek met de patiënt beschouwd kan worden. Belangrijker zijn echter farmacotherapie (37%) en "geen therapie" (32%). Van advies en voorlichting is in 14% van de gevallen sprake.

- b. Er wordt in het algemeen weinig verwezen. De meeste psychische problemen blijven in de eerste lijn. Van de in de samenleving voorkomende psychische problemen komt uiteindelijk slechts een fractie terecht bij de geestelijke gezondheidszorg, de eerste lijn functioneert sterk als zeef.

Het grootste deel van de verwijzingen naar de RIAGG, het psychiatrisch ziekenhuis en het algemeen ziekenhuis (PAAZ) is overigens, voor zover het een verwijzing uit de eerste lijn betreft, van de huisarts afkoms-

tig. Ook bestaat een geregelde verwijsstroom tussen huisarts en zelfstandig gevestigd zenuwarts/psychiater, al dan niet verbonden aan een psychiatrische polikliniek.

Als verklaring voor het opvallende feit dat er zeer weinig mensen met psychische problemen door de eerste lijn naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg worden verwezen, worden vaak drie redenen genoemd:

- de patiënt wil niet naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen worden;
- de huisarts vindt dat hij de verantwoordelijkheid voor de behandeling heeft;
- de verwachtingen over het effect van de verwijzing zijn laag (zie onder meer Ormel en Giel, 1983).

Peters (1984) noemt enkele feiten met betrekking tot het verwijzen vanuit de eerste lijn naar de geestelijke gezondheidszorg:

- in de gemiddelde huisartsenpraktijk wordt per jaar 16 à 17 maal naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen, terwijl 575 verwijzingen naar de somatische specialist plaatsvinden; het aantal verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg verhoudt zich in geen enkel opzicht met de door de huisarts aan psychosociale klachten bestede tijd;
- het algemeen maatschappelijk werk speelt geen rol van betekenis als verwijzer naar de geestelijke gezondheidszorg. In 16% van de gevallen wordt door het maatschappelijk werk verwezen, slechts 30% van de verwijzingen gaat richting geestelijke gezondheidszorg (5% van het totale cliëntenaanbod). De verwijsstroom algemeen maatschappelijk werk - ambulante geestelijke gezondheidszorg is nog geringer van omvang.

Een structurele nazorgfunctie van de huisarts ten behoeve van ex-psychiatrische patiënten blijkt in de praktijk niet te bestaan. Wel blijken ontslagen psychiatrische patiënten tegenwoordig vaker naar de huisarts dan naar de RIAGG verwezen te worden door het psychiatrisch ziekenhuis. De aantallen terugverwijzingen na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis naar huisarts, polikliniek en RIAGG zijn op dit moment ongeveer even groot (circa 20%, zie hiervoor het PIGG-systeem van de GHIGV).

- c. Samenwerking binnen de eerste lijn blijkt rechtevenredig te zijn aan samenwerking tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de samenwerking binnen de eerste lijn nog steeds groeiende is (zowel in gezondheidscentra als in home-teams), werkt nog steeds iets minder dan de helft van zowel de huisartsen als maatschappelijk werkers in een gestructureerd samenwerkingsverband.

Er is mede daardoor weinig gestructureerd en blijvend contact tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg. Peters (1984) bespreekt onderzoek, waaruit blijkt dat de meeste solistisch opererende huisartsen geen vaste werkcontacten hebben met de geestelijke gezondheidszorg; huisartsen die in gezondheidscentra in groepspraktijken werken, hebben in circa 50% van de gevallen vaste werkcontacten met de geestelijke gezondheidszorg.

3.2 Knelpunten met betrekking tot de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn

1. De drie hoofdmomenten in het hulpverleningsproces, onderkenning, diagnostiek, beslissing, vormen evenvele knelpunten met betrekking tot eerstelijns hulpverlening bij psychische problemen.

Onderkenning, omdat het psychisch probleem meestal niet als zodanig wordt gepresenteerd, terwijl er toch hulp nodig is. Diagnostiek, omdat er een sterke verstrengeling bestaat met andere problemen. Voor het nemen van de vervolgbeslissing wel of niet behandelen, geldt dat er steeds gebalanceerd wordt tussen "psychiatiseren van levensproblemen" en "bagatelliseren van psychische stoornissen" (Bensing, 1984).

Als illustratie kan het voorbeeld genomen worden van de huisarts, die geconfronteerd wordt met een verslaafde patiënt. Overigens geldt hetgeen hier opgemerkt wordt, in gelijke mate voor de confrontatie van patiënten met angsten of depressies.

De hulpverlening aan de verslaafde patiënt veronderstelt in ieder geval

- de, bij voorkeur vroegtijdige, onderkenning van het, veelal verhuld, probleem door de hulpverlener;
- een op bruikbare classificatie en goed onderzoek gebaseerde, adequate diagnostiek, waarbinnen het waargenomene aan de verwachting omtrent het beloop van de ziekte wordt gekoppeld;
- het bespreken van de bevindingen met de patiënt en zijn "omgeving" en het motiveren tot behandeling (inclusief verwijzing) en tenslotte uiteraard de eventuele behandeling zelf.

De verschillende stappen en facetten van het hulpproces representeren evenzovele potentiële knelpunten.

Erckens en Vastbinder (1984) wijzen erop, dat het vermoeden gewettigd is dat de huisarts de meeste probleemdrinkers op het spreekuur "mist", niet als zodanig herkent.

Rooymans (1984) plaatst vergelijkbare opmerkingen met betrekking tot de onderkenning door de huisarts van depressies.

Er moet ten aanzien van dit knelpunt rekening gehouden worden met een gedeeltelijk structureel probleem: de eerstelijns setting leent zich om bepaalde redenen (niet-specialistisch, cultuur, attitude, tijdgebrek) niet voor diepgravend onderzoek en grondige aanpak van psychische problemen. Zo wijzen Ormel en Giel (1983) erop, dat het niet herkennen van psychiatrische morbiditeit weleens veroorzaakt zou kunnen worden door voor de eerste lijn

karacteristieke omstandigheden: "het ontbreekt de huisarts vaak aan tijd om voldoende informatie te verzamelen; hij heeft vaak onvoldoende kennis van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische beelden, vooral als deze schuilgaan onder lichamelijke klachten; hij vindt diagnostiek vaak irrelevant voor de behandeling van psychosociale problematiek en hij ziet in psychiatrische diagnoses vaak een nadelige labeling". Rooymans (1984) vult dit aan met de opmerking dat "de verschijningsvorm van veel depressies in de huisartsenspraktijk maar ten dele overeenkomt met het in de leerboeken geschetste beeld (....)".

Met betrekking tot de door de eerstelijns hulpverlener op basis van de diagnose te nemen beslissing geldt dat knelpunten bestaan ten aanzien van de medicamenteuze behandeling van psychische stoornissen, de gespreksvoering, althans de mogelijkheid psychotherapeutische kaders toe te passen in de eerstelijns praktijk (gedeeltelijk ook een structureel knelpunt) en het verwijzen. Regelmatig worden verwijsproblemen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg gerapporteerd (lange wachttijden, complexe intakeprocedures, slechte informatievoorziening). In ieder geval zijn de verwachtingen binnen de eerste lijn over het effect van een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg vaak laag gespannen. Dit wordt veroorzaakt door enerzijds te weinig affiniteit met en kennis van de behandelingsmogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds het onvoldoende rekening houden met de wensen van de eerstelijns hulpverlener door de geestelijke gezondheidszorg. Hier geldt, wat voor de gehele gezondheidszorg geldt: de tweede lijn functioneert nog te weinig ten behoeve van de eerste lijn en nog te veel als zelfstandige sector, los van die eerste lijn.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten overigens, ten aanzien van het verwijzen vanuit de eerste lijn, voorzieningen van elkaar worden onderscheiden. Veel huisartsen verwijzen meer en liever naar het algemeen ziekenhuis en zijn poliklinieken, ook bij psychische problemen. Er bestaat een medisch verwijscircuit, dat vooral bepaald wordt door het persoonlijk contact. Dit geldt ook voor de verwijsrelatie huisarts - zelfstandig gevestigd zenuwarts/psychiater.

2. Het algemeen maatschappelijk werk, eerst-verantwoordelijke voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn volgens een concept-advies van de Raad uit 1983, bevindt zich in een geïsoleerde positie ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg. In 60% van de gevallen vond tijdens de hulpverlening contact plaats met anderen. Wanneer contact plaatsvond, was

dat in circa 20% van de gevallen met andere hulpverleners in de eerste lijn en in circa 25% van de gevallen met andere maatschappelijke dienstverlening. Slechts in circa 7% van de contacten was de geestelijke gezondheidszorg de gesprekspartner.* Het aantal verwijzingen tussen algemeen maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg is minimaal (1.6% van de algemeen maatschappelijk werk - cliënten afkomstig van de geestelijk gezondheidszorg; 4.6% van de algemeen maatschappelijk werk - cliënten gaat naar de geestelijke gezondheidszorg). Bovendien heeft het maatschappelijk werk geen zelfstandige verwijfsbevoegdheid. Het merendeel der huisartsen en algemeen maatschappelijk werkenden werkt monodisciplinair. Het aantal gezondheidscentra in de eerste lijn groeit echter evenals het aantal home-teams.

Als een ernstig gemis wordt gevoeld het ontbreken van deskundigheid op het gebied van psychische en psychiatrische stoornissen. Van belang is vooral het tekortschieten van het discriminerend vermogen van het algemeen maatschappelijk werk: het herkennen en op juiste waarde schatten van (de symptomen van) ernstige stoornissen. Daardoor vervult deze werksoort nog te weinig een preventieve opvangfunctie, als voorportaal en drempel ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg.

Met betrekking tot het feitelijk hulpaanbod van het algemeen maatschappelijk werk is van een merkwaardig knelpunt sprake. Enerzijds wordt het algemeen maatschappelijk werk verweten te vaag te zijn, een te weinig geprofileerd dienstverleningsaanbod te doen. Anderzijds heeft het algemeen maatschappelijk werk zelf, althans de JOINT, expliciet voor een brede, algemene functie gekozen: zonder drempel, zonder selectie en dus specifiek eerste lijns werkend, (zie ook Walpot, 1984). Overigens zijn er groeperingen binnen het algemeen maatschappelijk werk die een meer specifieke werkwijze voorstaan.

Onderdeel van dit algemeen knelpunt vormt het concreet hulpaanbod bij psychische problemen: moet het algemeen maatschappelijk werk nu wel of niet behandelen? Hierover bestaat nog onduidelijkheid. Dit zal de overhevelingsoperatie, zoals in de Nieuwe Nota geschetst - "levensproblemen" naar de eerste lijn - bemoeilijken.

3. De rol die de eerste lijn binnen de nazorg voor ex-psychiatrische patiënten speelt is onduidelijk.

* Bron: registratiegegevens JOINT 1983 (april 1984)

De gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg wijzen weliswaar uit dat het aantal patiënten dat door het psychiatrisch ziekenhuis naar de huisarts wordt verwezen in het afgelopen decennium is toegenomen, uit het (schaarse) nazorg-onderzoek spreekt twijfel over de nazorgfunctie van huisarts en andere eerstelijns hulpverleners. Zo wijzen De Jong et al. op de geringe taak van de huisarts binnen de nazorg, "veelal beperkt tot de verstrekking van en controle op medicijnen. Bovendien is het contact meestal éénmalig of incidenteel. Slechts een enkele maal wordt van ondersteunende gesprekken gewag gemaakt", (De Jong et al., 1983). Voor het algemeen maatschappelijk werk geldt dat zelfs de feitelijke verwijzingen vanuit het psychiatrisch ziekenhuis nauwelijks plaatsvinden.

Wat in het algemeen voor de nazorg geldt, namelijk dat niet duidelijk is op welke schaal, in welke vorm en ten behoeve van wie zij plaatsvindt, geldt ook voor de rol van de eerste lijn erbinnen, (Peters, 1984). Wanneer de bestaande twijfel ten aanzien van de eerstelijns nazorg grond heeft, mag zeker van een knelpunt gesproken worden. Juist binnen de nazorg voor ex-psychiatrische patiënten immers, zijn continuïteit van hulpverlening en contact met het thuisfront belangrijk (Ten Horn, 1982). De Jong et al. benadrukken de belangrijke rol, die gezinsleden van de patiënt bij het herstelproces en de maatschappelijke integratie spelen (De Jong et al. 1983).

4. Er worden regelmatig opnemingen in PAAZ'en of psychiatrische ziekenhuizen gerealiseerd, zonder dat daaraan voorafgaand van een extramurale voorziening gebruik werd gemaakt. Er bestaat een verwijsstroom rechtstreeks van huisarts naar psychiatrisch ziekenhuis. In 1982 was circa 24% van de opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen afkomstig van huisartsen en circa 33% van RIAGG'en (patiëntenregistratie Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen 1982 GHIGV, 1984). Het aantal verwijzingen van huisartsen naar psychiatrische ziekenhuizen is in de zeventiger jaren duidelijk toegenomen. Hetzelfde geldt voor de omgekeerde weg, zoals reeds opgemerkt. Dit is een knelpunt, omdat extramurale voorzieningen mede in het leven zijn geroepen om opnemingen, waar mogelijk, te voorkomen. Op deze wijze wordt geen bevredigend gebruik gemaakt van het bestaand aanbod van voorzieningen.

Dit wordt mede veroorzaakt, doordat er weinig persoonlijk contact tussen hulpverleners in eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg bestaat. Daardoor ontstaat onbekendheid met elkaars behandelingsmogelijkheden, daardoor ook blijven bestaande vooroordelen in stand.

Overigens zijn Nieuwe Nota en "ondersteunende stukken" gebaseerd op registratie-materiaal uit de periode dat de RIAGG nog vrij toegankelijk was. Nu dit niet meer het geval is, zijn eerste lijn en RIAGG wellicht anders gaan werken: meer zelf behandelen door de eerste lijn, een strengere selectie door de RIAGG.*

Vergaande beleidsbeslissingen met betrekking tot de taakverdeling tussen eerste lijn en RIAGG zouden in afwachting van meer recente gegevens over verwijs- en intakegedrag, eigenlijk niet genomen mogen worden.

* Uit voorlopige cijfers uit de NVAGG-registratie zou wellicht een dergelijke trend afgeleid kunnen worden. In 1982 bleken beduidend meer RIAGG-cliënten verwezen te zijn door huisartsen dan in de eraan voorafgaande jaren (in de jaren 1979 tot en met 1982 resp. 33,3, 34,2, 34,3 en 38%). Het aantal RIAGG-cliënten dat op eigen initiatief kwam, werd iets kleiner; 18,3% in 1981, 17,8% in 1982 (bron: NVAGG)

HOOFDSTUK 4: MOGELIJKE OPLOSSINGEN VAN DE GESIGNALEERDE KNELPUNTEN

4.1 Bevordering van de deskundigheid van de huisarts op het terrein van de psychosociale hulpverlening

Belangrijke thema's: het onderkennen van verborgen psychische problemen, die professionele hulp vereisen; diagnostiek, in het bijzonder vergroting van het discriminerend vermogen (wanneer is wel, wanneer is geen professionele hulp nodig); vergroting van het aantal therapeutische mogelijkheden, in het bijzonder: begeleiding van ex-psychiatrische patiënten, farmacotherapie, crisisinterventie en verwijzen.

Door de geestelijke gezondheidszorg aan te wenden middelen: advies en voorlichting over methoden, benaderingen en voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, consultatieverlening (continu) en medisch consult (ad hoc), bijdragen aan opleiding, inclusief nascholing, van eerstelijns hulpverleners.

Erg belangrijk is het dat deze vormen van dienstverlening voortkomen uit het curatieve werk in de geestelijke gezondheidszorg. Veel aandacht zou gegeven moeten worden aan de psychiatrische diagnostiek in de eerste lijn, ad hoc ten behoeve van huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners in te zetten.

Naast de ondersteunende activiteiten vanuit de geestelijke gezondheidszorg, dient de huisartsenopleiding uitgebreid te worden.

Met betrekking tot de deskundigheidsbevordering kan op de volgende punten gewezen worden.

1. In de eerste plaats moet geïnvesteerd worden in het diagnostisch vermogen van de eerste lijn; diagnostiek moet hier in brede zin opgevat worden als het herkennen, signaleren en benoemen van problemen, gekoppeld aan prognosestelling. Er moet echter voor gewaakt worden dat dit niet uitsluitend leidt tot meer verwijzingen naar de tweede lijn. Dopheide (1983) beschrijft hoe meer aandacht voor een specifieke klachtensoort tot meer verwijzingen leidt. Dit betekent dat niet alleen diagnostische, maar ook therapeutische middelen zullen moeten worden aangereikt vanuit de tweede lijn (in casu de geestelijke gezondheidszorg).
2. De huisartsenopleiding zal, zoals gezegd, kwalitatief en kwantitatief verzaamd moeten worden. Onder de titel "Academisering in de eerste lijn

en ambulante geestelijke gezondheidszorg" heeft de regering hierover onlangs in een brief aan de Tweede Kamer (17 oktober 1984) goede voorstellen gedaan. Met betrekking tot de verzwaring van de huisartsenopleiding zijn onder meer de volgende zaken belangrijk:

- het mede via de opleiding tot stand brengen van een adequaat systeem van classificatie en codering van psychische problemen en een daarop gebaseerd, hanteerbaar, beslissingsschema (zie Ormel en Giel, 1983);
- de inbouw in de opleiding van de gedragstherapeutische benadering en in het algemeen een psychotherapeutisch kader, op zodanige wijze dat deze geïntegreerd kunnen worden met de dagelijkse praktijkvoering in de eerste lijn;
- stages van ggz-hulpverleners in de eerste lijn en van eerstelijns hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg;
- extra aandacht is nodig voor de verslavingszorg en de psychogeriatric;
- het vergroten van de vaardigheden ten aanzien van de toepassen van farmacotherapie bij psychische stoornissen.

Naast de verzwaring van de huisartsenopleiding is gericht wetenschappelijk onderzoek naar de hierboven genoemde zaken gewenst.

3. Veel extra aandacht zal in de toekomstige basisopleiding huisarts geschonken moeten worden aan de nazorg ten behoeve van ex-psychiatrische patiënten en de zorg voor de chronisch-psychiatrische patiënt. Het kan daarbij gaan om drie vormen van chroniciteit: verslechtering, statische toestand en intermitterend. De huisarts kan een rol spelen bij medicamenteuze behandeling (Wiersma, et al. 1984).

Het nazorg-proces is overigens de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle kerndisciplines in de eerste lijn.

Naast de kwalitatieve en kwantitatieve uitbreiding van de beroepsopleiding van eerstelijns hulpverleners dienen nascholingscursussen georganiseerd te worden teneinde de deskundigheid die nodig is voor het op ad hoc basis herkennen en verwijzen van psychische stoornissen op peil te houden c.q. te vergroten. Zij dragen waarschijnlijk echter weinig bij aan een wezenlijke verandering in de relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg, wanneer geen follow-up plaatsvindt in de sfeer van afspraken en werkcontacten (zie ook Visser et al., 1984).

In een recent Signalement (nummer 20, januari 1985) wijst de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid overigens op enkele zaken, die ook voor de deskundigheidsbevordering van de huisarts van groot belang kunnen zijn:

1. De rol die huisarts geacht wordt te spelen in de gezondheidszorg is onduidelijk en er worden soms tegenstrijdige eisen aan hem gesteld. Hij moet minder verwijzen, terwijl de patiënt steeds vaker verwezen wordt en de tweede lijn steeds beter geëquipeerd raakt. Hij moet steeds meer problemen zelf behandelen, zelfs al mist hij daartoe de vaardigheid.
2. In deze situatie zal niet alleen naar de huisartsenopleiding gekeken moeten worden. Er moeten voor wat de huisartsgeneeskunde betreft, ook keuzen gemaakt worden omtrent positie en taak in de gezondheidszorg.
3. Versterking van de eerste lijn met als doel substitutie van tweedelijns door eerstelijnszorg "treedt niet of nauwelijks spontaan op, omdat in zijn algemeenheid geldt dat voorzieningen gebruikt worden als zij er zijn", (pagina 46). Versterking van de eerste lijn vooronderstelt derhalve capaciteitsreductie en volumebeperking in de tweede lijn.

Over het opleidingsaspect kan tenslotte opgemerkt worden dat enerzijds de eerstelijns hulpverleners hun (al dan niet reeds wettelijk vastgelegde, landelijke, uniforme) takenpakket moeten uitvoeren, dat anderzijds echter de individuele benadering van de psychische klacht door de eerstelijns hulpverlener altijd centraal moet blijven staan. In dit spanningsveld zal zorgvuldig gezocht moeten worden naar verbetering - en dat is altijd ook enigszins standaardisering - van de psychosociale hulpverlening. De door veel onderzoekers geconstateerde (grote) verschillen tussen huisartsen ten aanzien van het waarnemen van psychosociale problematiek (recentelijk nog door Verhaak, 1984) en ten aanzien van het toepassen van psychotherapeutische technieken (Lamberts, 1984) zullen, gegeven de algemeen definitie van eerstelijns gezondheidszorg (zie de Inleiding), tot op zekere hoogte moeten blijven bestaan. De patiënt zal dan wel zijn huisarts moeten kunnen blijven kiezen.

4.2 Psychologen in de eerste lijn

In de Nieuwe Nota wordt voorgesteld gedurende vier jaren te experimenteren met een beperkt aantal klinisch psychologen in de eerste lijn. Benadrukt wordt dat het daarbij niet gaat om een nieuwe kerndiscipline in de eerstelijnszorg. Ook is het niet de bedoeling, schrijft de Staatssecretaris, een nieuw psychotherapeutisch circuit te creëren.

De eerstelijns psycholoog zou een "achterwachtfunctie" moeten gaan vervullen ten behoeve van de huidige kerndisciplines in de eerste lijn, met als taken:

- "a. het ten behoeve van de in de eerste lijn werkzame (kern-)disciplines verhogen van kennis, inzicht en deskundigheid, ten aanzien van de vroegtijdige onderkenning van psychische en psychosociale problematiek;
- b. het in samenwerking met de (kern-)disciplines leveren van bijdragen aan de diagnostisering van de onder a genoemde problematiek, bij voorbeeld door het afnemen van psychologische tests respectievelijk het voeren van enkele probleemverhelderende gesprekken;
- c. het ondersteunen van de behandeling door de bestaande (kern-)disciplines door middel van het geven van consultatie en supervisie;
- d. het leveren van een bijdrage aan een systematischer verwijzingsbeleid naar en van de tweedelijnszorg;
- e. het leveren van een bijdrage aan het vervullen van een brugfunctie tussen de eerste- en tweedelijnszorg (overleg en wederzijds raadplegen);
- f. het ondersteunen van de (kern-)disciplines in de eerstelijnszorg met betrekking tot het verschaffen van nazorg aan patiënten die in het tweede echelon een behandeling hebben ondergaan". (Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, pagina 51).

Over de "organisatorische inpassing" doet de Staatssecretaris geen uitspraak. Wel is het gewenst dat de psychologen in kwestie ervaring hebben op het terrein van zowel psychosociale als ernstig psychische problemen.

Er is geen onderzoek bekend naar de mogelijkheden van de "achterwacht functionaris", die in de Nieuwe Nota wordt beschreven. Wel is door het NHI onderzoek gedaan naar therapeutisch werkzame psychologen in de eerste lijn, die ook consultatieve taken verrichten, (zie onder meer Bensing en Verhaak, 1982). Daarnaast is in de jaren zeventig veel evaluatie-onderzoek verricht

naar consultatieverlening vanuit de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de eerste lijn. Een van de resultaten daarvan is dat het geven van consultatie vereist dat de consultatiegever therapeutisch werkt.

Directe effecten, bijvoorbeeld een vermindering van medische consumptie, hebben de experimenten met psychologen in de eerste lijn, eigenlijk niet opgeleverd. Zo namen medicijngebruik, doktersbezoek en verwijzing naar geestelijke gezondheidszorg niet af. Wel bleek de psycholoog als "crisis-helper" dienst te doen, zodat wellicht toch een aantal opnemingen is voorkomen. Daarnaast bestond bij de huisartsen over het algemeen grote tevredenheid over het functioneren van de psycholoog. In enkele experimenten bleek de door de psycholoog behandelde populatie overeenkomsten te hebben met die van de RIAGG.

De resultaten van de experimenten tot nu toe, zijn niet van dien aard dat plaatsing van psychologen in de eerste lijn er door gerechtvaardigd wordt. Op dit moment werken circa 200 psychologen in de eerste lijn. Zij voeren de volgende taken uit (beschreven in de brochure "De psycholoog in de eerste lijn II" van het Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam 1984):

- psychodiagnostiek en indicatiestelling;
- psychologische behandeling;
- crisisinterventie;
- preventie;
- consultatie.

Indien het in de Nieuwe Nota voorgestelde experiment uitgevoerd gaat worden, dan zou aan de volgende elementen aandacht besteed moeten worden.

- a. Het experiment moet niet gericht zijn op het creëren van nieuwe werkplaatsen voor psychologen, maar op het vergroten van de kennis, het inzicht en de deskundigheid van de in de eerste lijn werkzame disciplines en op andere aspecten van de "achterwachtfunctie". Hieraan dienen duidelijke, nuttige en toetsbare doelen gesteld te worden, bijvoorbeeld een lagere medische consumptie (medicijngebruik, artsenbezoek), minder verwijzingen naar de tweede lijn (niet alleen geestelijke gezondheidszorg, ook algemeen ziekenhuis), werkherleving, vroegtijdige opsporing van aantoonbare ernstige stoornissen etc..
- b. Voorafgaand aan een dergelijk experiment zal duidelijkheid verkregen moeten worden over de grenzen van de psychologische hulpverlening. Welke klachten worden door de huisarts naar de psycholoog verwezen: iedere

psychosociale klacht, of alleen psychische stoornissen. Ook zullen goede afspraken gemaakt moeten worden, indien uitvoering zou worden gegeven aan het uit de geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn overhevelen van "levensproblemen" (zie Nieuwe Nota). Wordt de behandeling van deze problemen een taak van de eerstelijns psychologen?

c. Er zal een logisch samenhangend takenpakket voor de aan het experiment deelnemende psychologen opgesteld moeten worden. Dit takenpakket zal gebaseerd moeten zijn op twee principes:

- er dient geen nieuw ggz-circuit gecreëerd te worden;
- de psycholoog heeft als primaire opdracht, het functioneren van de bestaande eerstelijns hulpverleners ten aanzien van psychosociale hulpverlening te verbeteren.

Speciale aandachtspunten zouden onder meer kunnen zijn

1. de verbetering van de vroegtijdige onderkenning door vooral de huisarts van psychische problemen, zoals depressies en verslaving;
 2. het verbeteren van de opvang en nazorg van ex-psychiatrische patiënten in de eerste lijn;
 3. het aandragen van oplossingen voor de groep probleempatiënten in de huisartsenpraktijk (de "chronische klagers");
 4. de toepassing en integratie van psychodiagnostiek in de huisartsenpraktijk;
 5. verbetering van de relatie eerste lijn - tweede lijn.
- d. De "organisatorische inpassing" van de eerstelijns psycholoog kan in het experiment gevarieerd worden, zodat vergelijking van verschillende praktijksituaties mogelijk wordt.

De mogelijkheden zijn: directe plaatsing bij een eerstelijns organisatie van een medewerker van de geestelijke gezondheidszorg of het inschakelen van RIAGG'en ten behoeve van de eerste lijn. Directe plaatsing kan zijn:

- plaatsing in een wijkgezondheidscentrum of bij een huisartsengroepspraktijk;
- plaatsing bij een regionale of provinciale kruisvereniging, mede ten behoeve van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters;
- plaatsing bij een instelling voor algemeen maatschappelijk werk.

Een RIAGG kan spreekuren en andere activiteiten verzorgen bij een of meer organisaties van de kerndisciplines in de eerste lijn.

Het verschil tussen de twee mogelijkheden is gelegen in de relatie van de psycholoog met de RIAGG: bij de directe plaatsing is er minder dan bij het veldteam sprake van een formele werkrelatie.

Voor een vaste werkrelatie met de RIAGG pleiten de volgende zaken:

- een eventuele "achterwachtfunctie" in de eerste lijn kan gecombineerd worden met een therapeutische praktijk in RIAGG-verband;
- professionele backing is gegarandeerd, alsmede een zekere bewaking van de grenzen van de werkzaamheden;
- continuïteit van de activiteiten;
- een mogelijk uitstralingseffect op de RIAGG en verbetering van de relatie tussen eerste en tweede lijn.

Voor directe plaatsing in de eerste lijn pleiten de volgende argumenten:

- er ontstaat wellicht een directe, persoonlijke band met de eerstelijns hulpverlener;
- er treedt misschien identificatie op met de eerstelijns praktijk, filosofie en cultuur, leidend tot volledige integratie van de ggz-hulp met de eerste lijn;
- er is een ggz-hulpverlener aanwezig, bereikbaar en beschikbaar, zonder wachttijd toegankelijk;
- er is geen sprake van door de tweede lijn (geestelijke gezondheidszorg) opgestelde procedures, die het hulpverleningsproces kunnen belemmeren.

Het experiment zou kunnen inhouden het op variabele wijze inzetten van RIAGG-medewerkers ten behoeve van de eerste lijn: direct in die eerste lijn of binnen een RIAGG-veldteam.

Op de rol, die de RIAGG hierbij kan spelen, onder meer door veldteams, wordt in 4.4 ingegaan. Op deze plaats kan over de RIAGG ten opzichte van eventuele experimenten met psychologen in de eerste lijn gezegd worden dat deze niet alleen op psychologen betrekking behoeven te hebben. Waarschijnlijk bestaat eveneens behoefte aan orthopedagogische en sociaal-psychiatrische inbreng en ondersteuning vanuit (onder meer) de RIAGG ten behoeve van de eerste lijn.

4.3 Het algemeen maatschappelijk werk

Hoewel het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke rol binnen de eerstelijns hulpverlening bij psychische problemen speelt, is hij niet eerst of enige aanspreekbare. De huisarts speelt een minstens even belangrijke rol, al was het maar omdat het merendeel van de mensen met klachten primair de huisarts bezoekt.

Dit neemt niet weg dat de huisarts wellicht meer dan tot nu toe van het maatschappelijk werk gebruik kan maken door er patiënten naar te verwijzen. Daarvoor is het wel nodig dat het maatschappelijk werk

- a. zich niet richt op langerdurende gespreksbehandeling, maar vooral op de kortdurende, directe hulpverlening aan mensen met psychische en/of sociale problemen; wanneer langdurige hulp geïndiceerd is, zou naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen moeten worden;
- b. bereikbaar (7 x 24-uur) en beschikbaar is voor andere eerstelijns hulpverleners; een van de voorwaarden daartoe is de aanwezigheid van het maatschappelijk werk, al dan niet door middel van een vaste plaats in een eerstelijns team. Overigens zouden ook andere modaliteiten van bereikbaarheid (bijvoorbeeld op zaterdag en zondag) op hun merites bekeken kunnen worden.
- c. meer ondersteund wordt vanuit de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder op het punt van de psychiatrische diagnostiek; te overwegen valt een vaste samenwerking tussen instellingen voor algemeen maatschappelijk werk en RIAGG'en gericht op vergroting van diagnostische vaardigheden en van verwijsmogelijkheden; erg belangrijk is het dat bij het algemeen maatschappelijk werk het vermogen om het "psychiatriseren van levensproblemen" en "bagatelliseren van psychiatrische stoornissen" (vgl. Bensing, 1984) te voorkomen, wordt vergroot met behulp van de geestelijke gezondheidszorg.

De samenwerkingsrelatie tussen huisarts en algemeen maatschappelijk werk is mede afhankelijk van de aard van de aangeboden problematiek. Als vuistregel zou kunnen gelden dat

- a. psychosociale problematiek - relatie-, levens-, werkproblemen - behoort tot de taak van het maatschappelijk werk, bij voorkeur binnen een eerstelijns team; de huisarts kan geconsulteerd worden; wanneer deze problematiek in eerste instantie bij de huisarts wordt gepresenteerd, verwijst hij naar het algemeen maatschappelijk werk;

b. de gemengde psychosociale - somatische problematiek behoort tot de taak van de huisarts, het maatschappelijk werk verwijst in voorkomende gevallen personen met deze gemengde problematiek naar de huisarts; deze kan het algemeen maatschappelijk werk consulteren, ook gezamenlijke behandeling is mogelijk en vaak ook wenselijk.

Zowel voor de onder a als de onder b genoemde problemen is het werken in teamverband door de huisarts en de algemeen maatschappelijk werker gewenst.

Specifieke taken van het algemeen maatschappelijk werk:

- het voorkomen van het onnodig in het medisch kanaal geraken van mensen met vage klachten;
- de opvang van psychosociale klachten;
- een grotere rol dan tot nu toe spelen binnen de nazorg ten behoeve van ex-psychiatrische patiënten, in het bijzonder het resocialisatie-aspect (werk, huisvesting, uitkering, opleiding); belangrijk hierbij kan zijn de samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk en maatschappelijk werk in het psychiatrisch ziekenhuis en de samenwerking algemeen maatschappelijk werk - RIAGG gericht op de nazorg, (vgl. Vos, 1983 en Sorel, 1983);
- acute hulpverlening en crisisopvang in de eerste lijn, bij voorkeur in samenwerking met een crisiscentrum in de geestelijke gezondheidszorg of de RIAGG; afstemming van de wederzijdse bereikbaarheidsregelingen.

Deze specifieke taken worden uitgevoerd door middel van onder meer structurerende en ondersteunende begeleiding.

In de Nieuwe Nota worden de taken van het algemeen maatschappelijk werk in de eerstelijns zorg genoemd: VTO en signalering, diagnose en indicatie (in overleg met de andere eerstelijns kerndisciplines), behandeling, (van psychosociale problemen) begeleiding/ondersteuning, verwijzing (in onderling overleg), nazorg. Gepleit wordt voor overleg tussen de kerndisciplines over de taakverdeling met betrekking tot de hulp bij psychosociale problemen. De Raad onderschrijft de noodzaak van dit overleg.

Het is daarnaast noodzakelijk dat samenwerkingsovereenkomsten worden opgesteld door RIAGG en algemeen maatschappelijk werk. In 1983 heeft de amwkoepel, de JOINT, hierover een standpunt bepaald dat goede aanknopingspunten voor de toekomst bevat. Het algemeen maatschappelijk werk is van mening dat op regionaal of lokaal niveau tussen beide instellingen afspraken gemaakt moeten worden over:

- "a. de wederzijdse consultatierelatie en het invullen van de dienstverleningsfuncties van de RIAGG.
- b. de wederzijdse verwijzingsrelatie (incl. indicatiestelling, acceptatiebeleid, terugrapportage).
- c. de wederzijdse afstemming van de structurele hulpverlening van het algemeen maatschappelijk werk en het preventiewerk van de RIAGG;
- d. de wederzijdse afstemming in het werken voor bijzondere groepen (incl. nazorg ex-psihiatrische patiënten en culturele minderheden);
- e. de 7 x 24-uurs bereikbaarheid in verband met crisisopvang".*

Met betrekking tot de relatie tussen algemeen maatschappelijk werk en RIAGG, is de wijze waarop deze voorzieningen worden gefinancierd van belang. Het algemeen maatschappelijk werk wordt gefinancierd op grond van de Rijksbijdrageregeling maatschappelijke dienstverlening. De gemeentelijke overheid is voor circa 50% verantwoordelijk voor de besteding van het amw-budget. De RIAGG daarentegen wordt in het kader van de AWBZ gefinancierd. Voorkomen moet worden dat specifieke amw-taken uit kostenoverwegingen door de gemeenten naar de RIAGG worden overgeheveld. Aan beide voorzieningen bestaat behoefte, dit dient in een zekere financiële onafhankelijkheid vertaald te worden.

Van belang voor de relatie tussen algemeen maatschappelijk werk en RIAGG zijn voorts de bestaande verschillen en overeenkomsten in cliëntele. Wat de verschillen betreft: het bereik van het algemeen maatschappelijk werk is groter dan dat van de RIAGG. Het cliëntenbestand van het algemeen maatschappelijk werk bevat meer minder verbaal begaafde personen uit lagere sociale milieus dan dat van de RIAGG, (zie ook Mootz, 1985).

Zekere overeenkomsten bestaan er echter ten aanzien van het aanbod van klachten en problemen en gedeeltelijk ook ten aanzien van de ernst van de problematiek. Er is overigens zeker geen sprake van elkaar grotendeels overlappende werkterreinen en doelstellingen.

Naast overeenkomsten dus verschillen. Het is om die reden noodzakelijk een eventuele overheveling van RIAGG-cliëntele naar het algemeen maatschappelijk werk nader op haalbaarheid te onderzoeken.

* Zie de brochure "Wat wil het AMW met de RIAGG? Standpunten van de AMW-instellingen over hun relatie tot de AGGZ" (JOINT, 's-Hertogenbosch november 1983).

4.4 Door en vanuit de extramurale geestelijke gezondheidszorg te ondernemen activiteiten

4.4.1 Algemene beschouwing naar aanleiding van recente ontwikkelingen

Met betrekking tot de RIAGG'en moeten drie ontwikkelingen genoemd worden.

a. De verstrekking "hulp door of vanwege een RIAGG" is van recente datum.

Het desbetreffend besluit dateert van 1981; nog geen half jaar geleden werden de definitieve erkenningseisen gepubliceerd.* De RIAGG'en functioneren als zodanig nog geen twee jaar en bevinden zich over het algemeen nog in een opbouwfase, gebruikelijk na de juridische afronding van een fusieproces. De organisatiestructuur is zich aan het uitkristalliseren, waarbij enerzijds functionele of categoriale, anderzijds geografische indelingscriteria worden gebruikt.

Hiermee is nog weinig ervaring opgedaan, evenmin als met het niet meer vrij toegankelijk zijn, de 7 x 24-uurs bereikbaarheid en het verantwoordelijk zijn voor een eigen werkgebied.

b. Tegelijkertijd echter worden constant nieuwe eisen aan de RIAGG'en gesteld. Die worden in de eerste plaats gekoppeld aan de toegestane volumegroei (4% tot en met 1986). In het Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (FOGM) 1985 wordt deze volumegroei gekoppeld aan de sociaal-psychiatrische functie, de 7 x 24-uurs bereikbaarheid, de preventiefunctie, de sociale psychogeriatric, het management en de administratieve ondersteuning; gesproken wordt van een door deze volumegroei te financieren "reële taakverzwaring" (FOGM, pagina 104). In zijn Prioriteitennota sluit de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) hierbij aan.

In de Nieuwe Nota krijgt deze taaktoewijzing een kritische ondertoon en ook op andere plaatsen (bijvoorbeeld in de Tweede Kamer) is toenemende kritiek op het functioneren van RIAGG'en te beluisteren. Deze kritiek houdt onder meer in dat de RIAGG'en, als AWBZ-gefinancierde instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, zich te veel op "levensproblemen" en dergelijke zouden richten. Deze kritiek komt overigens

* Zie het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, Leidschendam, 7 juni 1984

gedeeltelijk uit dezelfde hoek, van waaruit nog niet zolang geleden vurige pleidooien voor integratie van de Bureaus voor levens- en gezinsvragen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg opklonken.

- c. Ook worden op grond van maatschappelijke ontwikkelingen steeds nieuwe eisen aan de RIAGG'en gesteld. Daar is ten eerste de regionale samenwerking; nauwelijks van de RIAGG-vorming bekomen, doemen op: RIGG-vorming, geformaliseerde samenwerking met het CAD, de versteviging van de relaties met eerstelijns gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, fusiebesprekingen met Bureaus Vertrouwensartsen, Rutgersstichting en Therapeutische Gezinsverpleging.

In dit verband een enkele opmerking over het beleid van de rijksoverheid met betrekking tot RIAGG'en. Nog maar kort geleden stond de integratie van vijf ambulante voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg voorop. Nadat de CAD's waren afgevallen, resteerden vier. Het beleid van de rijksoverheid lijkt er nu op te zijn gericht de integratie van deze vier voorzieningen te niet te doen. Voorbeelden van dit streven zijn het regeringsstandpunt over de jeugdhulpverlening en de Nieuwe Nota.

Tegelijkertijd echter wordt door diezelfde rijksoverheid van de RIAGG'en gebruik gemaakt om er nieuwe taken bij onder te brengen (zie hieronder). Ten tweede wordt de aandacht van de RIAGG'en gevraagd voor de extramuralisering: de zorg voor bewoners van beschermende woonvormen en voor in een thuissituatie verblijvende ex-psychiatrische patiënten. Dit in een perspectief van afnemende klinische opvangsmogelijkheden.

Ten derde worden RIAGG'en regelmatig gewezen op het bestaan van nieuwe groepen van mensen, ten behoeve waarvan het hulpaanbod nader gedifferentieerd moet worden. Zo worden in de Nieuwe Nota genoemd:

- jeugdige psychiatrische patiënten en uit huis te plaatsen jeugdigen;
- young adult chronic patients (draaideur-patiënten);
- slachtoffers van geweld;
- etnische minderheden;
- autisten.

Tenslotte wordt regelmatig bepleit om met betrekking tot specifieke patiëntengroepen de coördinatie van indicatiestelling en plaatsing bij de RIAGG onder te brengen: jeugdhulpverlening, zwakzinnigen met psychiatrische stoornissen, ouderen.

De conclusie: aan de RIAGG wordt tegelijkertijd de volgende eisen gesteld

- . bouw een hechte aggz-organisatie op, maar ga tegelijkertijd in vele regionale samenwerkingsverbanden op;
- . voer het wettelijk takenpakket uit, maar besteed tevens aandacht aan een groot aantal nieuwe maatschappelijke taken;
- . voer een algemeen, geïntegreerd takenpakket uit, maar let ook op een aantal specialismen.

Het is de vraag of een organisatie aan verwachtingen kan voldoen, wanneer deze verwachtingen tegenstrijdig zijn. Het is erg belangrijk dat er voor de RIAGG'en duidelijke haalbare doelen worden gesteld voor een wat langere periode.

- d. De nazorg ten behoeve van uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen patiënten staat de laatste jaren in een hernieuwde belangstelling. Dit vindt zijn oorzaak in de constatering dat de extramurale geestelijke gezondheidszorg deze functie is gaan verwaarlozen. Tegelijkertijd blijkt het aantal heropnemingen sterk te stijgen. Overigens mogen deze twee verschijnselen niet zonder meer met elkaar in verband gebracht worden.

Niet alleen het aantal heropnemingen, ook het aantal ontslagen neemt toe. Van verschillende kanten wordt gewezen op het belang van een goede opvang na het ontslag. De vooruitzichten van de ontslagen psychiatrische patiënt worden in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop de overgang van ziekenhuis naar maatschappij, het resocialisatieproces, verloopt.

Bij het resocialisatieproces zijn enerzijds zorg-instanties, - geestelijke gezondheidszorg, eerste lijn, maatschappelijke dienstverlening - betrokken, anderzijds maatschappelijke voorzieningen: werkgelegenheid, opleiding, huisvesting, uitkeringen. Van beide kanten heeft de ex-psychiatrische patiënt op dit moment nog te weinig te verwachten.

Nazorg wordt op dit moment vaak omschreven als een sociaal-psychiatrische functie met de volgende kenmerken.

- Er bestaat een intensieve en vooral duurzame individuele relatie met de patiënt.
- De hulpverlener stelt zich actief op, ook ten opzichte van minder gemotiveerde patiënten, en biedt een gestructureerd resocialisatieprogramma.
- De hulpverlening bestaat meer uit zorg dan uit behandeling.

- De zorg is vooral ook op de familie, het gezin, de verwanten van de patiënt gericht, dus op ondersteuning van het sociaal netwerk, waarin zich de patiënt bevindt.

Nazorg behoeft zich niet uitsluitend op het voorkomen van opnemingen en op herstel te richten. Doelstelling zal vaak moeten zijn: het in redelijke mate zelfstandig doen functioneren in de samenleving, gegeven een zekere psychische en/of sociale handicap. Velen pleiten ook ten aanzien van nazorg voor een systeem van indicatiestelling. Giel (1984) wijst erop dat de doelen van resocialisatie en nazorg vaak te hoog gesteld worden en dat een te zwaar beroep wordt gedaan op de motivatie bij "langdurig geestelijk gestoorde mensen" voor behandeling of begeleiding. Hij stelt dat de semi- en extramurale zorg voor langdurig geestelijk gestoorde mensen een zeer arbeidsintensieve en tamelijk kostbare aangelegenheid is, waartoe in Nederland de vaardigheid en interesse goeddeels ontbreken", (Giel, 1984, pagina 258).

Recentelijk is enkele malen geopperd om voor de uitvoering van de nazorg te komen tot combinaties van poli en RIAGG. Daarnaast wordt het aanhalen van de banden tussen het sociaal-psychiatrisch en het klinisch-psychiatrisch circuit bepleit. In de derde plaats wordt regelmatig gewezen op het grote belang van de samenwerking van geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg ten behoeve van de nazorg.

4.4.2 De ondersteuning van de eerste lijn door de RIAGG

Een bespreking van de mogelijkheden van ondersteuning door de RIAGG van de eerste lijn, zoals in de Nieuwe Nota bepleit, dient uit te gaan van de erkenningseisen van de RIAGG. In het "Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg" (juni 1984) zijn onder meer de volgende bepalingen opgenomen:

- "De RIAGG dient zich bezig te houden met consultatie en draagt er zorg voor dat dit gecoördineerd gebeurt";
- "De RIAGG draagt zorg voor dienstverlening aan instanties, instellingen en personen die in het werkgebied mede betrokken zijn bij of werkzaam zijn in de zorg voor geestelijke gezondheid".

Geconstateerd moet worden dat in deze erkenningseisen onvoldoende rekening wordt gehouden met de door de RIAGG te vervullen brugfunctie ten opzichte van eerste en tweede lijn. Deze functie wordt niet genormeerd en nauwelijks omschreven.

Naast de formele regelgeving, is de interne organisatie van de RIAGG relevant voor de relatie met de eerste lijn.

Een RIAGG kan georganiseerd worden op grond van twee organisatieprincipes: het territoriale en het functionele.

Een territoriaal georganiseerde RIAGG bestaat uit afdelingen die tot taak hebben de RIAGG-verstrekking voor een omschreven gebied te leveren. Een functioneel georganiseerde RIAGG bestaat uit gespecialiseerde afdelingen die zich richten op bepaalde leeftijdsgroepen en/of methoden van hulpverlening. Uiteraard zijn mengvormen mogelijk: een RIAGG bestaande uit lokaal werkende teams aangevuld met "daarachter" opererende gespecialiseerde, functionele teams.*

Vooraf de oprichting van dichtbij en ten behoeve van de eerste lijn functionerende "veldteams" door de RIAGG is een goede mogelijkheid om de persoonlijke relatie tussen eerstelijns en tweedelijns hulpverleners tot stand te brengen.

Deze veldteams hebben tot taak de uitvoering van ambulante geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van een bepaald gebied in samenwerking met de

* In dit advies wordt geen uitputtende beschrijving gegeven van de verschillende organisatiemodellen voor de RIAGG. Verwezen kan daarvoor worden naar een recent artikel van Mijs en Binsbergen in het Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid/M. en O. (1984, 3).

daarin werkzame eerstelijns hulpverleners. Er is sprake van een duidelijke verantwoordelijkheid voor een werkgebied, waarop het veldteam vanuit de eerste lijn en vanuit de RIAGG kan worden aangesproken.

In de veldteams zijn in beginsel alle basisdisciplines van de RIAGG present. De relatie met de eerste lijn is er een tussen individuele hulpverleners, er wordt een persoonlijke werkrelatie opgebouwd tussen RIAGG-medewerker en eerstelijns hulpverleners.

Hieronder wordt ingegaan op enkele specifieke taken van de RIAGG-veldteams, maar als algemene taak kan gesteld worden: het doen aansluiten van de sociaal-psychiatrische activiteiten in RIAGG-verband op de eerste lijn. Als een tweede algemene opdracht kan genoemd worden: het vervullen van een brugfunctie tussen eerste en tweede lijn. Het veldteam van de RIAGG speelt daarbij een bijzondere rol: enerzijds het onderscheid tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, zoals beschreven in de Nieuwe Nota, bewaken, anderzijds het slaan van een brug tussen deze sectoren.

Ten aanzien van de koppeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg kan aansluiting gezocht worden met het door Postma gehanteerd begrip "buitenwachtfunctionaris" (Postma, 1984, maar in 1977 al geïntroduceerd). Hieronder verstaat Postma: "RIAGG-medewerkers met intake-ervaring die op de werkplek van de huisarts patiëntbesprekingen bijwonen, in bijzondere gevallen spreekuren houden en consultaties geven", (Postma, 1984; pagina 7).

Als specifieke taken van het RIAGG-veldteam zouden genoemd kunnen worden:

1. Het organiseren van vaste spreekuren die voor de patiënt op verwijzing van een eerstelijns team bereikbaar zijn in ofwel wijkgezondheidscentra, consultatiebureaus van zuigelingen en kleuters of instellingen voor algemeen maatschappelijk werk.
2. Het aangaan van vaste werkrelaties met niet in dergelijke samenwerkingsverbanden en instellingen werkzame eerstelijns hulpverleners, in het bijzonder huisartsen.
3. De coördinatie van de verwijzingen vanuit de eerste lijn naar de geestelijke gezondheidszorg. Breemer ter Stege heeft onlangs een "recept" gegeven voor de verbetering van de verwijzingen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, (Breemer ter Stege, 1983). Uitgangspunt daarbij: de geestelijke gezondheidszorg is tweedelijns gezondheidszorg en derhalve slechts op verwijzing van de eerste lijn toegankelijk. Deze verwijzing vindt pas plaats, nadat in de eerste lijn is onderzocht of daarbinnen behandeling geboden kan worden.

Een van de doelen: het voorkomen dat opnemingen in klinische-psychiatrische instellingen plaatsvinden, zonder dat direct daaraan voorafgaand extramurale geestelijke gezondheidszorg is geboden.

4. Het opzetten van gezamenlijke programma's voor nazorg van psychiatrische patiënten door RIAGG, poliklinieken en eerste lijn. Daarbinnen veel aandacht voor: ontslagbegeleiding, resocialisatie en versoepeling van de overgang kliniek-maatschappij en in het algemeen het doortrekken van de nabehandeling tot in de thuissituatie. Erg belangrijk is het bij de nazorg betrekken van het sociaal systeem rondom de ex-psychiatrische patiënt. De ondersteuning van het sociaal systeem kan worden verbeterd wanneer de gezinsverzorging en de wijkverpleging, die bij de ondersteuning vaak een belangrijke rol spelen, tijdig op de hoogte worden gesteld van ontslag.
5. De integratie in de eerste lijn van "ggz-diagnostiek" met als doel: het verstevigen van de basis van zowel de behandeling in de eerste lijn als van een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. De verwijzing dient niet te snel, maar zeker ook niet te laat plaats te vinden. Wanneer gespecialiseerde hulp of zorg geïndiceerd is, dient snel verwezen te worden.
6. De terugkoppeling van in de RIAGG genomen beslissingen met betrekking tot indicatiestelling en behandelplan naar de eerste lijn.

Het RIAGG-veldteam zal naast zijn specifieke taken een rol kunnen spelen bij de uitvoering van de algemene RIAGG-taken consultatieverlening, preventie en crisisinterventie. Wat de twee eerstgenoemde taken betreft: deze worden bij voorkeur uitgevoerd uitgaande van concrete patiënten en aanwijsbare psychische problemen. Startpunt kan bijvoorbeeld zijn de gevalsbespreking. Belangrijk zijn ook de pedagogische en psychologische adviezen aan eerstelijns hulpverleners. Een voorbeeld: de consultatierelatie van de RIAGG met het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.*

Dit concept van de "veldteams" zal overigens nog verder uitgewerkt moeten worden, waarbij bekeken moet worden hoe het voor de verschillende RIAGG's en in de diverse regio's toepasbaar is, aan welke voorwaarden voldoen moet worden, etc.. Die uitwerking zal overigens ook gegeven moeten worden aan de andere, in dit advies genoemde mogelijkheden de eerste lijn te ondersteunen.

* In Maatschappelijke Gezondheidszorg §12, 1984 nummer 10, pagina's 16/17) wordt verslag gedaan van een bevredigende verloopende samenwerking tussen een RIAGG en consultatiebureaus. De samenwerking richt zich op een vaste, continue consultatierelatie tussen de afdeling Jeugdzorg van de RIAGG en wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen. De consultatieverlening blijkt voor beide partners van groot nut te zijn (Bais, 1984)

HOOFDSTUK 5: AANBEVELINGEN

5.1 ALGEMEEN

Dit advies heeft betrekking op

- a. de eerstelijns hulpverlening bij psychische klachten en
- b. de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg.

Geconstateerd moet worden dat ten aanzien van beide veel verbeterd kan worden.

De Raad beveelt aan deze verbeteringen tot stand te brengen met behulp van het bestaande aanbod van voorzieningen. In concreto

- de vier kerndisciplines in de eerste lijn en
- de bestaande voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de extramurale, waarbij de RIAGG een sleutelpositie inneemt.

Het is erg belangrijk dat voor een bepaald aantal jaren rust en zekerheid ontstaat met betrekking tot budgettaire, personele en regelgevende activiteiten van de overheid. Onder dat gegeven kan gewerkt gaan worden aan de noodzakelijke verbeteringen. Verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening dient daarbij voorop te staan; de overheid zal daarbij taakstellend en normerend moeten optreden, echter steeds uitgaande van de bestaande voorzieningen.

Ter discussie staat derhalve het functioneren van die voorzieningen alsmede hun onderlinge relaties en niet hun bestaansrecht.

5.2 Taakverdeling eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg

De verdeling van de taken op het terrein van de hulpverlening bij psychische problemen tussen eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg dient niet gebaseerd te worden op het onderscheid lichte - zware problemen (zie Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid).

Deze taakverdeling zal gebaseerd moeten zijn op het uitgangspunt dat het psychisch probleem in de eerste lijn wordt behandeld. De geestelijke gezondheidszorg fungeert als achterwacht, in een ondersteunende en aanvullende rol ten dienste van de hulpverlening in de eerste lijn. Het scala van professionele hulpverleningsmogelijkheden bij psychische problemen omvat:

1. de hulpverlening door de vier kerndisciplines in de eerste lijn: huisarts, algemeen maatschappelijk werk, kruiswerk, gezinszorg;
2. idem, ondersteund door of in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg;
3. extramurale geestelijke gezondheidszorg: CAD, RIAGG, zelfstandig gevestigd zenuwarts/psychiater, psychiatrische polikliniek;
4. semi- of intramurale geestelijke gezondheidszorg.

Iedere sector is slechts bereikbaar op verwijzing van de eraan voorafgaande. Ondanks deze drempels tussen de sectoren, moet het geheel principieel als een stelsel van voorzieningen worden beschouwd. Het aanbrengen van een caesuur tussen de tweede en de derde sector - overeenkomend met eerste en tweede lijn - is zeker geoorloofd, zolang dit niet leidt tot rigoreus gescheiden circuits: het psychosociale en het psychiatrische. Deze scheiding wordt in de Nieuwe Nota te veel benadrukt. De RIAGG kan fungeren als de tweedelijns voorziening die expliciet dient als brug tussen de twee circuits, tussen eerste en tweede lijn. De daarbijbehorende taken - consultatie, co-therapie, intake, etc. - zullen meer geprofileerd moeten worden. De RIAGG zou bovendien een coördinerende rol moeten gaan spelen ten aanzien van alle verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg. Dit behoeft de vrijheid van verwijzen door de huisarts naar de extramurale geestelijke gezondheidszorg niet aan te tasten. Afhankelijk van de regionale situatie kan zich een specifiek verwijspatroon tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen. De RIAGG wordt daarbij echter betrokken als adviseur en coördinator.

5.3 Gebiedsindeling

Gestreefd moet worden naar een sluitende gebiedsindeling voor de eerste lijn (subregionalisatie). Deze gebiedsindeling dient onderdeel te zijn van de gebiedsindeling voor de totale zorgsector (gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening).

De werkgebieden van gezinszorg, huisartsgeneeskunde, algemeen maatschappelijk werk en kruiswerk enerzijds en die van de RIAGG'en anderzijds, moeten via het "kubusprincipe" in elkaar passen. Deze gebiedsindelingsgebieden moeten vervolgens weer worden afgestemd op de verzorgingsgebieden voor de gehele geestelijke gezondheidszorg.

De werkgebieden zijn in erkenningseisen, vestigingsbesluiten of subsidiebeschikkingen gedefinieerd en op die wijze aan instellingen of personen gekoppeld. Een en ander wordt in het kader van de WVG verder uitgewerkt.

De Raad is voornemens over de gebiedsindeling met betrekking tot eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg een advies uit te brengen, waarin in ieder geval rekening wordt gehouden met de werkgebieden van gezinszorg, kruiswerk, algemeen maatschappelijk werk, RIAGG en psychiatrisch ziekenhuis. Voorts zal aandacht geschonken worden aan de arrondissementsgebieden (CAD), werkgebieden van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, intergemeentelijke samenwerkingsgebieden (WGR), gezondheidsregio's ex WZV en uiteraard bestuurlijke grenzen (provincie en gemeente).

5.4 Regelgeving

In erkenningseisen wordt voor alle betrokken instellingen de verplichting vastgelegd om op regionaal/locaal niveau formele samenwerkingsovereenkomsten te sluiten tussen eerste en tweede lijn (in casu de geestelijke gezondheidszorg). Deze samenwerkingsovereenkomsten hebben in ieder geval betrekking op de hulpverlening aan chronisch-psychiatrische, psychogeriatrische en verslaafde patiënten en op nazorg, crisisinterventie, consultatie en wederzijdse bereikbaarheid.

Voor zover relevant wordt in de op te stellen erkenningseisen de verplichting opgenomen 7 x 24-uurs bereikbaar te zijn, alsmede de afstemming van de regelingen ter zake op die binnen andere instellingen, beroepsgroepen of echelons.

In bestaande of nog te formuleren erkenningseisen van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg wordt, duidelijker dan thans het geval is in de erkenningseisen van de RIAGG, aangegeven welke taken ten behoeve van en in relatie tot de eerste lijn moeten worden uitgevoerd.

In de erkenningseisen van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg moet tot uitdrukking komen dat de verantwoordelijkheid voor het werkgebied mede omvat dienstverlening aan en ondersteuning van de eerstelijns hulpverleners in het werkgebied.

De planningsrichtlijnen ex artikel 10 van de WVG dienen in bovenstaande zin verwoord te worden. Hierop zal de Raad in zijn advies over de conceptrichtlijnen terugkomen.

Duidelijke afspraken zijn nodig omtrent de planningstaken en -bevoegdheden van provincies en gemeenten. Voorkomen moet worden dat de planning voor de geestelijke gezondheidszorg en die van de eerstelijnszorg niet op elkaar aansluiten.

5.5 Organisatie van de hulpverlening

De geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder de extramurale geestelijke gezondheidszorg, moet zich op zodanige wijze organiseren dat ondersteunend en aanvullend gewerkt kan worden op de hulpverlening in de eerste lijn. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dient het mogelijk te maken dat, meer en beter dan thans het geval is, de hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn plaatsvindt. Deze organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dient een vertaling te zijn van de in 5.3 bedoelde (nieuwe) erkenningseisen. Voor de RIAGG zou in deze gedacht kunnen worden aan de oprichting van veldteams, zoals in dit advies beschreven, en aan de andere in dit advies beschreven mogelijkheden.

De plicht de eigen interne organisatiestructuur zo op te zetten dat samenwerking tussen eerste en tweede lijn mogelijk wordt, rust niet primair op de eerste lijn. Samenwerking tussen de vier kerndisciplines in de eerste lijn is weliswaar gewenst, echter niet ten dienste van de geestelijke gezondheidszorg, maar om de hulpverlening in de eerste lijn daadwerkelijk te verbeteren. Zeker de opvang en behandeling van psychische problematiek in de eerste lijn vraagt om multidisciplinaire samenwerking ten behoeve van integrale behandeling en van continuïteit van hulp en zorg.

Binnen de regionale geestelijke gezondheidszorg dient een instelling/sector aangewezen te worden als de verantwoordelijke voor de ondersteuning van de eerste lijn. Hoewel per regio beslist kan worden welke instelling deze verantwoordelijkheid op zich dient te nemen, ligt het voor de hand hier primair aan de RIAGG te denken.

De samenwerking tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg dient steeds vorm te krijgen in werkrelaties tussen individuele beroepsbeoefenaars, bijvoorbeeld de huisarts met een psycholoog uit de RIAGG of met een psychiater van een psychiatrische polikliniek, de wijkverpleegkundige met de sociaal-psychiatrische verpleegkundige, de algemeen maatschappelijk werkende met de maatschappelijk werkende uit een psychiatrisch ziekenhuis, de consultatiebureau - arts met een RIAGG-pedagoog etc.. Uiteraard zijn ook andere combinaties mogelijk.

5.6 Opleiding

Om de bestaande hulpverlening bij psychische problemen in de eerste lijn te verbeteren, zal de kwaliteit van de individuele hulpverleners verhoogd moeten worden. In de eerste plaats door een kwalitatieve en soms kwantitatieve uitbreiding van de beroepsopleiding. In de tweede plaats door consultatieverlening vanuit de geestelijke gezondheidszorg met als aandachtsgebieden: de orthopedagogiek ten behoeve van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, de verslaafdenzorg, de psychogeriatric en de sociale psychiatrie (chronisch psychiatrische patiënten, nazorg, crisisinterventie).

In de derde plaats zou gedacht kunnen worden aan concrete nascholing op specifieke onderdelen van de eerstelijns hulpverlening, bijvoorbeeld die ten behoeve van verslaafden, ouderen, kinderen, etnische minderheden.

Bij het algemeen maatschappelijk werk is het noodzakelijk dat de opleiding aan de nieuwe taakstelling wordt aangepast. Veel aandacht is nodig voor de rapportage over de hulpverlening. Naast de opleiding zijn gerichte trainingen "on the job" nodig om het algemeen maatschappelijk werk beter uit te rusten voor zijn taak.

In de huisartsenopleiding is meer aandacht gewenst voor onderkenning en diagnostiek van psychische stoornissen.

Binnen de opleiding dient veel aandacht geschonken te worden aan de classificatie van psychische klachten, problemen en stoornissen en de daarbijbehorende diagnosen. Ook dient in de opleiding de classificatie geplaatst te worden binnen het totale proces van hulpverlening, waarbij vooral de koppeling van de classificatie aan de uiteindelijke beslissing van de hulpverlener belangrijk is.

Het verdient aanbeveling de bestaande classificatiesystemen in eerste lijn (huisartsen, de ICPC) en geestelijke gezondheidszorg (ICD-9 en DSM-III) te analyseren en op elkaar af te stemmen. Nader onderzocht zal moeten worden in hoeverre een vergelijkbare opzet en toepassing van classificatie van psychosociale problemen mogelijk is in bijvoorbeeld huisartsenpraktijk en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

5.7 De psycholoog in de eerste lijn

Een experiment met psychologen in de eerste lijn, als beschreven in de Nieuwe Nota zou uitgevoerd kunnen worden. Daarbij dient niet geëxperimenteerd te worden met nieuwe arbeidsplaatsen voor psychologen op basis van zelfstandige vestiging, maar met verschillende vormen van inbreng van gedragswetenschappelijke kennis en ervaring in de eerste lijn. Daarbij zou ook een andere beroepsbeoefenaar dan de psycholoog gedacht kunnen worden (bijvoorbeeld de pedagoog, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige etc.). Uitgangspunt hierbij: eerst de aanwezige mankracht en middelen (de vier kerndisciplines in de eerste lijn) gebruiken en indien nodig aanpassen. Uitbreiding van de eerstelijnszorg met een vijfde kerndiscipline moet worden afgewezen.

Koppeling van in de eerste lijn werkzame psychologen aan RIAGG'en kan gecombineerd worden met detachement bij instellingen of groepen van hulpverleners in de eerste lijn. In 4.2 is hierop dieper in gegaan. De in 5.5 aangestipte en in 4.4 uitgewerkte veldteams van RIAGG'en vormen een mogelijk alternatief.

Aan eventuele experimenten dienen duidelijke en toetsbare doelen gesteld te worden. Binnen dergelijke experimenten zullen verschillende mogelijkheden om hulpverleners vanuit de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te plaatsen, moeten worden onderzocht.

De Raad is bereid desgevraagd aan een dergelijk experiment een bijdrage te leveren, gebaseerd op afgesloten onderzoek, lopende projecten en overleg met betrokkenen.

5.8 Nazorg

Het verdient aanbeveling de nazorg ten behoeve van psychiatrische patiënten meer structuur te geven. Ten behoeve daarvan worden regionaal nazorgprogramma's ontwikkeld door de geestelijke gezondheidszorg in samenwerking met de eerste lijn. De nazorg is nadrukkelijk een gezamenlijke verantwoordelijkheid van eerste en tweede lijn. Vermeden moet worden dat de nazorgfunctie wordt voorbehouden aan een van de voorzieningen. De primaire verantwoordelijkheid voor de nazorg ten behoeve van een individuele patiënt berust bij de voorziening waarheen deze patiënt verwezen is. Deze verantwoordelijkheid houdt niet op bij het ontslag.

Het nazorgproces speelt zich af in de ruimte tussen APZ of PAAZ en de door de eerste lijn ondersteunde thuissituatie.

Regionaal worden werkafspraken gemaakt over de opzet van deze nazorg, in het bijzonder met betrekking tot ontslagprocedures.

De Raad is voornemens in een afzonderlijke advies dieper op de nazorg ten behoeve van psychiatrische patiënten en in het algemeen op de resocialisatiefunctie in te gaan.

5.9 Beleidsonderbouwend onderzoek

Naast hetgeen al is aanbevolen met betrekking tot uit te voeren beleidsonderbouwend onderzoek, verdient het aanbeveling onderzoek te laten verrichten naar het gebruik van eerste lijn en extramurale geestelijke gezondheidszorg door mensen met psychische problemen; hierbij ware aandacht te besteden aan:

- de vraag wat de mogelijkheden en de grenzen van de vier kerndisciplines in de eerste lijn zijn ten aanzien van de opvang en de begeleiding van psychosociale problemen;
- de rol die de wijkverpleging speelt, kan spelen en zou moeten spelen met betrekking tot het onderkennen en signaleren van psychische klachten en stoornissen;
- de vraag naar de relatie AMW - RIAGG in het bijzonder ten aanzien van de crisisopvang;
- mogelijke veranderingen in verwijsstromen eerste lijn - RIAGG veroorzaakt door de invoering van de verstrekking RIAGG.

In aansluiting daarop zou de verwijsstroom van eerste lijn naar de totale geestelijke gezondheidszorg nader geanalyseerd moeten worden, in het bijzonder de verwijzingen van de huisarts naar de RIAGG en het psychiatrisch ziekenhuis.

Daarnaast is in het algemeen dringend behoefte aan meer inzicht in de mogelijkheden actueel verwijsgedrag, in het bijzonder dat van eerstelijns hulpverleners te beïnvloeden. Daarbij zouden de bestaande middelen ter versterking van de eerste lijn direct gekoppeld moeten worden aan toetsbare criteria, zoals het aantal verwijzingen. Overigens moet een dergelijk onderzoek zich zowel op het kwalitatieve als op het kwantitatieve aspect van de verwijzing richten.

DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,

DE VOORZITTER,

J.P.M. Hendriks

DE ALGEMEEN SECRETARIS,

Dr. Ir. J.P.M. van der Wolf

**REACTIES OP DE NIEUWE NOTA GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID VOOR ZOVER
RELEVANT VOOR DIT ADVIES**

In deze bijlage worden veertien reacties op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid bekeken op hun relevantie voor dit advies. Dit zijn de reacties van JOINT, NVAGG, VNZ, VNG, IPO, NVP, ZFR, NRMW, NZR sectie ggz, NIP, Cliëntenbond, professor Gersons, professor Giel en PRV Zuid Holland. Gekeken is welke opmerkingen er in deze reacties zijn gemaakt over de volgende vijf onderwerpen:

1. het onderscheid tussen lichte, psychosociale problemen en ernstige, psychische stoornissen als zodanig;
2. dit onderscheid als basis voor planning en beleid;
3. psychosociale hulpverlening in de eerste lijn;
4. de relatie eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg;
5. de psycholoog in de eerste lijn.

Aan het slot worden enkele conclusies getrokken.

1. Het onderscheid psychosociaal - psychisch als zodanig

In vrijwel alle reacties wordt een stricte tweedeling lichte psychosociale problemen - ernstige psychische stoornissen afgewezen.

Argumenten onder meer:

- Er kan wel, maar hoeft geen vloeiende overgang te zijn, het een kan wel of niet leiden tot het ander, (Gersons);
- De scheiding druist in tegen de psychodynamische stelling betreffende de pathogene invloed van onaangename levensgebeurtenissen (Giel);
- Psychosociaal is niet per definitie licht, psychisch niet per definitie zwaar (VNG, NIP); begrippenpaar licht - zwaar niet adequaat, stigmatiserend en alleen van nut voor instellingen (Cliëntenbond);
- Mengvormen eerder regel dan uitzondering (PRV Zuid Holland, NVP); er wordt geen recht gedaan aan de grote diversiteit van problemen (VNZ); vloeiende overgang sociale - psychosociale - psychische problemen (NZR); geen scherpe demarcatie - lijn te trekken (VNG).

Conclusie:

- a. het is onjuist dit onderscheid stringent te maken;
- b. het onderscheid valt niet samen met de tegenstelling licht - zwaar.

2. Het onderscheid psychosociaal - psychisch als basis voor planning en beleid

Ook hier grote overeenstemming: het onderscheid kan en mag niet gebruikt worden als basis voor planning en beleid. Argumenten onder meer:

- Omdat de overgang vloeiend is en omdat mengvormen eerder regel dan uitzondering zijn, kan het onderscheid niet dienen als ordeningsprincipe (NZR, VNZ, VNG, PRV Zuid Holland).
- Niet hulpvraag, maar hulpvrager dient het uitgangspunt te zijn (NVAGG); niet "ernst" maar zwakte van sociaal netwerk is oorzaak van een verwijzing (NVP); sociale en maatschappelijke aspecten spelen de belangrijkste rol (Cliëntenbond).
- De eerstelijns diagnostiek zal bij het eerste contact dit onderscheid niet kunnen maken (NVP, Giel).
- Onderscheid niet geschikt om a priori taakverdeling tussen eerste en tweede lijn op te baseren, alleen beroepsbeoefenaar kan onderscheid bepalen (NRMW, NIP).

Conclusie:

dit onderscheid vormt geen goede basis voor een beleid met betrekking tot de taakverdeling tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg en voor functieplanning.

3. Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn

Twee opmerkingen komen in veel reacties voor.

- a. De huidige eerste lijn kan de haar in de Nieuwe Nota toebedachte taken (nog) niet aan:
 - versterking van de eerste lijn leidt niet automatisch tot een betere geestelijke gezondheidszorg (VNZ, Cliëntenbond, NZR);
 - de in de Nieuwe Nota voorgestelde verschuivingen van ggz-taken naar de eerste lijn zal de cliënten in grote moeilijkheden brengen (VNG).
 - de eerste lijn kan op dit moment door capaciteitsgebrek en/of door gebrek aan deskundigheid de over te hevelen RIAGG-taken niet aan (NRMW, Gersons, IPO).
- b. Zoveel mogelijk problemen in de eerste lijn behandelen. Varianten zijn:
 - b.1. alle problemen, tenzij (JOINT);
 - b.2. zoveel mogelijk problemen (PRV Zuid Holland, NVP).

Enkele andere opmerkingen:

- Het algemeen maatschappelijk werk dient eerst aangewezen te zijn voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn (JOINT).
- Niet de huisarts, maar de psychiater stelt een opname-indicatie (NZR).

Conclusie:

- a. aan de mogelijkheden van de eerste lijn om de psychosociale hulpverlening uit te voeren wordt getwijfeld, bij uitbreiding van die taak worden vraagtekens geplaatst;
- b. het principe dat de eerste lijn het eerste opvangkanaal bij psychische problemen vormt, wordt onderschreven.

4. De relatie eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg

Hierover worden onder meer de volgende opmerkingen gemaakt.

- Geen feitelijke overheveling van RIAGG-capaciteit naar eerste lijn (Gersons, ZFR op grond van verschillende motieven); idem, huidige RIAGG-capaciteit beter benutten mede ten behoeve van de eerste lijn (PRV Zuid Holland); psychosociale hulpverlening is mede RIAGG-taak (Gersons, NVAGG).
- Wel feitelijke overheveling, deze goed begeleiden op landelijk niveau; bindende afspraken; eerste lijn niet los zien van geestelijke gezondheidszorg (Cliëntenbond); echelons goed laten aansluiten, waarbij het naast hogere niet substituerend, maar aanvullend is (JOINT); meer inzicht nodig in de processen tussen de echelons (Cliëntenbond).
- Geen RIGG naast/tegenover de eerste lijn, maar een (versterkte en kleinschalige) extramurale geestelijke gezondheidszorg verbinden met de eerste lijn (VNG); integendeel: eerste lijn opnemen in RIGG, een budget algemeen maatschappelijk werk - RIAGG (JOINT); wat wil WVC eigenlijk: eerste lijn wel of niet scheiden? (Giel).
- Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg teveel gescheiden in Nieuwe Nota; schakelfunctie RIAGG en de RIAGG-taken ten behoeve van eerste lijn te weinig benadrukt; in plaats van scheiding en overheveling juist uitbreiding van desbetreffende RIAGG-taken (PRV Zuid Holland, NRMW). Wat wil WVC in deze eigenlijk? (NZR).
- Huisarts en maatschappelijk werk verwijzen rechtstreeks naar geestelijke gezondheidszorg, inclusief APZ (NVP); niet de huisarts, maar de psychiater stelt de opname-indicatie (NZR); verwijzingen naar intramurale geestelijke gezondheidszorg in ieder geval na overleg met RIAGG (NVAGG).

Conclusie:

- a. verschil van mening over de relatie eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg, waarbij twee modellen worden verdedigd: (1) eerste lijn samen met extramurale geestelijke gezondheidszorg tegenover de rest van de geestelijke gezondheidszorg en (2) koppeling van eerste lijn aan geestelijke gezondheidszorg ofwel door de RIAGG als schakel te gebruiken ofwel door eerstelijnszorg in RIGG; in het geding is steeds: de positie van de RIAGG in het totale zorgveld;

- b. verschil van mening over de vraag of er wel of niet geestelijke gezondheidszorg/RIAGG-capaciteit naar de eerste lijn moet worden overgeheveld; een meerderheid is tegen overheveling; deze meerderheid bepleit wel regelmatig een efficiëntere inzet van RIAGG-capaciteit vooral ten behoeve van de eerste lijn.

5. De psycholoog in de eerste lijn

Ten aanzien van dit onderwerp zijn de reacties grotendeels gelijklopend. Opgemerkt is onder meer:

- Geen psychologen in de eerste lijn maar: bestaande eerstelijns hulpaanbod versterken (NRMW), relevante RIAGG-taken (consultatie etc.) uitbreiding (PRV Zuid Holland, Gersons), waardoor relatie eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg verbetert (NRMW).
- Geen vrijgevestigd psychologen, wel detachering vanuit RIAGG (JOINT, NVP); mede ten behoeve van het algemeen maatschappelijk werk structureel inzetten van deze RIAGG-psychologen (JOINT); detachering met 20% psychotherapeutische RIAGG-praktijk (NVP).
- Het betreft een RIAGG-kerntaak: dienstverlening, inclusief onderzoek en diagnostiek ten behoeve van eerste lijn (NVAGG, VNZ, PRV Zuid Holland); eerst bestaande RIAGG-functies beter benutten (NRMW, PRV Zuid Holland).
- Nut twijfelachtig en wat is de relatie tot de RIAGG-taak consultatie? (NZR).
- Experimenten niet nodig, is al voldoende bekend (ZFR).
- Voorstel in Nieuwe Nota onaanvaardbaar: wat psycholoog aan eerstelijns hulpverleners zou moeten leren is zijn eigen taak en: diagnostiek en behandeling zijn te scheiden; 25% huisartsen werkt al samen met psycholoog (NIP).

Conclusie:

in het overgrote merendeel van de reacties wordt plaatsing van zelfstandig gevestigde psychologen in de eerste lijn afgewezen; bepleit wordt

- a. versterking van het bestaande eerstelijns hulpaanbod;
- b. beter gebruik van de RIAGG-taken ten behoeve van eerste lijn (consultatie e.d.);
- c. detachering van RIAGG-deskundigheid vanuit de moeder-instelling.

6. Overzicht van de conclusies

Enigszins generaliserend, kunnen de volgende conclusies naar aanleiding van een veertiental reacties op de Nieuwe Nota getrokken worden over het onderwerp van dit advies.

1. Het onderscheid tussen psychosociaal en psychisch kan niet stringent gemaakt worden.
2. De tegenstelling psychosociaal - psychisch is niet analoog aan de tegenstelling licht - zwaar.
3. Deze tegenstellingen vormen geen goede basis voor het beleid met betrekking tot de taakverdeling eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg.
4. Het is twijfelachtig of de huidige eerste lijn de taakstelling uit de Nieuwe Nota waar kan maken.
5. De eerste lijn dient de eerste opvang van psychische problemen te verrichten.
6. De RIAGG bevindt zich in een, voor sommige onduidelijke, schakelpositie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg in.
7. In plaats van overheveling van RIAGG-capaciteit naar de eerste lijn, is het voor velen verkieslijker de RIAGG beter te doen functioneren met behoud van die capaciteit.
8. Geen zelfstandig gevestigde psychologen in de eerste lijn; het bestaande aanbod van hulp- en dienstverlening in zowel eerste als tweede lijn beter benutten en eventueel versterken.

PUBLICATIES, WAAROP DIT ADVIES MEDE GEBASEERD IS

1. Akkeren, F. van en A.T. Veeninga, De behandeling van patiënten met chronisch klaaggedrag in een huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1984, 27, 342 - 344.
2. Bais. K, RIAGG-ondersteuning helpt CB-teams zelf "problemen" op te lossen. Consultatiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen en artsen in de regio Noord-Kennemerland maakt werkers zelfbewuster. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 12, 1984, 10, 16 - 17.
3. Bensing, J.M., Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg,. NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg, Deel I, Utrecht 1984.
4. Bensing, J.M. en P.F.M. Verhaak, De psycholoog in de eerste lijn; een bibliografie, NHI, Utrecht 1982.
5. Breemer ter Stege, C., Knelpunten bij het verwijzen naar de AGGZ. Een recept voor onderzoek. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1983, 4, 396 - 406.
6. Dopheide, J.P., Samenwerking huisarts - specialist: kritische opstelling kan geen kwaad. De Eerstelijns, 1983.....; genoemd bij Hoekstra, M.J., Mogelijkheden van verslavingszorg in de eerste lijn. De Eerste lijn, 9, 1984, 4, 15 - 19.
7. Erkens, E.C.G. en P.C.M. Vastbinder, Probleemdrinken en de rol van de huisarts. Huisarts en Wetenschap ,27, 1984, 16 - 19.
8. GHIGV/NZR, Patiëntenregistratie Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen 1982. RIGG, september 1984.

9. Giel, R., Onze moeite met moeilijke mensen. Tijdschrift voor psychiatrie, 26, 1984, 4, 244 - 261.
10. Grinten, T.E.D. van der, Geestelijke gezondheidszorg en basisgezondheidsdiensten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62, 1984, 16, 621 - 622.
11. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Herverkavelen in de gezondheidszorg. Signalement nr. 20, 's-Gravenhage, januari 1985.
12. Horn, S. ten, Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1982, 12, 1279 - 1294.
13. JOINT, Wat wil het AMW met de RIAGG? Standpunt van de AMW-instellingen over hun relatie tot de AGGZ. 's-Hertogenbosch, november 1983.
14. Jong, A. de, R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, C.J. Slooff en D. Wiersma, Nazorg bij functionele niet-affectieve psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de GGZ. Tijdschrift voor psychiatrie 25, 1983, 6, 422 - 439.
15. Kocken, Th.J., Psychische stoornissen in een huisartsenpraktijk. Proefschrift Nijmegen, 1984.
16. Lamberts, H., Psychotherapie: geen taak van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 1984, 27, 13 - 15.
17. Lamberts, H. en B. Hartman, Psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk; 2. Een analyse van het huisartsengeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap 1982, 25, 376 - 393.
18. Mijs, A.A. en E. Binsbergen, Grondmodellen voor de hulpverleningsorganisatie in de RIAGG. Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid/M. en O., 38, 1984, 3, 254 - 268 (deel I: De sterke en de zwakke kanten van de multifunctionele RIAGG en de Veldteam-RIAGG) en 296 - 284 (deel II: De microkwaliteit en de macrokwaliteit van vier grondmodellen).
19. Wijkel, D., Samenwerken en verwijzen, deel I: praktijkvormen en productiecijfers. NHI, Utrecht 1983.
20. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam, augustus 1974.
21. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Schets Basisgezondheidsdiensten. Leidschendam, maart 1980.
22. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
 - a. Nota Eerstelijnszorg, december 1983;
 - b. Rapport inzake Crisiscentra, juni 1983;

- c. Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, juni 1984;
 - d. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, juli 1984;
 - e. Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1985, oktober 1984;
 - f. Academisering in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg, oktober 1984.
23. Mootz, M., Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk, februari 1985.
 24. Nederlands Instituut van Psychologen, De psycholoog in de eerste lijn II. Amsterdam, 1984.
 25. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Commentaar op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid van de Staatssecretaris van WVC. Zoetermeer, november 1984.
 26. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, concept-Advies inzake de relatie tussen eerstelijns gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg, Rijswijk, januari 1983.
 27. NVAGG, Prioriteitennota, Utrecht, 1984.
 28. Ormel, J. en R. Giel, Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor psychiatrie 25, 1983, 10, 688 - 710.
 29. Peters, L., De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg. Over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1984, 1, 33 - 46.
 30. Peters, L., Relatie Eerstelijnszorg - Geestelijke Gezondheidszorg. NHI-bijdrage aan de "Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid", Deel II. NHI, Utrecht, 1984.
 31. Reacties op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid van JOINT, VNG, Cliëntenbond, NIP, NZR, NVP, NVAGG, ZFR, VNZ, NRMW, Sorel, Gersons, Giel en ten Horn: zie Bijlage I.
 32. Postma, T., AGGZ vrij toegankelijk. Huisarts en Wetenschap, 1984, 27 (suppl. H. en P. 8) 4 - 1).
 33. Rooymans, H.G.M., Ambulante behandeling met antidepressiva. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 128, 1984, 52, 2456 - 2460.
 34. Schnabel, P., Het eigene van de geestelijke gezondheidszorg. In NcGv-bijdrage ten behoeve van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. N.c.G.v., Utrecht, mei 1984.

35. Sorel, F.M., Antwoord op reactie van H. Vos op artikelen van S. ten Horn en Sorel over nazorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 38, 1983, 3, 268 - 289.
36. Stam, J. en T. Postma, Psychotherapie en huisartsengeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen. Huisarts en Wetenschap 1984, 27 (suppl. H. en P. 8) 16 - 20.
37. Verhaak, P.F.M., Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts wat de andere niet ziet? Gezondheid en Samenleving 5, 1984, 4, 242 - 252.
38. Visser, G.J. en F.L. Sanavro, Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk. Samenvatting NHI, Utrecht 1982.
39. Visser, A. Ph., H. Pekelharing en H.J.C. Ras, Effecten van een regionale nascholingscursus over de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie 26, 1984, 2, 117 - 127.
40. Vos, H. Reactie op de artikelen van S. ten Horn en F.M. Sorel in MGV 12/82 over nazorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 38, 1983, 3, 291 - 292.
41. Walpot, B., Algemeen maatschappelijk werk in 1984. De Eerste lijn 9, 1984, 4, 9 - 13.
42. Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff, Chroniciteit bij functionele psychosen. Tijdschrift voor psychiatrie 26, 1984, 6, 402 - 419.

LEDENLIJST VAN DE KAMER VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Voorzitter: Drs. T.E.D. van der Grinten

Leden:

Namens:

P.J. van Staveren, arts, ondervoorzitter	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Ge- zondheidszorg
drs. J.R.M. van Ratingen, ondervoorzitter	Nationale Ziekenhuisraad (sectie Geestelijke Gezond- heidszorg, subsectie zwak- zinnigenzorg)
W.J. Hardeman, psychiater	Nationale Ziekenhuisraad (sectie Geestelijke Gezond- heidszorg, subsectie psychiatrie)
J.L.M. van der Beek, zenuwarts	Koninklijke Nederlandse Maatschapij t.b.d. Geneeskunst
drs. A.F. Wyers	Nederlandse Vereniging voor Beschermden Woonvormen

P.J. Geerlings, psychiater	Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs
Mw. A. de Jonge	Landelijk Patiënten/Consumen- ten Platform
P.J.A. Boschman	Landelijk Patiënten/Consumen- ten Platform
drs. H. Polling	Interprovinciaal Overleg
A.H. Slotboom	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
dr. P. Schnabel	Nederlands centrum Geeste- lijke volksgezondheid
Mw. drs. J.M. Bensing	Stichting Nederlands Insti- tuut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
Plv. leden:	Namens:
drs. J.J.H. Engelen	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
H. Schrevel	Nationale Ziekenhuisraad (sectie Geestelijke Gezond- heidszorg)
dr. H. Smits	Koninklijke Nederlandse Maatschappij t.b.d. Genees- kunst
N.F. de Pijper, arts	Nationale Ziekenhuisraad (sectie Verpleeghuizen)

drs. H.F. Brandenburg		Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs
T.L.J. van Emmerik		Commissie zwakzinnigenzorg van de Kamer voor geestelijke gezondheidszorg
J. van der Wilk)	
H.J. Wiegant)	Landelijk Patiënten/Consu- menten Platform
J.B.W.A. Andriesma		Vereniging van Nederlandse Gemeenten
drs. E.P.H.W. Rigter		Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziekte- kostenverzekeraars
drs. J.C.M. Mastboom		Nederlands centrum Geeste- lijke volksgezondheid
dr. E.E. Können		Nationaal Ziekenhuisinsti- tuut
(plv.) Adviserende leden:		Namens:
J.B. van Borssum Waalkes, psychiater)	Geneeskundige Hoofdinspec- tie voor de Geestelijke
)	Volksgezondheid
J. Verhoeff psychiater (plv.))	
dr. E. Dekker)	Departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
)	
Vacature (plv.))	
drs. S. van der Kooij)	
)	Ziekenfondsraad
drs. J. Bultman (plv.))	
Secretariaat:		
drs. P. Vos		
mw. mr. F.A. Mutgeert		

