

© Nederlands Huisartsen Instituut

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt ver-
meld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius
druk: Anton Leerentveld

WO-brochure 84-04

POSTBUS 812 3500 AV UTRECHT
bibliotheek 3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

relatie eerstelijnszorg geestelijke gezondheidszorg

NHI-bijdrage aan de nieuwe nota
Geestelijke Volksgezondheid

Deel II

L.Peters

augustus 1984

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 812 3500 AV utrecht
Telefoon: 030 - 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het instituut verricht wetenschappelijk onderzoek en houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en - in toenevende mate - andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.

INHOUD

| | pag. |
|---|------|
| VOORWOORD | 4 |
| 1. INLEIDING | 6 |
| 2. VERWIJSPATRONEN | 7 |
| 2.1. Verwijzingen tussen ELZ en GGZ | 7 |
| 2.2. Het aantal verwijzingen van de ELZ naar de GGZ vergeleken met het aantal verwijzingen naar andere gezondheidsvoorzieningen | 12 |
| 3. SAMENWERKING TUSSEN ELZ EN GGZ | 19 |
| 4. NABESCHOUWING EN DISCUSSIE | 22 |
| LITERATUUR | 27 |
| NOTEN | 30 |
| BIJLAGE 1 | 33 |
| BIJLAGE 2 | 35 |

VOORWOORD

Ruim een jaar geleden kreeg de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut een verzoek van de hoofdafdeling Geestelijke Volksgezondheid van het Ministerie van WVC om een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, die medio '84 zou verschijnen.

De bijdrage zou bestaan uit een tweetal notities die informatie zouden moeten verschaffen over:

- de psychische, sociale en psychiatrische problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg/maatschappelijke dienstverlening en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.

Het verzoek was de informatie zoveel mogelijk met cijfers te onderbouwen. Het departement zou deze informatie betrekken bij het opstellen van bovengenoemde Nota.

Dit verzoek heeft geleid tot het ontstaan van twee notities onder de naam 'NHI-bijdragen aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Deel I en Deel II. Om deze informatie ook voor een breder publiek toegankelijk te maken, heeft het NHI besloten de notities in brochurevorm uit te geven. Omdat beide onderdelen wel bij elkaar horen, maar geen eenheid vormen in de zin dat Deel II een vervolg is op Deel I, zijn de brochures afzonderlijk verkrijgbaar onder de respectievelijke titels:

- Psychosociale Problemen in de Eerstelijnszorg door Mw. J.M. Bensing (Deel I).

- Relatie Eerstelijnszorg - Geestelijke Gezondheidszorg door L. Peters (Deel II).

De tekst is de ongewijzigde versie zoals die aan de hoofdafdeling Geestelijke Volksgezondheid is aangeboden.

Utrecht, september 1984.

Nederlands Huisartsen Instituut,
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

1. INLEIDING

Met de toegenomen druk op de eerstelijnszorg (ELZ) inzake het aanbod van psychosociale en psychiatrische problematiek en de onlangs gereguleerde toegankelijkheid van de AGGZ, is de aandacht voor de relatie tussen beide sectoren groeiende. Bij de relatie tussen ELZ en GGZ kan een groot scala van aspecten onderscheiden worden:

- de (afstemming van) taken en functies van ELZ en GGZ en, hiermee samenhangend, de vraag
- of en zo ja wanneer en naar wie patiënten¹ verwezen (moeten) worden en
- de vorm, inhoud, aard en intensiteit van de hiervoor benodigde samenwerking tussen ELZ en GGZ (wederzijdse dienstverlening, informatie-uitwisseling etc.).

Over de meeste van deze aspecten is slechts weinig bekend. (Onderzoeks)gegevens op dit gebied zijn schaars, nadere invulling en concretisering van beleidsvoornemens worden hierdoor bemoeilijkt.

In deze notitie worden, aansluitend op deel I van de NHI-bijdrage², enige kwantitatieve gegevens over de relatie tussen ELZ en GGZ verstrekt. Uitgangspunt bij de verzameling van deze gegevens is het geven van informatie die op het landelijk niveau betrekking heeft. Achtereenvolgens worden verwijscijfers en enige gegevens over de samenwerkingsintensiteit tussen ELZ en GGZ behandeld. We presenteren deze cijfers, enerzijds in het licht van relaties tussen de GGZ en andere voorzieningen dan de eerstelijnszorg, anderzijds worden de gegevens gerelateerd aan de hoeveelheid psychosociale problematiek die de huisarts en het alge-

meen maatschappelijk werk (AMW) ontmoeten. Deze notitie wordt afgesloten met een nabeschuwing waarin enige aandachtspunten ten behoeve van de opstelling van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid worden besproken.

2. VERWIJSPATRONEN

In 1983 heeft het NHI in een pilotstudy onderzocht welke plaats de ELZ in de verwijzingen van en naar de AGGZ en de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) inneemt. Hierbij is gebruik gemaakt van registratiegegevens over 1979. Aansluitend hierop zijn ten behoeve van deze notitie op basis van meer recent en volledig registratiemateriaal³ soortgelijke gegevens verzameld. Omdat ook dit materiaal dateert van de periode vóór de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ, kunnen geen uitspraken gedaan worden over de situatie na invoering van deze regeling.

In tabel 1 en 2 (zie de volgende pagina's) zijn de resultaten samengevat.

2.1. VERWIJZINGEN TUSSEN ELZ EN GGZ

De situatie in 1981

De cijfers over 1981 wijken slechts marginaal af van de op 1979 betrekking hebbende resultaten van de eerder vermelde pilotstudy. We volstaan hier dan ook met een samenvatting van de meest saillante bevindingen.

Voor een meer gedetailleerde bespreking willen we attenderen op een in het MGZ verschenen artikel (Peters, 1984).

- Uit tabel 1 en 2 kan geconcludeerd worden dat de

Tabel 1: Verwijzingen van en naar de AGGZ in 1981 *

| verwijspatroon bij aanmelding in % (n = 97.741) | | verwijspatroon bij uitschrijving in % (n = 87.358) | |
|--|-----------------------|--|-------|
| kerndisciplines 1e lijn | 34.9% | kerndisciplines 1e lijn | 1.3% |
| w.v. huisarts | 32.2% | w.v. huisarts | 0.5% |
| w.v. AMW | 1.8% | w.v. AMW | 0.8% |
| w.v. kruisinstel- lingen | 0.9% | w.v. kruisinstel- lingen | 0.1% |
| extramurale GGZ | 6.9% | extramurale GGZ | 6.5% |
| w.v. eigen of ande- re AGGZ-in- stelling | 5.2% | w.v. eigen of ande- re AGGZ-in- stelling | 5.7% |
| w.v. polikliniek + zelfst.gevest- igde psychia- ter | 1.7% | w.v. polikliniek + zelfst.gevest- igde psychia- ter | 0.8% |
| semimurale GGZ | 0.5% | semimurale GGZ | 0.5% |
| intramurale GGZ | 4.4% | intramurale GGZ | 8.5% |
| w.v. alg.psychiatr. ziekenhuizen | 2.2% | w.v. alg.psychiatr. ziekenhuizen | 4.0% |
| w.v. PAAZ | 0.9% | w.v. PAAZ | 0.4% |
| w.v. overig | 1.3% | w.v. overig | 4.1% |
| diversen | 26.5% | diversen | 2.6% |
| w.v. 0 ^e echelon school politie/ju- stitie | 11.8% 5.1% 4.2% | | |
| eigen initiatief, familie/vrienden | 24.1% | | |
| onbekend, niet ver- werkbaar | 2.8% | onbekend | 0.6% |
| | | totaal % verwij- zingen | 20.1% |
| | | beëindiging, ver- breking zonder verwijzing | 79.9% |

* De cijfers hebben betrekking op alle AGGZ-werksoorten, echter exclusief IMP's en CAD's. De tabel is opgesteld op basis van gegevens van het NVAGG-registratiesysteem, de (5) Limburgse RIAGG's en gegevens van 8 (instroom), c.q. 7 (uitstroom Amsterdamse instellingen). De vermelde absolute aantallen hebben betrekking op circa 95% van de bevolking.

Tabel 2: Verwijzingen van en naar de algemene psychiatrische ziekenhuizen in 1981 *

| verwijspatroon bij opname in % (n = 20.657) | | verwijspatroon bij ont- slag in % (n = 19.206) | |
|--|----------------|--|----------------|
| huisarts | 24.7% | huisarts | 20.9% |
| extramurale GGZ | 52.7% | extramurale GGZ | 47.4% |
| w.v. AGGZ (SPD) | 34.6% 31.7% | w.v. AGGZ (SPD) | 24.0% 20.8% |
| w.v. polikliniek + zelfst.gevest. psychiater | 18.1% | w.v. polikliniek + zelfst.gevest. psychiater | 23.4% |
| diversen | 16.4% | diversen | 13.2% |
| eigen initiatief, familie, vrienden | 6.1% | | |
| onbekend | 0.1% | onbekend | 6.5% |
| | | totaal % verwij- zingen | 92.3% |
| | | niet verwezen | 7.7% |

* Bron: Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg

spilpositie van de AGGZ tussen ELZ en intramurale GGZ slechts ten dele tot uitdrukking komt in de verwijspatronen. Dit blijkt enerzijds uit het relatief bescheiden aandeel dat de ELZ in de verwijzingen naar de AGGZ inneemt (35%), en anderzijds uit de relatief belangrijke plaats die huisartsen als (rechtstreekse) verwijzers naar de psychiatrische ziekenhuizen innemen (25%).

- Ten tweede valt op dat het AMW, die wat betreft het psychosociale probleem aanbod tezamen met de huisartsen hoog scoort, voor de GGZ van marginale betekenis is als 'toeleverancier' van patiënten

- en als voorziening waar patiënten na een behandeling in de GGZ naar toe (of terug) worden verwezen. Ook verwijzingen van kruisinstellingen naar de GGZ (en vice versa) komen sporadisch voor. Als er vanuit de eerstelijns naar de GGZ wordt verwezen, is dat bijna altijd de huisarts.
- Tenslotte kan opgemerkt worden dat de verwijzrelatie tussen huisarts en AGGZ vrijwel volledig in het teken staat van een éénrichtingsverkeer naar de AGGZ, terwijl verwijzingen tussen huisartsen en psychiatrische ziekenhuizen in beide richtingen plaatsvinden.

Trends in de verwijzpatronen

Voor zover landelijke registratiegegevens beschikbaar waren, is nagegaan of de verwijzpatronen in 1981 afwijken van voorgaande jaren. Over de in- en uitstroom van de AGGZ (exclusief IMP's en CAD's) waren alleen gegevens vanaf 1979 voorhanden; wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen kon teruggaan worden tot 1970⁴. In bijlage 1 zijn de resultaten in grafiek- en tabelvorm weergegeven. De verwijzingen van en naar de AGGZ in de periode van 1979 tot en met 1981 vertonen een stabiel beeld. Het verwijzpatroon bij uitschrijving blijft vrijwel onveranderd, terwijl het relatieve aandeel van de diverse naar de AGGZ verwijzende instanties slechts geringe wijzigingen laat zien: aanmelding door de ELZ en op eigen initiatief nemen iets toe, de aanmeldingen via het 0e echelon nemen wat af. Het verwijzpatroon van de psychiatrische ziekenhuizen laat vooral vóór 1979 aanzienlijke verschuivingen zien. De proportie opnemingen na ver-

wijzing door de extramurale GGZ (AGGZ, polikliniek, zelfstandig gevestigde psychiater/zenuwarts) neemt in de periode van 1970 tot 1979 af van 72% naar 52%, terwijl het aandeel van de huisarts stijgt van 19% tot 26%. Nog groter zijn de verschillen bij het verwijzpatroon bij ontslag. Het aandeel van de extramurale GGZ, in 1970 nog 78%, is in 1979 gedaald tot 50%. Het aandeel van de huisarts stijgt in deze periode daarentegen van 7% tot 21%. Vanaf 1979 treedt ook bij de verwijzpatronen van en naar de psychiatrische ziekenhuizen een zekere stabilisatie in.

Kanttekeningen bij de betrouwbaarheid van de gehanteerde gegevens

Enige relativisering bij de gevonden cijfers en de daarop gebaseerde conclusies is zeker op zijn plaats. Een illustratie: in het eindrapport van de Projectgroep Registratie Groningen (Veeger, e.a., 1983) wordt opgemerkt dat volgens het AMW-registratiesysteem aldaar in 1980 in 20 gevallen door het AMW naar de SPD werd verwezen, terwijl dit volgens de SPD-registratie slechts 11 keer voorgekomen zou zijn.

Een systematische check op de door ons gebruikte gegevens was helaas niet mogelijk door o.a. het ontbreken van landelijk verzamelde gegevens door de eerstelijnsdisciplines. We beperken ons dan ook tot enkele algemene opmerkingen:

- Bij de door de psychiatrische ziekenhuizen geregistreerde instroomgegevens is het onduidelijk in hoeverre de financieringsstructuur tot een overrapportering van verwijzingen door medische in-

stanties leidt.

- Bij de door de GGZ geregistreerde uitstroomgegevens is het bovendien onduidelijk of een verwijzing inderdaad betekent dat patiënten contact met de voorzieningen waar naar toe is verwezen hebben gehad of dat de aantallen alleen de intentie van de verwijzende instantie weergeven.
- Tenslotte kunnen bij de geregistreerde instroomgegevens vraagtekens gezet worden bij de categorie '-aanmelding op eigen initiatief'. In welke mate bij deze wijze van aanmelding professionele instanties een rol hebben gespeeld is niet te achterhalen. Omgekeerd is het overigens ook onbekend in hoeverre bij verwijzingen naar de GGZ verwijzende instanties een louter 'administratieve' taak vervullen.

2.2. HET AANTAL VERWIJZINGEN VAN DE ELZ NAAR DE GGZ VERGELEKEN MET HET AANTAL VERWIJZINGEN NAAR ANDERE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

De hiervoor besproken verwijspatronen zijn gebaseerd op registratiegegevens van GGZ-instellingen. Ze zeggen dan ook meer over het belang van de ELZ voor de GGZ als vice versa. Voor de generalistische ELZ is de GGZ één van de verwijsmogelijkheden. In hoeverre het aantal verwijzingen naar de GGZ zich verhoudt tot de omvang van het psychosociale probleemaanbod in de ELZ is wat betreft de twee kerndisciplines die binnen de eerstelijns het meest met deze problemen worden geconfronteerd, de huisartsen en het AMW, nagegaan. Aangezien de bestaande registratie- en onderzoeksgegevens zich slechts ten dele voor de beantwoording van deze vraag lenen, zijn een aan-

tal - niet toetsbare - veronderstellingen ingevoerd. De uitkomsten hebben dan ook slechts een indicatieve waarde.

Huisartsen

In tabel 3 wordt de eerder besproken tijdsbesteding van huisartsen naar soort problematiek (zie deel I van de NHI-bijdrage, 'Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg') vergeleken met het aantal verwijzingen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Hoewel de tijd die huisartsen aan de opvang en behandeling van psychosociale problematiek besteden aanzienlijk is, blijkt dit niet te resulteren in veel verwijzingen naar de GGZ. Per huisartspraktijk werd in 1982 gemiddeld circa 16 à 17 keer naar de GGZ verwezen. Dit staat in schril contrast met de 575 keer dat een patiënt naar een somatisch specialist werd verwezen. Als er naar de GGZ wordt verwezen, gebeurt dit in bijna de helft van de gevallen naar een AGGZ-instelling. Ook de poliklinieken (van PAAZ'en en psychiatrische ziekenhuizen) en zelfstandig gevestigde psychiaters vormen met circa zes verwijzingen per jaar een relatief belangrijk verwijskanaal voor de huisarts. Deze uitkomsten roepen een groot aantal vragen op. Zelfs als het probleemaanbod bij de huisartsen niet in tijdsbesteding maar in aantallen contacten of patiënten wordt uitgedrukt, blijft er een discrepantie bestaan met het aantal verwijzingen naar de GGZ in vergelijking met het aantal verwijzingen naar somatische specialisten. Een groot aantal oorzaken kunnen hier, al dan niet in combinatie, een rol spelen (zie ook Goldberg en Huxley,

Tabel 3: workload huisartsen naar soort problematiek en aantal verwijzingen per huisartspraktijk en per 1000 van de bevolking

| workload huisartsen | | aantal verwijzingen in 1982 | | per 1000 van de bevolking |
|--|-----|---|------------------------|---|
| | | per huisartspraktijk | somatisch specialisten | |
| somatische problematiek | 29% | GGZ totaal w.v. extramuraal (AGGZ inclusief CAD's/ IMP's | 16 à 17 14 ± 8) | GGZ totaal w.v. extramuraal (AGGZ inclusief CAD's IMP's |
| verweven en/of verhuide psychosociale problematiek | 44% | (polikliniek + zelfst. gevestigde psychiater w.v. intramuraal | ± 6) 2.5 à 3 | 3 à 3.5) (polikliniek + zelfst. gevestigde psychiater w.v. intramuraal |
| expliciete psychosociale problematiek | 27% | | | ± 1 |

* Bij de berekening c.q. schatting van het aantal verwijzingen per huisartspraktijk zijn de verlengings-, re-fractie- en de achterafverwijzingen, alsmede de verwijzingen op verzoek van een specialist buiten beschouwing gelaten. In noot 5 wordt de totstandkoming van de vermelde aantallen in het kort toegelicht.

1980 en Ormel en Giel, 1983):

- de problematiek is, meer dan bij voornamelijk somatische problemen, van dien aard dat de patiënt, al dan niet met steun van zijn of haar huisarts, zelf tot een oplossing van zijn/haar problemen komt;
- de weerstand van patiënten (of bepaalde groepen patiënten) tegen een verwijzing naar de GGZ is, in vergelijking met een verwijzing naar een somatisch specialist, hoog;
- de verwachting van de huisarts ten aanzien van het effect of de efficiency (langdurige intake-procedures, wachttijden, etc.) van de specialistische GGZ is dermate laag dat hij/zij er de voorkeur aan geeft óf zelf te behandelen óf binnen de eerstelijns doorverwijst naar het AMW óf via een verwijzing naar een somatisch specialist/fysiotherapeut somatische aspecten van psychosociale problematiek als aangrijpingspunt voor verdere actie hanteert.

Het relatief geringe aantal verwijzingen naar de GGZ is overigens geen aanleiding op zich om te concluderen dat er te weinig naar de GGZ wordt verwezen. Voor het vaststellen en zonodig verbeteren van de kwaliteit van de verwijzingen is het echter wel gewenst om antwoord te krijgen op de vraag of, en zo ja in welke mate, ten onrechte wel, ten onrechte niet, en ten onrechte naar een niet-geëigende voorziening wordt verwezen.

Algemeen Maatschappelijk Werk

Ook met betrekking tot het AMW is getracht een indruk te krijgen van enerzijds de hoeveelheid psycho-

sociale problematiek, en anderzijds van het aantal verwijzingen naar een GGZ-instelling in relatie tot het totaal aantal verwijzingen. In afwijking van tabel 3 bleek het echter niet mogelijk deze vraag met soortgelijke parameters te beantwoorden.

In tabel 4 zijn in 1982 uitgeschreven cliëntsyste-men naar soort problematiek ingedeeld, waarbij per categorie en per totaal bekeken is of, en zo ja, naar welk soort instantie verwezen is. Het soort problematiek verwijst naar datgene waar met prioriteit aan gewerkt is. De hierop betrekking hebbende percentages wijken overigens slechts marginaal af van het soort problematiek bij intake. Bij de in tabel 4 vermelde verdeling naar soort problematiek zijn als 'Voornamelijk psychosociale problematiek' de volgende probleemgebieden aange-merkt: relaties tot partner, relatie ouders/kinderen, relatie tot anderen, verwerking eigen omstan-digheden, eenzaamheid, identiteit, verslaving, psychische problemen. Het probleemgebied multi-probleemgezin is voor de helft tot 'Voornamelijk psychosociale problematiek' gerekend. Deze inde-ling is ten aanzien van verschillende probleemge-bieden ongetwijfeld arbitrair. Bijlage 2 bevat een gedifferentieerd overzicht van de verwijzingen van-uit het AMW naar soort problematiek, alsmede een in het 'Kliëntenregistratieformulier Algemeen Maat-schappelijk Werk' opgenomen toelichting bij de pro-bleemgebieden. Op basis van deze gegevens kunnen al-ternatieve indelingen desgewenst samengesteld wor-den.

Tabel 4: Verwijzingen vanuit het AMW naar soort problematiek *

| | | | | | | | | |
|--|------|-------------------|-----|-------------------------|----|----|-------------|-----|
| cliëntsysteem met voornamelijk psycho- sociale problematiek | 46% | niet doorverwezen | 84% | w.v. naar GGZ (AGGZ) | 8% | 6% | w.v. overig | 9% |
| cliëntsysteem met voornamelijk niet- psychosociale problematiek | 54% | niet doorverwezen | 85% | w.v. naar GGZ (AGGZ) | 2% | 1% | w.v. overig | 13% |
| totaal cliëntsyste-men (n = 55.408) | 100% | niet doorverwezen | 84% | w.v. naar GGZ (AGGZ) | 5% | 3% | w.v. overig | 11% |

* Bron JOINT Registratiebestand over alle in 1982 afgesloten contacten (n = 55.408 hulpeen-heden exclusief 731 hulpeenheden, waarbij het probleemgebied niet was aangegeven). Zie ook bijlage 2.

Evenals bij de huisarts kan worden geconstateerd dat een hoge proportie psychosociale problematiek (46%) niet tot een evenredig aantal verwijzingen naar de GGZ leidt. Als er door het AMW verwezen wordt - en dat gebeurt in 16% van de gevallen - betreft dat slechts voor een derde een verwijzing naar de GGZ. Hierbij valt het op dat als er naar aanleiding van psychosociale problematiek doorverwezen wordt, meer dan de helft van de cliënten naar een niet-GGZ-instelling wordt verwezen. In eerste instantie doet dit de veronderstelling rijzen dat het registratiemateriaal, wat dit aspect betreft, onbetrouwbaar is. Echter ook probleemgebieden als 'psychische problemen' die onmiskenbaar onder het kopje 'voornamelijk psychosociaal' vallen, vertonen deze discrepantie nog in aanzienlijke mate. Een verklaring valt zonder nader onderzoek niet te geven.

Overigens kan in dit kader opgemerkt worden dat verwijzingen van de (A)GGZ náár het AMW nog minder frequent voorkomen (zie tabel 1 en Veeger, 1983). Wat betreft het aandeel van de overige verwijzingen náár het AMW neemt de huisarts volgens registratiegegevens van de JOINT de belangrijkste plaats in met circa 15% van het totaal aantal aanmeldingen. Verreweg de meeste aanmeldingen vinden echter op eigen initiatief plaats: circa 59% (JOINT, 1983). Mede op grond van deze (globale) gegevens kan de positie van het AMW wat betreft verwijspatronen vooralsnog gekenschetst worden als geïsoleerd ten opzichte van de (A)GGZ, redelijk geïntegreerd met de overige ELZ (met name de huisarts) en als duidelijke eerstelijnsvoorziening wat

betreft de benutting van de directe toegankelijkheid.

3. SAMENWERKING TUSSEN ELZ EN GGZ

Behalve samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines wordt samenwerking tussen de ELZ en de GGZ alom als een voorwaarde gezien voor een goede afstemming tussen beide sectoren en als middel om een te snelle inschakeling van gespecialiseerde GGZ-zorg te voorkomen.

Samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines neemt mede dankzij stimuleringsmaatregelen van de landelijke overheid een steeds grotere omvang aan. Over het verband tussen enerzijds het al dan niet samenwerken tussen eerstelijnsdisciplines en anderzijds de omvang van verwijzingen naar de GGZ en de mate waarin met een GGZ-instelling wordt samengewerkt, zijn enkele globale gegevens beschikbaar. Zo blijkt uit het NHI-onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen' dat huisartsen in gezondheidscentra significant minder verwijzen naar psychiatrie (inclusief zenuw- en zielsziekten)⁶ dan huisartsen die in een andere praktijkvorm werkzaam zijn (Wijkkel, 1983). Of deze lagere verwijscijfers ook ten aanzien van de AGGZ (en/of het AMW) worden aangetroffen is echter niet bekend. Evenmin is informatie beschikbaar over kwalitatieve aspecten van de verwijzingen. In hetzelfde onderzoek is tevens nagegaan in welke mate huisartsen die *niet* in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werkzaam zijn samenwerken met de GGZ. Op basis van nog niet gepubliceerd materiaal uit dit onderzoek zijn gegevens verzameld over de mate van samenwerking (gevraagd is naar vaste werk-

Tabel 5: vaste werkcontacten van huisartsen* met GGZ-instellingen in 1978 en 1983 **

| | 1978 (n = 356) | 1983 (n = 447) |
|---|-------------------|-------------------|
| het percentage huisartsen dat vaste werkcontacten met één of meer GGZ-instellingen onderhoudt | 20% | 24% |
| soort GGZ-instellingen waarmee vaste werkcontacten bestaan | | |
| AGGZ | 93% | 88% |
| w.v. SPD (exclusief in RIAGG-vervand) | 54% | 44% |
| overige GGZ | | |
| w.v. zelfstandig gevestigde psychiater/psycholoog | 7% 4% | 12% 8% |

* De getallen hebben alleen betrekking op huisartsen die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werkzaam zijn.

** Bron: nog niet gepubliceerd materiaal uit het NHI-onderzoek 'Samenwerken en verwijzen'

contacten)(tabel 5) en de aard van deze contacten (tabel 6).

De meeste huisartsen blijken geen vaste werkcontacten met een GGZ-instelling te hebben. Hoewel dit aantal in 1983 ten opzichte van 1978 is afgenomen, werkt ook in 1983 slechts één op de vier huisartsen regelmatig samen met een GGZ-instelling. Deze gegevens kunnen enigszins vergeleken worden met gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken, zoals die over 1980 door Boerma (1981) verzameld zijn. Uit dit onderzoek bleek dat in respectievelijk 55 en 45% één of meer vaste werkcontacten met een GGZ-instelling bestonden; duidelijk hoger dan bij huisartsen die niet in een dergelijke praktijkvorm werkzaam waren. Uit beide onderzoeken komt naar vo-

Tabel 6: aard van de werkcontacten van huisartsen* met een GGZ-instelling in 1978 en 1983 **

| | 1978 / 1983*** |
|----------------------------|----------------|
| patiëntenoverleg | 42% |
| organisatorisch overleg | 1% |
| consultatie | 9% |
| overig/niet gespecificeerd | 48% |
| totaal aantal contacten | 100% |

* alleen huisartsen die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werkzaam zijn

** bron: nog niet gepubliceerd materiaal uit het NHI-onderzoek 'Samenwerken en verwijzen'

*** de proportionele verdeling van het soort werkcontacten was in 1983 gelijk aan 1978.

ren dat verreweg de meeste contacten een AGGZ-instelling betreffen (en daarbinnen vooral de SPD). Als er vaste contacten bestaan, is dit meestal in de vorm van patiëntenoverleg: 42% van de contacten van niet in gezondheidscentrum of groepspraktijk werkende huisartsen, 36% bij gezondheidscentra en 25% bij groepspraktijken.

Op basis van deze fragmentarische gegevens kan geconstateerd worden dat samenwerking tussen huisartsen en GGZ nog allerminst algemeen is. Ook vanuit de positie van de (A)GGZ kan geconstateerd worden dat een groot deel van de externe serviceverlening op andere dan eerstelijnsdisciplines is gericht (Booy en Schnabel, z.j., Brand e.a., 1982). Vergelijking met de eerder besproken verwijspatronen laat tevens zien dat het aantal vaste werkcontacten van huisartsen met niet onder de AGGZ vallende GGZ-instellingen (poli's, vrijgevestigde, intra-

murale GGZ) geen gelijke tred houdt met het aantal verwijzingen: als er wordt samengewerkt is dat vrijwel altijd met een AGGZ-instelling.

4. NABESCHOUWING EN DISCUSSIE

Deze notitie bevat enige cijfermatige gegevens over de relatie tussen ELZ en GGZ. De oogst is nogal schameel. Dat heeft enigszins te maken met het uitgangspunt een beknopt overzicht te willen geven, maar meer nog met het feit dat de mate van betrouwbaarheid onbekend, en de onderlinge afstemming van bestaande registratiesystemen onvoldoende is. Ook onderzoeksgegevens over het thema ELZ-GGZ ontbreken nagenoeg.

Desondanks geven de vermelde cijfers aanleiding enkele aandachtspunten voor het te voeren beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te formuleren.

Met (en voorafgaand aan) de onlangs ingevoerde Wettelijke Regeling AGGZ is de aandacht en discussie rond de (vrije) toegankelijkheid van de AGGZ, en daarmee de aandacht voor de relatie tussen de ELZ en de (A)GGZ, in een stroomversnelling geraakt. Helaas is deze discussie vooral een GGZ-aangelegenheid geweest.

De in de regeling vervatte intentie de AGGZ als tweedelijnsvoorziening aan te merken door de ELZ (en hierbinnen vooral de huisarts) als sleutelbe-waarder van de toegangspoort tot de AGGZ aan te wijzen, zal bij effectuering grote veranderingen te-weeg brengen in de huidige situatie. Over de kloof

tussen deze gewenste en feitelijke patiëntenstro-men wordt in een eerder aangehaald artikel in het MGV uitgebreid ingegaan (Peters, 1984).

Gegevens over de periode na de RIAGG-vorming zal het effect van de invoering van de Wettelijke Re-geling AGGZ op de patiëntenstroom naar de (A)GGZ nader moeten inkleuren. Vooralsnog kan op basis van de door ons verzamelde en aangehaalde gegevens het volgende worden opgemerkt.

De centrale positie van de huisarts binnen de ELZ in de vertaling van de hulpbehoefte van de bevol-king naar de vraag aan professionele GGZ hulpverle-ning wordt door onze bevinding onderstreept. De huisarts is niet alleen de enige discipline die vrijwel elke Nederlander min of meer regelmatig ziet, hij (of zij) is ook degene die het overgrote deel van de verwijzingen naar de ELZ naar de GGZ voor zijn rekening neemt. Het aantal verwijzingen van de huisarts naar de GGZ is desondanks gering, gezien de hoeveelheid psychosociale problemen waar-mee de huisarts geconfronteerd wordt. Deze bevin-ding krijgt vooral reliëf als we dit vergelijken met het grote aantal verwijzingen naar somatische specialisten: nog geen 3% van het totaal aantal verwijzingen door een huisarts heeft betrekking op een GGZ-instelling. Met andere woorden, de zeef-functie van de huisarts is ten opzichte van de GGZ (nog) veel duidelijker aanwezig dan ten opzichte van de somatische tweedelijnsvoorzieningen. Over de kwaliteit van het zeefproces zegt dit echter niets.

Het gegeven dat, in de periode voor de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ althans, het meren-

deel van de aanmeldingen bij de AGGZ buiten de ELZ om verlopen, relativeren de zeeffunctie van de huisarts enigszins. Nadere bezinning en onderzoek over de consequenties van de invoering van deze Regeling voor het functioneren van de huisarts, lijkt dan ook gewenst. Met name kan hierbij gedacht worden aan de wijze waarop en de conditie waarbinnen een louter administratieve functie van de huisarts bij het (door-)verwijzen van patiënten naar een GGZ-instelling voorkomen kan worden.

De gepresenteerde verwijscijfers geven tevens aanleiding de relatie tussen huisartsen en (de intramurale afdelingen van) psychiatrische ziekenhuizen nader te bezien. In tegenstelling tot de voorgestane echelonsgewijze ordening van de (geestelijke) gezondheidszorg blijkt er namelijk sprake te zijn van een relatief intensief verwijsverkeer tussen beide voorzieningen. Waarom in deze gevallen de AGGZ of een andere extramurale GGZ-voorziening niet wordt ingeschakeld, is dan ook nader onderzoek waard.

De relatie tussen het Algemeen Maatschappelijk Werk en de GGZ wordt gekenmerkt door geringe wederzijdse patiëntenstromen. De verwijscijfers maken duidelijk dat de positie van het AMW, wat dit betreft, als vrij geïsoleerd gekenschetst kan worden. Het merendeel van de patiënten meldt zich op eigen initiatief aan, een minderheid wordt doorverwezen en als er verwezen wordt gebeurt dat ook bij cliënten met psychosociale problemen vaak naar een niet-GGZ-instelling. Indien er sprake is van een instantie die naar het AMW verwijst, is dat meestal de huisarts. Deze resultaten, met in-

begrip van onze schatting dat bijna de helft van de cliëntsystemen van het AMW voornamelijk psychosociale problemen heeft, maakt nader inzicht in het hoe en waarom van deze situatie wenselijk. Hierbij kan vooral gedacht worden aan verschillen tussen het AMW en de AGGZ qua werkwijze, probleemaanbod en soort patiënten. Aan de positie van het AMW is onlangs in diverse nota's en adviezen aandacht besteed. De onder meer in het concept-advies van de Nationale Raad gedane aanbeveling het AMW als eerste aanspreekbare voorziening voor psychosociale problemen aan te wijzen, sluit voor een groot deel aan bij de huidige activiteiten van het AMW. Naast de behandeling van psychosociale problematiek houdt het AMW zich echter ook met een groot aantal andere, niet (geestelijke) gezondheidsproblemen bezig. De consequenties (en de vormgeving) van een eventuele versterking van de psychosociale hulpcapaciteit van het AMW voor het huidige algemene karakter van het AMW dienen dan ook ruime aandacht te krijgen bij de ontwikkeling van het beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

De in de Wettelijke Regeling AGGZ opgenomen voorwaarde dat aanmelding door het AMW bij de AGGZ alleen mogelijk is indien er sprake is van een samenwerkingsverband met een huisarts, sluit op het eerste gezicht aan bij de toenemende samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werkers in gezondheidscentra en home-teams. Desondanks kan overwogen worden of de mogelijke nadelige effecten van deze clausule in de zin van meer (administratieve) taken van de huisarts en een on-

nodige belasting voor de patiënt opwegen tegen de beoogde voordelen.

Het alternatief, een combinatie van voorpostfunctie van het AMW en de bevoegdheid om rechtstreeks naar de AGGZ te verwijzen, lijkt de voorkeur te verdienen.

Patiëntenstromen tussen ELZ en GGZ zijn een belangrijk aspect van de relatie tussen beide sectoren. De beslissing tot een verwijzing heeft voor de hulpverlener als uiterste consequentie een overdracht van de behandeling en voor de betrokken patiënt de gang naar een nieuwe, voor hem of haar vaak onbekende hulpverlener. Het is dan ook zaak dat een beslissing tot verwijzing niet alleen zorgvuldig geschiedt, maar tevens dat het hulpaanbod van de instantie waar naar toe wordt verwezen, aansluit bij (de problematiek van) de patiënt. Samenwerking is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde. Momenteel zijn vaste werkcontacten tussen huisartsen en GGZ eerder uitzondering dan regel. Gezondheidscentra en in mindere mate groepspraktijken lijken wat dit aspect betreft echter meer vaste contacten met een GGZ-instelling te hebben dan huisartsen die niet in een dergelijk samenwerkingsverband zitten. Over de effecten van deze samenwerking op het verwijsgedrag, en meer in het algemeen, op de werkwijze en het functioneren van de ELZ en GGZ is weinig bekend. Stimulering van experimenten en nader onderzoek lijkt hier dan ook gewenst.

LITERATUUR

- ALPHEN, P.J.M. van, Functies en functioneren van een PAAZ Proefschrift 1982
- BOERMA, W.G.W., Kontakten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1981
- BOOY, F. en P. Schnabel, Externe serviceverlening door de AGGZ aan de eerste lijn; een jaarverslagen-onderzoek Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, zonder jaar
- BRAND, J., J. Brinkman en C. Hosman, AGGZ-preventie in Nederland. Nijmegen, K.U. Nijmegen, 1982
- DOPHEIDE, J.P. en F.N. Nijhout, Een ziekenhuis op nieuw land, een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die regio; 1e interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- GHIGV, afdeling Onderzoek, Inventarisatie van meer dan één decennium cijfermateriaal, Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg over 1976 tot en met 1977. Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1982
- GHIGV/NZR, Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen, gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) over 1981. Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983
- GOLDBERG, D. en P. Huxley, Mental Illness in the Community, the Pathway to Psychiatric Care. London, Tavistock Publications, 1980
- HAEN, F. de, GGZ in getallen 1982, Patiënten/cliëntenaantallen, mankracht, capaciteit en kosten in de geestelijke gezondheidszorg, spreiding van voorzieningen. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1983
- HOSMAN, C.M.H., Psychosociale problematiek en hulpzoeken - een sociaal - epidemiologische studie ten behoeve van

de preventieve geestelijke gezondheidszorg - Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983

JOINT, Discussienota betreffende de relatie AMW/AGGZ, 's Hertogenbosch, JOINT, 1982

JOINT, Registratiegegevens 1982 - gegevens van 81 instellingen - 's Hertogenbosch. JOINT, Landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, 1983

MASTBOOM, J., Poliklinieken van psychiatrische centra, Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1981

MINISTERIE van WELZIJN, Volksgezondheid en Cultuur, Gemengde commissie voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, Ambulante geestelijke gezondheidszorg en haar raakvlakken. Leidschendam, Ministerie van WVC, 1983

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, Concept-advies inzake samenwerking in en met de eerstelijns gezondheidszorg. Rijswijk, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1983

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT, Cijfers uit de huisartsenregistratie, Utrecht, NHI

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, Nota Dienstverlening, Utrecht, NVAGG, 1982

NOTA Eerstelijnszorg, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, nr.18, 180, nrs. 1 en 2

ORMEL, J. en R. Giel, Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts, Tijdschrift voor Psychiatrie, jrg.25, 10-83

PETERS, L., De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg; over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 396, jrg. nr. 1/84, p.33-46

VEEGER, H. e.a., 'Danse Macabre', het AMW balancerend op de eerstelijns; eindrapport van de projectgroep registratie Groningen. Groningen, 1983

VERHAAK, P.F.M., Vooronderzoek functioneren algemeen maatschappelijk werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984

ZIEKENFONDSRAAD, Wettelijke Regeling AGGZ, Amstelveen
Ziekenfondsraad, 1981, Uitgave ZFR nr.160