

8599

RELATIE EERSTELIJN

GEESTELIJKE

GEZONDHEIDSZORG

een bibliografie

 **NIVEL**
bibliotheek

L. Peters

mei 1985

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1985

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

omslag en lay-out: Mieke Cornelius

typewerk: Jos Evers

druk: Anton Leerentveld

NIVEL-brochure 82-05

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
telefoon: 030 - 31 99 46

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

VOORWOORD

Geestelijke gezondheidszorg wordt - in tegenstelling tot lichamelijke gezondheidszorg - bijna automatisch met specialistische (tweedelijns)voorzieningen vereenzelvigd. Is de echelonning in de lichamelijke gezondheidszorg al geruime tijd een vanzelfsprekendheid, het gegeven dat er ook door de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg bedreven wordt is tot voor kort niet of nauwelijks terug te vinden in de diverse beleidstukken over de geestelijke gezondheidszorg. Met de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ en de onlangs door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebrachte Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid wordt voor het eerst nadrukkelijk aandacht besteed aan de rol van de eerstelijns op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In de laatstgenoemde nota wordt gesteld dat het aanbod aan psychosociale hulpverlening in de eerstelijnszorg in kwantitatief opzicht onvoldoende ontwikkeld is, terwijl deze functie in de RIAGG een te zwaar accent krijgt. Er wordt gepleit voor overheveling van deze hulpverlening naar de eerstelijns en voor verbetering van de kwaliteit van de psychosociale hulp door de eerstelijns. Kortom: de eerstelijns moet meer en moet beter.

Uiteraard wordt hiermee tevens de relatie tussen eerstelijns en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg geproblematiseerd. Behalve opleiding, bij- en nascholing, verkleining van huisartspraktijken,

wordt ondersteuning van de eerstelijns door de AGGZ en het op experimentele basis aanstellen van een aantal klinisch psychologen in de eerstelijnszorg genoemd om de eerstelijns versterken.

Deze bibliografie richt zich in eerste instantie op de relatie tussen eerstelijns(gezondheids)zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Afgezien van de vraag wie wat doet (moet gaan doen) staat namelijk buiten kijf dat samenwerking tussen beide sectoren een voorwaarde is voor taakafstemming en eventuele taakoverheveling.

Voorafgaand aan het eigenlijke bibliografiegedeelte wordt in een inleiding de keuze van de publicaties toegelicht en worden maar aanleiding van de publicaties enige discussiepunten rond het thema eerstelijns - GGZ behandeld.

April 1985

INHOUDSOPGAVE

pag

INLEIDING

7

De keuze van publicaties

7

Naar aanleiding van de publicaties

9

BIBLIOGRAFIE

15

BELEID

15

Overheid en (advies) organen

15

Onderzoeksbeleid (algemeen)

20

(AFSTEMMING VAN) TAKEN EN FUNKTIES

21

Omschrijving en standpunten van belangen-organisaties

21

Beschouwingen en onderzoek

24

MORBIDITEIT / OMVANG HULPVRAAG

32

VERWIJZEN

35

Cijfers: onderzoek en registratiegegevens

35

Het verwijsproces: onderzoek en beschouwingen

38

Toegang AGGZ

43

SAMENWERKEN

45

Hoe vaak met wie: onderzoek

45

De praktijk: ervaringen en onderzoek

48

- algemeen

48

- consultatie

53

- crisisinterventie

57

- overige specifieke samenwerkingsvormen en methoden

59

Beschouwingen en modelontwikkeling

62

INLEIDING

De keuze van publicaties

Tegenover een toenemende aandacht in beleidstukken voor de relatie eerstelijnszorg (ELZ)- geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat slechts een gering aantal andere publicaties waarin dit onderwerp centraal staat. Daarnaast is er een groot aantal publicaties waarin zijdelings (aspecten) van dit thema aan de orde komen.

Bij het begrip "relatie ELZ-GGZ" kan gedacht worden aan een aantal aspecten:

- de omvang en het soort hulpvraag bij de diverse voorzieningen;
- de afstemming/verschuiving van het hulpaanbod (taken en functies);
- de verwijspatronen (wanneer, hoe vaak en naar wie wordt welk soort problematiek verwezen);
- de vorm, inhoud, aard en intensiteit van samenwerking tussen ELZ en GGZ (consultatie en andere dienstverlening, informatieuitwisseling, samenwerking bij preventie, intake en behandeling).

In de bibliografie zijn vrijwel alleen publicaties opgenomen die onder de noemer structuur en organisatie gerangschikt kunnen worden. Meer theoretische literatuur over de methoden en de inhoud van samenwerking (bijvoorbeeld mental health consultation) komt slechts in beperkte mate aan bod.

Experimenten en praktijkervaringen, al dan niet in de vorm van onderzoek, zijn echter wel in de bibliografie verwerkt, met uitzondering van de hulpverlening aan bijzondere groepen zoals etnische minderheden, jeugdigen, ouderen, verslaafden, etc. Wat betreft het soort voorzieningen hebben we ons beperkt tot de kerndisciplines van de eerstelijnszorg (huisarts, AMW, wijkverpleging, gezinszorg) terwijl, met uitzondering van de vrijevestigde (eerstelijns) psycholoog*, alle GGZ voorzieningen (vrijgevestigde psychiaters, poliklinieken, AGGZ, PAAZ'en, APZ'en etc.) in principe aanbod komen.

Overigens betekent dit niet dat al deze voorzieningen altijd evenredige aandacht krijgen.

Zo komt de huisarts als vrijwel enige exponent van de ELZ naar voren terwijl ook publicaties over de relatie met vrijevestigde psychiaters en met poliklinieken van psychiatrische centra en PAAZ'en schaars zijn.

Naast literatuur over de situatie in Nederland is tevens buitenlandse (vooral Engelse) literatuur opgenomen. Vrijwel alle publicaties zijn aanwezig in de bibliotheek van het NIVEL en/of het NcGv.

Tot slot een woord van dank: de bibliotheek- en documentatieafdeling van het NcGv voor hun mede-

* Aan dit actuele onderwerp heeft het NIVEL een afzonderlijke bibliografie gewijd (P. Verhaak, De psycholoog in de eerstelijns, een bibliografie, NIVEL, 1985).

werking bij het opsporen van relevante literatuur, A.M. Jansen-Jansen (GHIGV), P. van Lieshout (NcGv), A; Vrij (GHIV) voor hun commentaar op een eerdere visie van de bibliografie en de medewerkers van de afdeling bibliotheek en documentatie van het (voormalige) NHI* voor hun zoek- en annoteerwerk.

Naar aanleiding van de publicaties

Verbetering van samenwerking en taakafstemming tussen ELZ en GGZ, vergroting van de capaciteit en verbetering van de kwaliteit van de psychosociale hulpverlening door de ELZ veronderstelt kennis over de huidige stand van zaken. Dergelijke gegevens blijken slechts in geringe mate voorhanden. Wie wat doet op het gebied van psychosociale hulpverlening, in welke mate welke voorzieningen met welke soort problematiek geconfronteerd worden zijn nog steeds grotendeels onbeantwoorde vragen. Wat wel duidelijk is, is dat alle eerstelijnsdisciplines - vooral de huisarts en het AMW - veelvuldig met dergelijke problematiek in aanraking komen (71), dat dit zelden aanleiding is om pa-

* Met de splitsing van het NHI op 1 januari 1985 in de Stichting O & O en het NIVEL valt de voormalige NHI bibliotheek onder het NIVEL, terwijl beide instituten een documentatiefunctie vervullen.

tiënten naar gespecialiseerde GGZ- voorzieningen door te verwijzen (zie o.a. 76, 77, 84), maar dat er desondanks behoefte aan ondersteuning door en samenwerking met de GGZ bestaat (zie o.a. 127, 128). Wie de cijfers over de hulpvraag bij de ELZ en de GGZ bekijkt zal dan ook niet snel tot de conclusie komen dat hier, in kwantitatieve zin althans, een groot potentieel aan substitiemogelijkheden (van GGZ naar ELZ) aanwezig is.

Uit de literatuur komt eerder het omgekeerde naar voren: wachtlijsten bij de AGGZ, de opkomst van psychiatrische poliklinieken (97), onvrede met de AGGZ (zie o.a. 121) zijn eerder signalen dat de eerstelijns liever meer dan minder een beroep op de GGZ wil doen. Dat in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid desondanks gesproken wordt van geleidelijke overheveling van taken ("lichte" problematiek) van de AGGZ naar de ELZ is dan waarschijnlijk ook mede een gevolg van het voornemen dat de RIAGG's zich meer dan tot nu toe moeten gaan richten op ernstige psychische problematiek zonder dat daarvoor extra middelen worden geboden. Ook in de publicaties over de situatie in Engeland komen capaciteitsproblemen in de GGZ aan de orde. Hier wordt het gebrek aan psychiaters vaak aangevoerd als argument waarom de GGZ zich beter (althans meer) ten dienste van de eerstelijns of in een eerstelijnssetting moet opstellen (zie o.a. 66). Uiteraard spelen naast deze pragmatische motieven ook zorginhoudelijke motieven als het door de WHO gepropageerde primary health care concept een belangrijke rol.

Meer als in Nederland lijkt de Engelse GGZ zich ook in de praktijk naar de eerstelijns te begeven. Over de (toenemende) samenwerking en dienstverlening aan de eerstelijns, soms in combinatie met behandeling door GGZ-hulpverleners in een eerstelijnssetting, wordt althans veelvuldig gepubliceerd. Strathdee en Williams (116) spreken hierbij over "The silent growth of a new service". Een opvallend verschilpunt tussen beiden landen is echter dat in de engelse situatie nauwelijks de vraag aan de orde komt wie (welke discipline of voorziening) de eerstelijns moet ondersteunen, maar meer de vraag hoe dat moet gebeuren.

Evenals in Nederland is in Engeland echter relatief weinig evaluatieonderzoek naar samenwerking gedaan. Meestal is het Engelse onderzoek beschrijvend van aard en zijn de (positieve) resultaten van samenwerking meer gebaseerd op meningen dan op "objectieve" gegevens. In Nederland zijn eveneens slechts enkele publicaties gewijd aan de evaluatie van (consultatie) experimenten (132, 151). Op één punt wijzen onderzoeken in beide landen in dezelfde richting: hoe meer er tussen eerstelijns-hulpverleners wordt samengewerkt, hoe vaker er ook vaste werkcontacten met de GGZ bestaan (zie o.a. 110, 116, 117).

Dat de behoefte aan meer vergelijkend evaluatieonderzoek naar diverse samenwerkingsmodellen toeneemt komt zowel in recente Engelse als in Nederlandse publicaties naar voren (35, 36, 37, 127, 171).

Terug naar Nederland. Behalve de algemene indruk: veel (korte) beschouwingen, weinig onderzoek, veel beleidsvoornemens, is er één onderwerp dat er qua aantal publicaties uit springt: de toegankelijkheid van de RIAGG's. Hoewel de discussie rond dit onderwerp met de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ formeel is afgesloten (in principe zijn de RIAGG's niet meer vrij toegankelijk), is het belang van het onderwerp verwijsbevoegdheid/toegankelijkheid allerminst gedateerd: onbedoelde gevolgen van deze regeling voor het functioneren van de huisarts (zoals een voornamelijk administratieve rol bij verwijzingen) dienen nader onderzocht te worden. Daarnaast wordt de rol van het AMW (vóór de Wettelijke Regeling wel "bevoegd", maar volgens de cijfers niet tot verwijzen geneigd, ná deze regeling beperkt "bevoegd" en volgens Jointnota's wel tot verwijzen in staat geacht) bij de behandeling van psychosociale problematiek in toenemende mate van belang als de overheid haar streven wil doorzetten om binnen zes jaar de "lichte" problematiek van de AGGZ naar de eerstelijns over te hevelen.

Wat Bangma onlangs (48) met betrekking tot de relatie AMW en AGGZ betoogde is eigenlijk van toepassing op de relatie tussen de hele eerstelijns en GGZ: taakafbakening (laat staan taakoverheveling) kan pas plaatsvinden nadat er sprake is van samenwerking. Het stimuleren en evalueren van verschil-

lende samenwerkingsmodellen is hierbij van groot belang naast een vergroting van de onderzoekspanning ten aanzien van de vraag wat de eerstelijns en de (A)GGZ op het gebied van de psychosociale hulpverlening (kunnen) doen.

BIBLIOGRAFIE

BELEID

OVERHEID EN (ADVIES-)ORGANEN

1. **Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Commissie Eerstelijns Gezondheidszorg. Concept-deeladvies inzake de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg; CRV, Rijswijk, 1982.**

Dit advies is opgesteld vanuit het gezichtspunt van de eerstelijns. Uit de aanbevelingen: instelling van een lokaal overleg beleid ELGZ (LOBEL), samenwerkingsovereenkomsten tussen ELGZ en (A)GGZ op lokaal niveau, organisatie van de extramurale GGZ in veldteams, het AMW dient als eerst aanspreekbare voor psychosociale problemen in de ELGZ te gaan functioneren, 7 x 24-uurs-bereikbaarheid is gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de ELGZ en de (extramurale) GGZ.

2. **Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam. Ministerie van WVC, 1983.**

Ambtelijke reactie op de motie Worrell. De nota wordt in het kader van de problematiek van decentralisatie (WVG, KSW) geplaatst. Inhoudelijk wordt aandacht besteed aan de kernfuncties en de betekenis van een versterkte ELZ voor de ontlasting van de tweedelijns. De relatie met de (A)GGZ komt summier aan de orde. De ontwikkeling van criteria voor wederzijdse verwijzing wordt nodig geacht om enerzijds overbelasting bij de AGGZ te voorkomen en anderzijds het te lang in de eerstelijns blijven van personen, die gespecialiseerde hulp nodig hebben, tegen te gaan.

3. **Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gemengde commissie voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ambulante geestelijke gezondheidszorg en haar raakvlakken. Leidschendam, WVC, 1983.**

Eindrapport van de zogenaamde 'Commissie van Londen'. Bevat een schets van de huidige situatie binnen de AGGZ en de richting waarin deze sector zich verder zou moeten ontwikkelen. Wat betreft de relatie met de eerstelijns wordt o.a. aanbevolen: een wijk-, c.q. streekgerichte werkwijze van de AGGZ, geformaliseerde werkafspraken op lokaal niveau, gerichte ontwikkeling van dienstverlening door de RIAGG's, (bij)scholing eerstelijns werkers, verkleining van de praktijkomvang van de huisarts tot 2200 à 2400 inwoners.

4. **Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984.**

In deze door staatssecretaris Van der Reijden van WVC uitgebrachte nota worden vanuit een integrale visie op de GGZ beleidsvoornemens met betrekking tot de GGZ geformuleerd. Er wordt onder meer betoogd dat behandeling van psychosociale problemen in principe een taak van eerstelijns hulpverleners is (en niet van de RIAGG's). De hiervoor noodzakelijk geachte vergroting van deskundigheid van de eerstelijns dient, behalve door middel van consultatie vanuit RIAGG's, bij- en nascholing, gerealiseerd te worden door klinisch psychologen als achterwacht voor eerstelijnsfunctioneren te laten fungeren. Vooralsnog zal deze rol van psychologen een experimentele status hebben.

(Officiële) commentaren op de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid zijn onder meer door de volgende instanties geleverd:

5. **Cliëntenbond (korte bespreking in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 40 (1985) 1, p. 94).**
6. **College van Ziekenhuisvoorzieningen.**

7. **Joint (Landelijke Organisatie voor maatschappelijke dienstverlening) (Korte bespreking in MGV 40(1985)1, p. 95).**
8. **Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 4, p. 444).**
9. **Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer GGZ (korte bespreking in MGV 39 (1984) 12, p. 1362).**
10. **Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kamer EMGZ.**
11. **Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 4, p. 444).**
12. **Nationale Ziekenhuisraad (NZR) (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 2, p. 208).**
13. **Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (NOW) (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 1, p. 95).**
14. **Nederlands Instituut van Psychologen (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 3, p. 328, volledige tekst in De Psycholoog van januari 1985, p. 29).**
15. **Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) (Korte bespreking in MGV 39 (1984) 12, p. 1362).**
16. **Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen.**
17. **Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 2, p. 208).**
18. **Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 4, p. 444).**
19. **Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (korte bespreking in MGV 40 (1985) 1, p. 94).**
20. **Stichting Interregionaal Verband van Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam.**
21. **Vereniging van medewerkers in Voorzieningen voor Psychiatrische Dagbehandeling (VMDP) (Korte bespreking in MGV 39 (1984) 12, p. 1363).**
22. **Vereniging van Nederlandse Psychiaters (VNP) (Korte bespreking in MGV 40 (1985) 3, p. 328).**

23. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ).
24. Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken te Bennekom.
25. Ziekenfondsraad (Korte bespreking in MGv 40 (1985) 1, p. 94).

Enkele andere reacties:

26. GGZ-Gazet (1984)6, p. 5.
Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, beddenreductie gering en tussenvoorzieningen niet geregeld; idem, zes commentaren à titre personnel.
27. Horn, S. ten.
De nieuwe nota: de GGZ op de huid gezeten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39 (1984) 9, p. 1010.
28. Inzet, (1985)1, p. 2.
De GGZ staat nu voor keuzen, vanuit meer samenhang naar belangrijke verschuivingen.
29. Sorel, F.M.
Een integrale visie op de geestelijke gezondheidszorg, de hoofdzaken van de beleidsnota 'Geestelijke Volksgezondheid'. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39 (1984) 9, p. 941.
30. Schrameijer, Flip (redactie).
"Nota bene", verslag van de invitational conference over de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid op 30 november 1984 te Utrecht. (bevat bijdragen van C.J.B.J. Trimbos, E. Dekker, B. Gersons, P. van Lieshout, P. Schnabel, F.M. Gerards, C. Bruins, P. Verhaak, C.P.C. Breemer ter Stege, M.A.J. Romme en R. Giel). Utrecht, NcGv, 1985. (In: Het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 40 (1985) 4, p. 402 is van de hand van Sineke ten Horn een verslag over deze conferentie verschenen).

31. Mootz, Marijke.
Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.

Deelstudie waarin op basis van secundair materiaal de feitelijke en de door het planbureau gewenste samenhang op het gebied van de GGZ geschetst wordt. Wat betreft de eerstelijns wordt betoogd dat 15% van het huidige cliëntenbestand van de RIAGG's door het AMW behandeld zou kunnen worden, hetgeen - per saldo - gepaard zou gaan met minder kosten.

32. World Health Organization (WHO).
Psychiatry and primary medical care, verslag van een bijeenkomst van de werkgroep Psychiatry in General Practice van de WHO, Regional Office for Europe, gehouden van 10-13 april 1973 te Lysebu, Oslo, Noorwegen.
WHO, Copenhagen, Denmark, 1973.

Behandelt de vraag hoe de afstemming en samenwerking tussen psychiaters en huisartsen het beste vormgegeven kan worden. In het rapport wordt de centrale rol van de huisarts benadrukt; gespecialiseerde GGZ-voorzieningen dienen een ondersteunende rol te vervullen.

33. World Health Organization (WHO).
First-contact mental health care, verslag van een bijeenkomst van de gelijknamige werkgroep van de WHO Regional Office for Europe, gehouden van 25-29 april 1983 te Tampere, Finland. WHO, Copenhagen, Denmark, 1984.

Met als uitgangspunt het WHO-Primary Health Care concept wordt verslag gedaan van onderzoek door de WHO Collaborating Centres. Ingegaan wordt onder meer op de feitelijke en wenselijke rol van eerstelijns hulpverleners, deskundigen op het gebied van de GGZ en hun onderlinge samenwerking.

34. **Bensing, J.M.**
**Van '(A)bortus tot (Z)wangerschap'.
Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eer-
stelij. Medisch Contact, 37 (1982) 29, p.
859.**

Uit het registratiesysteem van lopend wetenschap-
pelijk onderzoek in de eerstelij. van het NHI
blijkt dat het aantal onderzoeken, ondanks de toe-
genomen belangstelling, niet gestegen is in de pe-
riode van 1971 tot en met 1980. De aandacht voor
de relatie eerstelij.-somatische gezondheidszorg
blijkt veel groter dan de aandacht voor eerste-
lij.-geestelijke gezondheidszorg.

35. **Burns, B.J., D.A. Regier, I.D. Goldberg a.o.**
**Future directions in primary care/mental
health research. Int. Journal of Mental
Health 8 (1979) 2, p. 130.**

Pleidooi voor onderzoek ter bevordering van het
aandeel van de geestelijke gezondheidszorg in de
eerstelij. In verhouding tot de omvang aan
GGZ-problemen is het aantal GGZ-specialisten name-
lijk gering. Onderzoek naar de samenwerking tussen
huisartsen en psychiaters moet volgens de auteurs
worden bevorderd.

36. **Clare, A.W. en P. Williams.**
**Future trends in research into primary care
psychiatry, a personal view. In: Psychosocial
disorders in general practice (redactie:
zelfde auteurs), London, Academic Press Inc.,
1979, p. 325.**

Toekomstig onderzoek zou zich onder meer moeten
richten op de (onderzoeksmatige) definitie van een
psychosociaal probleem, de thema's: verborgen psy-
chiatrische morbiditeit, verschillen tussen huis-
artsen wat betreft de behandeling, de ondersteu-
ning van huisartsen door maatschappelijk werkers
en psychiatrische voorzieningen en - tenslotte -
kosten/effect- en kosten/baten-analyses van ver-
schillende behandelmethoden en voorzieningen.

37. **Pincus, Harold Alan, James J. Strain, Jeffrey
L. Houpt, Leslie H. Gise.**
**Models of mental health training in primary
care. The Journal of the American Medical As-
sociation (JAMA), 249, (1983), 22, p. 3065.**

De auteurs houden een pleidooi voor het opzetten
van effect-onderzoek, waarbij naast inhoudelijke
aspecten tevens de kosten van diverse trainings-
programma's in ogenschouw moeten worden genomen.
Ze maken onderscheid tussen vijf modellen: het
consultation-, liason-, bridge-, hybrid- en auto-
nomous model.

(AFSTEMMING VAN) TAKEN EN FUNCTIES

OMSCHRIJVINGEN EN STANDPUNTEN
VAN (BELANGEN) ORGANISATIES

38. **Joint.**
**De relatie tussen het algemeen maatschappe-
lijk werk en de ambulante geestelijke gezond-
heidszorg, 's-Hertogenbosch, Joint, 1981.**

Analyse van de relatie AMW-AGGZ met betrekking tot
decentralisatie, informatie en advies, hulpverle-
ning bij relatieproblemen, benaderen van bijzonde-
re groepen, crisisinterventie, actief signaleren
en preventie. Tevens worden knelpunten signa-
leerd en aanbevelingen gedaan.

39. **Joint.**
AMW-AGGZ. Infoos 4 (1982) 2.

Themanummer over de (toekomstige) plaats en taken
van het AMW ten opzichte van de AGGZ. Behandelt
o.a. de gevolgen van de RIAGG-vorming voor het AMW
en - naar aanleiding van een CRM-nota - over de
regionale opzet van hulpverlening in crisissitu-
atie - de rol van het AMW bij crisisopvang en 7 x
24 uren-bereikbaarheid.

40. Joint.

De relatie AMW/AGGZ: aanzet tot probleemkartering en -aanpak; discussienota. 's-Hertogenbosch, Joint, 1982.

Discussienota met als aandachtspunten: verschillen en overeenkomsten tussen AMW en AGGZ, welke beleidsopties bestaan er ten opzichte van elkaar, gesprekspunten tussen AMW en AGGZ.

41. Joint.

Takenlijst van het Algemeen Maatschappelijk Werk. Den Bosch, Joint, 1983.

Overzicht van taken en plaats van het AMW in de eerstelijns hulpverlening. Aandacht wordt hierbij besteed aan de werkdoelen, de plaatsbepaling, de kenmerken en de taken van het AMW. De nota is onder andere bedoeld als hulpmiddel bij de terreinafbakening tussen AMW en RIAGG.

42. Joint.

Discussienota AGGZ/AMW. Wat wil het AMW met de RIAGG? Standpunt van de AMW-instellingen over hun relatie tot de AGGZ. Den Bosch, Joint, 1983.

Deze nota bevat een overzicht van de standpunten van de vereniging van AMW-instellingen (Vivam) over de taakafstemming en samenwerking met de AGGZ. Eén van de uitgangspunten is dat de AGGZ pas moet worden ingeschakeld als de eerstelijnswerker gespecialiseerde psychosociale hulpverlening nodig acht.

43. Landelijke Huisartsen Vereniging LHV.

Springer, M.P., e.a. (red.). Basistakenpakket van de huisarts., z.pl. z.j.

Omschrijving van taken en verantwoordelijkheden waaraan een praktiserend huisarts minimaal moet voldoen. De huisarts neemt een centrale en coördinerende positie in bij het streven naar samenhang tussen de verschillende voorzieningen. Met name bij consultatie en verwijzing (bijv. naar de AGGZ) dient de huisarts de patiënt hierbij zoveel als

mogelijk te betrekken, terwijl hij degene die wordt geconsulteerd of naar wie verwezen wordt zorgvuldig dient te informeren. Daarvoor dient hij goed geïnformeerd te zijn over de in zijn regio voorhanden zijnde hulpverleningsmogelijkheden. Hierbij heeft de huisarts een belangrijke taak bij de coördinatie in het hulpverleningsproces.

44. Nationale Ziekenhuisraad, sectie GGZ, subsectie psychiatrie.

De poliklinische functie van het psychiatrisch ziekenhuis. Beleidsvisie van het bestuur van de Subsectie Psychiatrie van de SGGZ van de NZR. NZR, Utrecht, 1982.

Subsectie Psychiatrie van de NZR geeft zijn visie op de verdere ontwikkeling van de GGZ, in het bijzonder met betrekking tot de plaats van de poliklinische functie van het psychiatrisch ziekenhuis. In het tweede hoofdstuk wordt o.a. aandacht besteed aan de relatie polikliniek en ELGZ, terwijl in hoofdstuk drie de plaats en functie ten opzichte van aangrenzende instellingen in oogen-schouw wordt genomen.

45. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Konsultatie. Eindnota. Utrecht, NVAGG, 1981.

Doel van de konsultatie is het hulpaanbod zo dicht mogelijk bij de bevolking brengen door de kennis, het inzicht en de mogelijkheden van sleutelfiguren en eerstelijns werkers te vergroten. De nota stelt dat 6 à 7 % van de tijd van AGGZ-werkers uit konsultatieverlening dient te bestaan.

46. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Nota Dienstverlening, Utrecht, NVAGG, 1982.

De nota is een verdere uitwerking van de in de 'Groslijst taken AGGZ per regio' genoemde kerntaak dienstverlening. Uitgangspunt hierbij is het formuleren van een NVAGG-beleid in kwalitatieve en kwantitatieve zin ten aanzien van de dienstverlening (preventief en curatief) door de RIAGG.

Uitgangspunten hierbij zijn: de bereikbaarheid, de gemeenschapsgerichtheid, de zelfstandigheid van de cliënt en het integrale en democratisch karakter van de zorgverlening, die op wetenschappelijke inzichten gebaseerd dient te zijn. Er wordt ingegaan op het overheidsbeleid, het hoe en waarom van de dienstverlening en de plaats van samenwerking met anderen hierin (waaronder de ELGZ).

47. Ziekenfondsraad.

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

Dit rapport bevat het advies inzake verstrekking hulp door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. (De definitieve erkenningsnormen en -voorwaarden zijn in juli 1984 in de Staatscourant gepubliceerd). Belangrijkste elementen uit dit advies voor de relatie met de eerstelijnszorg is de toegang tot de RIAGG's (alleen via de huisarts, danwel via het maatschappelijk werk of het kruiswerk, voor zover deze in een samenwerkingsverband met de huisarts functioneren) en de noodzaak om tot taakafstemming en samenwerking te komen tussen RIAGG en de eerstelijnszorg (met name huisarts, maatschappelijk werk en kruiswerk).

BESCHOUWINGEN EN ONDERZOEK

48. Bangma, Sybren.

AMW en AGGZ: rijp voor een relatietherapie? De Eerste Lijn 7 (1982) 7, p. 4.

In dit artikel worden kanttekeningen geplaatst bij de door sommigen gewenste overheveling van AGGZ-taken naar het AMW. Samenwerking tussen beiden dient geënt te zijn op de erkenning dat beide voorzieningen een eigen identiteit en wetenschappelijke achtergrond hebben. Taakafbakening kan pas plaatsvinden nadat samenwerking gerealiseerd is.

49. Bol, F.A.

Van Probleem tot psychiatrie. Med. Contact 33 (1978) 39 p. 1195.

Hoofdreactionele beschouwing over een studie van de Visie Commissie van St. Bavo over noodzaak en mogelijkheden van ambulante geestelijke gezondheidszorg. De tweedelijnszorg zou een wat ambulanter karakter moeten krijgen, terwijl de ontwikkeling van de eerstelijnszorg gesteund zou moeten worden door middel van consultatie, begeleiding en introductie van de positieve indicatie-gedachte.

50. Bree, J.H.M. van.

Aanbod van hulpverlening nog nauwelijks op elkaar afgestemd. Maatsch. Gezondheidszorg (MGZ) 7, (1979) 9, p. 10.

Auteur geeft na een samenvatting commentaar op het derde rapport van de visiecommissie van het psychiatrisch ziekenhuis St. Bavo. De nadruk wordt hierbij gelegd op die paragrafen die betrekking hebben op de psychosociale hulpverlening in de eerstelijnszorg en het Kruiswerk in het bijzonder.

51. Bree, Han van en Christine Westerweel.

Psychosociale hulpverlening en het algemeen maatschappelijk werk; Bunnik, S-1, 1980.

Verslag van een themadag, georganiseerd door het S1-project. De inzetbaarheid van het maatschappelijk werk in de eerstelijnsgezondheidszorg, met name in samenwerkingsverbanden en de verschillen tussen psychosociale hulpverlening in de eerste- en tweedelijnszorg zijn enkele thema's.

52. Cassee, E. Th., W.M. Hirst en J.C.M. Mastboom.

De wijkverpleegkundige: een psychosociale 'barefoot' doctor. Maatsch. Gezondheidszorg 4 (1976) 12 p. 558.

Schrijvers zetten - mede op basis van onderzoeksgegevens - o.a. uiteen dat een meer zelfstandig optreden van de wijkverpleegkundige op het terrein van de psychosociale dienstverlening wenselijk en

mogelijk is. (Zelfstandige) verwijzing bij moeilijke problematiek naar AMW of GGZ wordt bepleit. Door te werken in kleine teams van huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende wordt dit vergemakkelijkt.

53. Daniels, R.S., D. Goldberg, R. Amiel, a.o.
Psychiatry and primary care. Soc. Psychiatry
17 (1982) 2, p. 59.

Themanummer rond psychiatrie en eerstelijnsgezondheidszorg (primary care). In dit nummer staan de minder ernstige problemen centraal waarmee artsen in de eerstelijns veelvuldig te maken hebben. Omdat deze artsen daartoe onvoldoende zijn opgeleid, is hun relatie met psychiaters van belang. Behandeld worden: de psychiatrische 'case' in de huisartsenpraktijk, preventie en consultatie in de eerstelijns, kinderveerpsychiatrie en eerstelijnsgezondheidszorg, de situatie in Canada en de consultation-liaison-psychiatrie.

54. Dokter, H.J.
Is de huisarts psychotherapeut? Huisarts en Wetenschap, 27 (1984) 12, p. 449.

Mede in reactie op de artikelen van Lamberts (zie 61) en Stam en Postma (zie 67) wordt betoogd dat de opleiding van de huisarts wezenlijk verschilt van GGZ-hulpverleners wat betreft het omgaan met (eigen) (psychische) problemen. Verbetering gewenst.

55. Es, J.C. van.
Psychiatrische polikliniek. Medisch Contact
37 (1982) 47.

Hoofdredactionele beschouwing over de betekenis van de psychiatrische polikliniek binnen de ambulante gezondheidszorg. Ingegaan wordt op de voordelen van deze voorziening voor huisarts en patiënt. Tevens komt de relatie tussen psychiatrische polikliniek en de regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg ter sprake en de mogelijkheid voor poliklinieken voor sociaal-wetenschappelijke psychotherapie.

56. Fink, Paul J. en Donald Olen.
The role of psychiatry as a primary care speciality. In: Psychosocial disorders in general practice, edited by P. Williams en A. Clare, London, Academic Press. Inc., 1979, p. 244.

Beschouwend artikel over de rol van Amerikaanse psychiaters als 'eerstelijnsvoorziening'. Ondanks een toenemend tekort aan psychiaters hebben ze een substantieel aandeel in de ELGZ. Behalve in directe hulpverlening komt dit tevens tot uiting in opleidingstaken ten behoeve van huisartsen.

57. Gillissen, J.
Het Gezondheidscentrum als eerstelijnsvoorziening in de psychiatrie. Medisch Contact 34 (1979) 34, p. 1063.

In de bewerking van een voordracht, gehouden op het jaarlijkse congres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, stelt de schrijver dat binnen de eerstelijns de klinische psychiatrie onvoldoende aan haar trekken komt en dat er aan het klassieke trio van huisarts-wijkverpleegkundige-maatschappelijk werker een gedragsdeskundige zou moeten worden toegevoegd. De AGGZ moet complementair zijn aan de eerstelijns.

58. Grol, R., A. Smits en Th. Voorn.
De psychosociale hulpverlening ten behoeve van de eerstelijns; Medisch Contact 34 (1979), 20, p. 649.

Aan welke psychosociale hulpverlening heeft de eerstelijns behoefte en wie zou dat kunnen doen? De auteurs achten voornamelijk een pluriforme benadering van het probleem van de eerstelijns psychosociale hulpverlening wenselijk. Op de langere duur achten zij een speciaal daarvoor opgeleide (eerstelijns)hulpverlener te verkiezen boven (uitsluitend) ondersteuning door de tweedelijns.

59. **Irvine, E.E.**
Mental health and social work; report of a residential seminar held at Uplands, etc., England, in september 1961, London. Ass. of soc. workers, (1961).

Verslag van een symposium over de relatie geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk. Het aandeel van het maatschappelijk werk omvat niet alleen de behandeling en revalidatie van de psychisch afwijkende mens, maar ook de preventie van het geestelijk welzijn. De beperktheid van de orthodoxe casewerktechnieken moest wijken bij het zoeken naar nieuwe wegen. Vele praktijksituaties kwamen ter sprake.

60. **Jong, S. de.**
Het psychiatrisch centrum: een utopie?
Tijdschrift voor Psychiatrie 21 (1979) 4, p. 232.

Kritiek op de echelonneringsgedachte (die uitgaat van in serie geschakelde voorzieningen, die bepalend zijn voor de tijd, plaats en wijze van hulpverlening aan de patiënt). De auteur is voor een zogenaamde parallelle schakeling, waarbij tijd, plaats en wijze van behandeling afhankelijk zijn van het probleem van de patiënt. Het psychiatrische centrum moet complementair aanwezig zijn in de eerstelijnszorg.

61. **Lamberts, H.**
Psychotherapie: geen taak van de huisarts.
Huisarts en Wetenschap (1984), Suppl. Huisarts & Praktijk nr. 8, p. 13.

Volgens de auteur moeten huisartsen goed zijn in het voeren van gesprekken met hun patiënten en in therapie voor psychische en sociale problemen. Hoewel ze daarbij een psychotherapeutische benadering kunnen toepassen is er nog geen sprake van psychotherapie.

62. **Lems, P.**
Een beeld van het algemeen maatschappelijk werk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39 (1984) 5, p. 509.

Behandelt het functioneren van het AMW in het licht van de discussie van het AMW als algemene voorziening versus het AMW als gespecialiseerde (gezondheidszorg)voorziening. Over de relatie met de AGGZ wordt opgemerkt dat er sprake is van vloeiende grenzen in de taken. Dit kan een reden zijn waarom het AMW minder vaak naar de AGGZ verwijst dan de huisarts.

63. **Lit, A.C.**
Pleidooi voor een multidisciplinaire eerstelijnszorg. Medisch Contact 34 (1979) 36, p. 1148.

Bewerking van een voordracht, gehouden op het jaarlijks congres van de NVP, eind april 1979, thema: 'De psychiater en de eerstelijnszorg'. Pleidooi voor een multidisciplinair bemande eerstelijnszorg en voor vroeger signalering van problemen. Tweede- en derdelijnszorg zijn immers niet in de buurt als de problemen klein en nog niet van psychiatrische aard zijn.

64. **Nuyens, Y.**
Huisarts en geestelijke gezondheidszorg. Huisarts Nu 4, (1977), p. 124.

Resultaten van een nationaal onderzoek (België) naar de rol van huisarts in de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij komen ter sprake: psychische morbiditeit in de huisartsenpraktijk, psychiatrische oriëntatie van de huisarts en therapeutisch gedrag van de huisarts. Voorgesteld wordt dat de huisarts actief is in preventie, screening, gebruik psychotrope farmaca, psychotherapie, modificatie sociale omgeving, revalidatie en nazorg, samenwerking met psychiater en ambulante sector.

65. PvdA-werkgroep Patiënt Centraal.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg. (In: 'Uit de eerstelijnszorg; notities over de eerstelijnsgezondheidszorg, p. 30-34). Wiardi Beckman Stichting, 1982.

Er wordt ingegaan op de rol van de ELGZ bij psychosociale klachten en de rol die de lokale overheid kan spelen bij de versterking hiervan. Hierbij wordt de wijze waarop de AGGZ in de eerstelijnszorg vertegenwoordigd moet zijn in ogenschouw genomen.

66. Shepherd, M.

Psychosocial problems 2: Mental health as an integrant of primary medical care. Journal of the Royal College of General Practitioners (1980) 30, p. 657.

Overzichtsartikel waarin op basis van epidemiologische gegevens en onderzoek geconcludeerd wordt dat de huidige capaciteit aan psychiatrische specialisten onvoldoende is voor de opvang van psychosociale en psychiatrische problematiek. De auteur pleit voor een grotere rol van de ELGZ in deze, psychiaters dienen eerstelijnsverleners bij de diagnosestelling en de behandeling te ondersteunen, terwijl ook de aanwezigheid van een maatschappelijk werker in een eerstelijnssteam van belang wordt geacht.

67. Stam, Joop en Tom Postma.

Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen. Huisarts en Wetenschap (1984), Suppl. Huisarts en Praktijk nr. 8, p. 16.

Zowel huisartsen als psychotherapeuten gaan met hun patiënten op een methodische wijze om, beide zijn, zij het op een andere wijze - daartoe opgeleid. De basisbenadering verschilt niet. Alleen wat betreft de setting zijn er verschillen: de huisarts is direct toegankelijk en onderhoudt, i.t.t. psychotherapeuten, een continue relatie met zijn patiënten.

68. Terstegge, Marlies.

Huisarts en relatieproblemen; gesprekken met huisartsen over eerstelijnszorgverlening bij relatieproblemen. Zeist, NISSO, 1982.

Ingegaan wordt op de rol (werkelijk en gepercipiëerd) van huisartsen bij psychosociale hulpverlening, in het bijzonder bij relatieproblemen. Op basis van de gesprekken wordt geconstateerd dat huisartsen veel meer kennis en vaardigheden tot hun beschikking zouden moeten hebben om psychosociale problemen te signaleren. Tevens komen de ervaringen van de huisartsen met andere psychosociale hulpverleners (o.a. AMW, AGGZ), hun wensen (o.a. eerstelijnspsycholoog) en de grenzen aan de taak van de huisarts bij psychosociale hulpverlening aan de orde.

69. Trimbos, C.J.B.J.

Vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg (in: 'Hulpverleners in de eerstelijnszorg', onder redactie van M. van Beugen, Assen, Van Gorcum 1979).

Het artikel gaat in op het "slechten van het ivoren-toren-complex van de psychiatrie", een vorm van zorg die traditioneel voorbehouden was aan tweede- en derdelijnszorg. Er wordt ingegaan op de toenemende betekenis van de eerstelijnszorg voor de GGZ. Dit gebeurt aan de hand van de thema's: specialisering, deprofessionalisering, de mondigheidstoenamen, ontpsiatriëring, de eerstelijnsbetrokkenheid, nieuwe probleemcategorieën, de psychiatrische inrichting, nieuwe structuren en preventie.

70. **Beaumont, George.**
Psychiatric cases in general practice. Update, (1984) 29, 1, p. 45. Artikel naar aanleiding van een symposium 'Psychiatry and Primary Care', gehouden in het St. Andrew's Hospital, Northampton.

Verslag van een survey naar het voorkomen en het behandelen van psychiatrische klachten in de huisartspraktijk, toegespitst op patiënten die lijden aan depressies. Eén op de twintig nieuwe consulten betrof psychiatrische klachten, terwijl één op de vier vervolggconsulten op deze klachten betrekking had. Conclusie: een relatief klein aantal patiënten vergt een groot deel van de workload van de huisarts.

71. **Bensing, J.M.**
Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg, NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel I, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.

In deze bijdrage worden cijfers gepresenteerd over de psychosociale hulpvraag bij de huisarts, het AMW, de wijkverpleging, de gezinsverzorging en de fysiotherapie. Geconcludeerd wordt dat (alle) eerstelijnsdisciplines veelvuldig met deze problematiek geconfronteerd worden. Tevens komt naar voren dat dergelijke hulpvragen veelal in bedekte termen gepresenteerd worden. Een relativerende kanttekening wordt tenslotte geplaatst bij de betrouwbaarheid van de cijfers: nader onderzoek gewenst.

72. **Brody, Henry, Gavin Andrews, Anne Austin.**
Psychiatric illness in general practice I: why is it mixed? Psychiatric illness in general practice II: how is it managed? Australian Family Physician, 11 (1982) 8, p. 625; idem 9, p. 682.

Het eerste artikel handelt over de onderschatting van psychiatrische morbiditeit door huisartsen.

Het tweede artikel doet verslag van een observatie-onderzoek naar de handelwijze van 13 huisartspraktijken in Australië. Enkele uitkomsten: slechts circa 15 % van de patiënten met psychische problemen wordt doorverwezen, bijna de helft ontvangt geen enkele behandeling, huisartsen doen (volgens de observerende psychiaters) vaak niet altijd wat ze zeggen te doen.

73. **Giel, R.**
Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. Huisarts & Wetenschap, 15 (1972) 6, p. 203.

In Stolwijk werd bij 3-19 % van de nieuwe ziektegevallen en bij 28 % van alle doktersbezoeken een psychiatrische component onderkend. Verondersteld wordt dat het hierbij gaat om welzijnsproblematiek, waarvoor juist de psychiater niet meer deskundig dan andere hulpverleners hoeft te zijn.

74. **Goldberg, D. en P. Huxley**
Mental illness in the community, the pathway to psychiatric care. London, Tavistock Publ., 1980.

Beschrijving en invulling van een psychiatrisch morbiditeitsmodel. In dit model worden vijf prevalentie-niveau's onderscheiden (bevolking, huisarts, herkend door huisarts, totale GGZ, intramurale GGZ) en vier bijbehorende filters (patiënt, huisarts/herkenning, huisarts/beslissingsgedrag, psychiater/beslissingsgedrag).

75. **Hosman, C.M.H.**
Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventie geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen, dissertatie K.U.N., 1983.

De dissertatie valt in twee delen uiteen: een theoretisch deel, waarin respectievelijk de kwaliteit, de relatie aanbod-behoefte, de risicofactoren, de omvang van de vraag van het hulpzoeken aan de orde komen, en een onderzoeksdeel waarin op basis van een bevolkingsonderzoek in een platte-

landsgemeente en registratiegegevens uit een huisartspraktijk het vóórkomen, het opsporen en het hulpzoekgedrag bij psychosociale problemen geanalyseerd worden.

76. **Lamberts, H. en B. Hartman.**
Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk, 2. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoring project. Huisarts & Wetenschap, 25, (1982), p. 376.

In deze (tweede) bijdrage, gebaseerd op registratiegegevens van acht huisartsen, komt onder meer naar voren dat huisartsen bij psychische en sociale problemen bij uitzondering naar de GGZ verwijzen. Als de huisarts actie onderneemt betreft dit veelal advies/voorlichting, het voorschrijven van psychofarmaca en psychotherapie. Overigens spelen hierbij zowel de persoon van de arts als het soort probleem een grote rol.

77. **Ormel, J. en R. Giel.**
Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor psychiatrie 25, (1983), 10, p. 688.

Op basis van diverse onderzoeks- en registratiegegevens worden - naar analogie van het model van Goldberg en Huxley (zie 74) - de prevalentiecijfers van psychische morbiditeit in Nederland geschat.

Er wordt tevens een pleidooi gehouden voor de ontwikkeling van een beslissingsschema, waarin de classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen op multivariate basis plaatsvindt.

78. **Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.**
Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg, Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie RUG, 1983.

Deze bijdrage (ondersteunend stuk) aan de Nota Geestelijke Volksgezondheid (zie 4.) is voorname-

lijk gewijd aan de invulling van het morbiditeitsmodel van Goldberg en Huxley met Nederlandse cijfers (zie ook 74 en 77). Volgens de auteurs is de huidige nadruk op de huisarts als verwijzer naar de GGZ onnatuurlijk gezien het grote aandeel dat anderen hierin hebben.

VERWIJZEN

CIJFERS: ONDERZOEK EN REGISTRATIEGEGEVENS

79. **Bayer, H.A.P.M.**
Registratiegegevens van de vijf Limburgse RIAGG's over de periode 1974-1982. Publicatienummer 6, Maastricht, Prov. Stichting voor GGZ in Limburg, 1983.

Bevat kwantitatieve informatie over onder meer capaciteit, productie, verwijzpatronen, problematiek bij aanmelding, samenwerking met externe hulpverleners.

80. **Geneeskundige Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV), Nationale Ziekenhuisraad (NZR). Gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, diverse publicaties, diverse jaren.**

Sedert de start van dit registratiesysteem (in 1967) verschijnen jaarlijks, per soort intramurale GGZ-instelling, statistische overzichten over o.a. opnemingen, ontslagen, aanwezige patiënten, naar diagnose, leeftijd en geslacht.

81. **Geneeskundige Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV), afd. Onderzoek. Inventarisatie van meer dan een decennium cijfermateriaal Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen. Gegevens uit Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg over 1967 tot en met 1977. Leidschendam, Ministerie van WVC, 1982.**

Er wordt aangegeven op welke wijze het aangeboden registratiemateriaal dienstbaar gemaakt is: het gebruik voor onderzoeksdoeleinden; de spiegelfunctie voor de deelnemende ziekenhuizen; als basis voor beleidsonderzoek, plannings- en beleidsdoeleinden; voor werkontwikkeling en voorlichting.

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

Beknopt verslag van de belangrijkste resultaten uit de Joint-cliëntenregistratie over 1982 (81 instellingen). Enkele onderwerpen: cliëntenstromen, problematiek bij intake, aantal contacten, duur van de hulpverlening, betrokkenheid derden (o.a. AGGZ) tijdens hulpverlening.

83. **Peters, Loe. De relatie tussen de eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg. Over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 39 (1984) 1, p. 33.**

Uit een analyse van verwijspatronen tussen ELGZ en (A)GGZ blijkt dat - vóór de invoering van de Wet- telijke Regeling AGGZ althans - de AGGZ geen spij- positie inneemt tussen beide sectoren. Verwijz- ings- gen tussen AMW en de (A)GGZ zijn zeldzame gebeur- tenissen, terwijl de psychiatrische ziekenhuizen

relatief veel rechtstreeks aanmeldingen van de huisarts ontvangen. Het artikel bevat tevens een korte beschouwing over organisatorische knelpunten die de samenwerking tussen ELGZ en AGGZ in de weg staan.

84. **Peters, L. Relatie eerstelijnszorg-geestelijke gezondheidszorg, NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, Deel II, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.**

Met behulp van registratiegegevens (PIGG, NVAGG, Joint) en onderzoeksgegevens wordt een cijfermatig landelijk beeld geschetst van verwijspatronen tus- sen huisarts, AMW en GGZ-instellingen en vaste werkcontacten tussen huisarts en GGZ. Naar schat- ting nog geen 3 % van het totaal aantal verwijz- ings- gen door een huisarts blijkt een GGZ-instelling te betreffen. De bijdrage wordt afgesloten met een aantal aandachtspunten voor het te voeren GGZ-be- leid.

85. **Veeger, Hans. Wim de Vries, Geert van der Laan, Brigitte Mildner. 'Danse Macabre', het AMW balancerend op de eerstelijns. Eindrapport van de projectgroep registratie Groningen. Groningen, 1983.**

Verslag van een twee jaar durend registratiepro- ject. Bevat onder meer kwantitatieve gegevens over hulpverleningsverleden, verwijspatronen, samen- werking/consultatie, met - onder andere - de AGGZ, hierop gebaseerde beschouwingen over de plaats en functie van het AMW, alsmede voorstellen tot nader onderzoek.

86. **Alphen, P.J.M. van.**
Functies en functioneren van een PAAZ. Echt, Valkenburg Offset bv, 1982.

Deze dissertatie is een voornamelijk beschrijvende studie over een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis. Een deel van deze studie is gewijd aan de verwijsmotivatie van huisartsen. De geneigdheid om naar psychiatrie te verwijzen hangt voor een belangrijk deel samen met de bereikbaarheid van de psychiater. Er wordt tevens aandacht besteed aan enige kwalitatieve en kwantitatieve kenmerken van het verwijzen naar de PAAZ en de consult(atie)verlening door de PAAZ.

87. **Blackwell, Barry.**
A Piece of My Mind: Primary Care Psychiatry. JAMA (1983) 7, volume 250, p. 903.

Korte bespreking van een door een huisarts naar een psychiatrische kliniek verwezen patiënt. De ondertoon is dat het hier een niet terechte verwijzing op basis van een verkeerde diagnose betreft.

88. **Bremer ter Stege, Chris.**
Knelpunten bij het verwijzen naar de AGGZ. Een recept voor onderzoek. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 38 (1983) 4, p. 396.

De auteur bepleit kortdurend praktijkgericht onderzoek om knelpunten bij het verwijzen naar de AGGZ op te sporen en op te lossen. Groepsgesprekken tussen verwijzers en AGGZ-functionarissen vormen hierbij een essentieel onderdeel.

89. **Brugman, A., H. Maassen, B. van Son, L. Bayer.**
Huize Padua en omgeving; deel III. Onderzoek naar het doorverwijsgedrag van huisartsen naar de psychiatrische polikliniek van Huize Padua. Nijmegen, Vakgroep Sociale Psychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, 1975.

Onderzoek naar de vraag wat de doorverwijsfrequentie is onder huisartsen in de regio rondom een psychiatrisch ziekenhuis en door welke factoren het verwijzen bepaald wordt.

90. **Fowler, G.**
Psychiatric disorders. Update, (1985) 4, p. 342.

Artikel over de preventieve taken van de huisarts bij psychosociale problemen. Deze liggen op het terrein van de herkenning van psychologisch kwetsbare personen. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van twee groepen: kinderen en volwassenen. 90% van deze problematiek wordt niet naar een andere instantie doorverwezen.

91. **Goosen, D., P. Muller en F. Nijhout.**
Pillen of praten; een onderzoek naar het verwijzen van patiënten met psychische problemen door Amsterdamse huisartsen. Amsterdam, Huisartsen Instituut VU, 1981.

Verslag van een doctoraalonderzoek waarin op basis van een enquête onder alle Amsterdamse huisartsen, interviews met een tiental huisartsen en gesprekken met (verwezen) patiënten geconcludeerd wordt dat persoonlijke selectiecriteria van artsen in belangrijke mate bepalen of patiënten bij een instantie terecht komen die medicamenteus behandelt danwel bij een instelling die gesprekstherapie als behandelvorm hanteert. Hierbij spelen de verwijservaringen van artsen (streng selectiecriteria van bijvoorbeeld IMP's) een rol.

92. **Hosman, C.M.H. en J.H. Swarte.**
Het contact van eerstelijns werkers met psychische problematiek. (In: Hirs, W.M. (red.)-Hulpverleners en Veranderen, 1973, rubriek 11.

De mate waarin eerstelijns werkers in contact komen met psychische problemen vormt een kerngegeven voor psychisch gezondheidswerk. Er wordt verslag gedaan van een onderzoek waarin verwijsgedrag en beeldvorming van een viertal ambulante geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen geanalyseerd worden.

93. Jenner, J.A. en M.M. Nagels.
De opnamestroom naar psychiatrische ziekenhuizen en de mogelijke invloed hierop van opname-voorkomende strategieën. Instituut Preventieve en Sociale Psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

In deze studie wordt naar aanleiding van landelijke cijfers geconcludeerd dat de opname-indicatie in toenemende mate gesteld lijkt te worden zonder psychiatrische expertise. Met name de huisartsen hebben hierin een groot aandeel. Tevens blijkt dat opname-voorkomende strategieën, zoals die door twee veldteams van een AGGZ-instelling worden toegepast, effect hebben.

94. Kaeser, A.C. en Brian Cooper.
The psychiatric patient, the general practitioner, and the outpatient clinic: an operational study and a review. In: Psychosocial disorder in general practice, edited by P. Williams en A. Clare, London, Academic Press, Inc., 1979, p. 221.

Verslag van een onderzoek naar verwijzingen van huisartsen naar een psychiatrische polikliniek. Aan de orde komen o.a. het soort problematiek, de reden tot verwijzing, de verwachtingen van de huisarts en de psychiater, het effect van de behandeling.

95. Link, B., I. Levar, A. Cohen.
The primary medical care practitioner's attitudes towards psychiatry, an Israeli study. Social Science and Medicine, 16 (1982) 15, p. 1413.

De huisarts heeft drie functies bij de psychiatrische hulpverlening: het onderkennen, het verwijzen en de behandeling ervan. In het artikel wordt ingegaan op de herkennings- en verwijzingsfunctie. De conclusies zijn: er is geen uitgesproken pro- of contrahouding t.o.v. de psychiatrie, het geloof van de huisarts in de relatie psychische oorzaak-fysiek gevolg is bepalend bij de onderkenning van klachten. De houding van de huisarts t.o.v. de psychiatrie speelt geen rol bij het verwijzen.

96. Mastboom, J., R. Berghmans, P. van Zijl, L. Peters, R. van Mazijk.
PAAZ in de pas. Organisatie, hulpverlening, patiënten en behandelingskosten van de PAAZ-Overvecht te Utrecht, beschreven en vergeleken met drie andere psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en), Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1983.

Relevante resultaten uit dit onderzoeksrapport wat betreft de relatie ELZ-GGZ zijn onder andere dat de categorie 'geen/huisarts', per PAAZ variërend, tussen 17 % en 34 % de verwijzende instantie is, tussen 18 % en 41 % de instantie is waar na ontslag naar toe verwezen wordt. De behandeling wordt in 75 à 94 % door de huisarts als 'zinnig' betiteld.

97. Mastboom, Joost.
Poliklinieken van psychiatrische centra. Utrecht, Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1981.

Verslag van een onderzoeksproject dat als doel had een beeld te schetsen van de poliklinische activiteit van de psychiatrische centra in Nederland en een positiebepaling van deze voorzieningen binnen de GGZ. Eén van de beweegredenen tot oprichting is de door huisartsen gesignaleerde gebrekkige verwijsmogelijkheden c.q. te lange wachttijden elders. In 1978 bleken 66 % van alle verwijzingen naar deze poliklinieken van huisartsen afkomstig te zijn.

98. Robertson, N.C.
Variations in referral pattern to psychiatric services. Psychological Medicine, 9 (1979) 2, p. 355.

Verwijscijfers naar psychiatrische instellingen in Noordoost-Schotland onder 147 huisartsen. In stedelijke omgeving bleken artsen die reeds langere tijd praktijk houden hogere verwijscijfers te hebben, terwijl alleen werkende artsen eveneens hoge verwijscijfers bleken te hebben. Aanvullend werden 76 interviews afgenomen.

99. Schudel, W.J.

Opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een overzicht van de beslissende factoren. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 33 (1979) 10, p. 617.

Er wordt een overzicht gegeven van de factoren (personen en instituten) die van belang zijn voor opname. Achtereenvolgens worden behandeld: de plaatsende instantie; de patiënt; de directe omgeving; de verwijzer; het ziekenhuis en de algemene maatschappelijke factoren.

100. Visser, A. Ph.

Verwijzen kan geleerd worden: de waarde van een nascholingscursus over de geestelijke gezondheidszorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10 (1982) 11, p. 37.

Kort bericht over de ervaringen van een regionale GGZ-nascholingscursus ten behoeve van eerstelijns-hulpverleners. Op basis van de uitkomsten van enquêtes die voor en na de cursus werden afgenomen, kon vastgesteld worden dat de kennis van de deelnemers omtrent de GGZ verbeterd was en dat het (beweerde) aantal verwijzingen naar de GGZ toegenomen was.

101. Whitfield, M.J., R.D. Winter.

Psychiatry and general practice: results of a survey of Avon general practitioners. The Journal of The Royal College of General Practitioners, 220 (1980) 30, p. 682.

Uit dit onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over psychiatrie en psychiatrische voorzieningen komt naar voren dat er aanzienlijke knelpunten bestaan tussen huisartsen en psychiaters. De terughoudendheid van huisartsen om te verwijzen blijkt, behalve door de weerstand van patiënten om verwezen te worden, mede voort te komen uit de moeilijke bereikbaarheid van psychiaters. De uitkomsten worden vergeleken met soortgelijke onderzoeksresultaten van huisartsen in Londen, UK en Ierland.

102. Bais, K. en J. Engelen.

Moet de ambulante geestelijke gezondheidszorg vrij toegankelijk zijn? (2). Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 36 (1981) 7/8 p. 707.

Reactie op een artikel van C. Bruins in MGZ 1981/6 (zie 103.), waarin deze zich afzet tegen vrije toegankelijkheid van de AGGZ. Volgens de auteurs is de tijd hier nog niet rijp voor. Als de ELGZ in omvang en kwaliteit meer berekend is op psychosociale problemen zal het eerstelijnskarakter van de AGGZ vanzelf afnemen (met een antwoord van C.P. Bruins in hetzelfde tijdschriftnummer).

103. Bruins, C.

Moet de ambulante geestelijke gezondheidszorg vrij toegankelijk zijn? Een commentaar vanuit de huisartsgeneeskunde. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 36 (1981) 6, p. 517.

Na een korte weergave van de mening van de NVAGG en het - toenmalige - Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ten aanzien van de vraag of de AGGZ al dan niet vrij toegankelijk moet zijn, geeft de auteur zijn mening. De AGGZ moet niet vrij toegankelijk zijn (zoals de NVAGG bepleit), evenmin acht de auteur het standpunt van VOMIL - alleen informatie aan en overleg met de huisarts - een bevredigende oplossing. Het kernteam van de ELGZ is zijns inziens de aangewezen instantie om als verwijzer naar de AGGZ op te treden, mits ondersteund door de AGGZ.

104. GGZ-Gazet, (1980) 3, p. 3.

Vrije toegang voor AGGZ-functies in of met eerste echelon; standpunt NVAGG in WWR.

Bericht over het standpunt van de NVAGG dat wordt ingebracht in de Werkgroep Wettelijke Regeling van de Ziekenfondsraad waar de definitieve financiering van SPD, MOB en IMP wordt geregeld.

De NVAGG is van mening dat verplichte verwijzing via de huisarts naar AGGZ-functies de drempel voor de cliënt verhoogt en de samenhang tussen eerstelijns en AGGZ verstoort.

**105. GGZ-Gazet, (1981) 2.
AGGZ en ANBZ.**

Themanummer over de wettelijke regeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Aan het woord komen vertegenwoordigers van partijen in de Werkgroep Wettelijke Regeling van de Ziekenfondsraad met een commentaar vanuit de NVAGG.

**106. Londen, J. van.
AGGZ vrij toegankelijk maar meldplicht aan
eerstelijns GGZ-Gazet (1980) 9, p. 2.**

Het is de opvatting van de heer Van Londen, directeur-generaal van Volksgezondheid dat de AGGZ vrij toegankelijk moet zijn, dat wil zeggen zonder verwijfsbriefje, maar de eerstelijns moet wel op de hoogte gebracht worden indien een AGGZ-instelling een cliënt in behandeling neemt. Dit laatste biedt een concreet aangrijpingspunt om de samenwerking tussen de eerstelijns en AGGZ te verbeteren.

**107. Londen, J. van, S.P. Bangma.
De ambulante geestelijke gezondheidszorg in
reconstructie. Maandblad Geestelijke Volksge-
zondheid 36 (1981) 4, p. 302.**

Artikel over de relaties tussen de AGGZ en de maatschappelijke dienstverlening, de eerstelijns, de beschatte woonvormen en de intramurale voorzieningen. Samenwerking tussen AGGZ en de maatschappelijk dienstverlening dient profilering van beide soorten voorzieningen tot uitgangspunt te hebben. De AGGZ mag niet alleen op verwijzing door de huisarts toegankelijk zijn. Wel wordt het nodig geacht de AGGZ te verplichten om de huisarts te verwittigen als een patiënt in behandeling wordt genomen.

**108. Postma, Tom.
AGGZ vrij toegankelijk. Huisarts & Wetenschap
1984; 27 (suppl. Huisarts & Praktijk nr. 8),
p. 4.**

Behandelt de vraag met welke belangentegenstellingen en waardeproblemen de huisarts als gevolg van het niet meer vrij toegankelijk zijn van de RIAGG's opgezaald is. Eén van de conclusies: de verplichting tot verwijzing via de huisarts schaadt de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt.

**109. Sluis, P.
AGGZ niet vrij toegankelijk: de huisarts is
de belangrijkste verwijzer. Huisarts & Wetenschap
1984, 27 (suppl. Huisarts & Praktijk
nr. 8), p. 9.**

Vanuit de constatering dat de AGGZ alle kenmerken van een specialistisch echelon inclusief centralisatie vertoont, wordt stelling genomen tegen een vrije toegang van de AGGZ en vóór een centrale positie van de huisarts bij het stellen van de verwijfsindicatie voor de AGGZ.

SAMENWERKEN

HOE VAAK MET WIE: ONDERZOEK

**110. Boerma, W.G.W.
Studies naar samenwerking: kontakten tussen
huisartsen in samenwerkingsverbanden en de
tweedelijns. Utrecht, NHI, 1981.**

Inventarisatie van vaste werkkontakten van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met de tweedelijns. Regelmatige kontakten met de GGZ zijn schaarser dan met de somatische gezondheidszorg. De Sociaal Psychiatrische Dienst blijkt de belangrijkste samenwerkingspartner. De meest voorkomende vorm is de patiëntenbespreking.

- 111. Booy, Frank en Paul Schnabel.**
Externe service-verlening door de AGGZ aan de eerstelijns, een jaarverslagenonderzoek. Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, z.j.

Uit deze analyse van jaarverslagen van AGGZ-instellingen (periode 1975 t/m 1977) kwam onder meer naar voren dat slechts een kwart van de instellingen 'regelmatig of vaak' aan deze dienstverlening doet. De ELGZ blijkt waarschijnlijk niet de belangrijkste doelgroep te zijn. Konsultatie, in de engere zin van het woord, is de belangrijkste methodische vorm van service-verlening aan de eerstelijns.

- 112. Brand, J., J. Brinxma en C. Hosman.**
AGGZ-preventie in Nederland: een inventariserend onderzoek naar preventie-activiteiten en hun achtergronden vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg; (Nijmegen, Vakgroep Klinische Psychologie, KU, 1982).

Uitgebreid verslag van een inventariserend onderzoek naar de positie en de activiteiten van de preventie in de AGGZ. Bevat onder meer gegevens over de capaciteit, de organisatie, aandachtsvelden, doelgroepen en methoden van de AGGZ-preventie. De ELGZ en het onderwijs blijken de meest benaderde strategische doelgroepen te zijn. De gegevens hebben betrekking op de periode juli 1978 tot juli 1979.

- 113. Dronkers, Johan en Wienke Boerma.**
Psychosociale hulpverlening in de eerste- en tweedelijns. Een onderzoek naar de hulpverlening van Utrechtse huisartsen bij psychosociale problemen, en factoren, die een rol spelen bij het verwijzen naar instellingen voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.

Doctoraal onderzoek naar de opstelling van de huisarts ten opzichte van patiënten met psychosociale problemen, de rol van de huisarts als verwijzer naar de (A)GGZ, het belang van de huisarts

als verwijzer voor de (A)GGZ en de knelpunten bij een en ander.

- 114. Hout, A. van en R. Terra.**
Samenwerken in het land van Heusden en Altena: Een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de geestelijke gezondheid in de eerstelijns. Nijmegen, K.U.N., 1983.

Andragogisch doctoraalonderzoek naar samenwerking tussen eerstelijns en GGZ in het land van Heusden en Altena. Deze inventarisatie gaat in op de bestaande samenwerking, de knelpunten en de wensen bij de leden van acht home-teams en de deelnemers aan een sociaal café. Aan vijf home-teams nemen AGGZ-hulpverleners deel. De overige drie teams bepleiten uitbreiding met AGGZ-medewerkers (van het rapport bestaat ook een gelijknamige samenvatting).

- 115. Joint, NVAGG.**
Resultaten inventarisatie-enquête RIAGG's-AMW's, 1984.

Verslag van een enquête onder 17 AMW-instellingen en 4 RIAGG's naar de bestaande relatie tussen deze instellingen. Ingegaan wordt op het voorkomen van samenwerking, de ervaringen daarmee en wensen voor verbetering daarvan.

- 116. Strathdee, G., P. Williams.**
A survey of psychiatrists in primary care: the silent growth of a new service, Journal of the Royal College of General Practitioners, 268, (1984), 34, p. 615.

Enquête naar de betrokkenheid van psychiaters in 'liaison-attachment', hierbij opereert de psychiater in plaats van in het ziekenhuis in de huisartspraktijk. Eén op de vijf psychiaters blijkt betrokken bij deze vorm van samenwerking. Drie dominante werkwijzen konden onderscheiden worden:

1. Het 'consultatie'-model, waarbij adviezen gegeven worden aan de behandelende huisarts.

2. Het 'shifted outpatient'-model, waarbij de behandeling van de patiënt in de context van de huisartspraktijk plaatsvindt (polikliniek ten huize van de huisarts).

3. Het 'liaison-attachment team'-model, waarbij de psychiater tevens institutionele werkrelaties heeft met andere eerstelijns hulpverleners.

Hierbij geeft 38 % van de psychiaters de voorkeur aan consultatie en 64 % aan de behandeling van de patiënt in de context van de eerstelijns, waarbij het 'shifted outpatient'-model wordt geprefereerd boven het 'liaison-attachment'-model. Slechts 5 % van de psychiaters stelt uitsluitend de diagnose in deze context, waarna verwijzing naar de AGGZ plaatsvindt. Het 'liaison-attachment'-model blijkt relatief vaak voor te komen in gezondheidscentra.

117. Wijkkel, D.

Samenwerken en Verwijzen, deel I: Praktijkvorm en Productiecijfers; idem deel II. Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, resp. 1983 en 1984.

In het eerste deel wordt op basis van analyses van LISZ-gegevens geconcludeerd dat huisartsen in gezondheidscentra significant minder naar andere psychiatrie verwijzen dan hun collega's in andere praktijkvormen. Deel II van dit onderzoeksproject bevat o.a. gegevens over samenwerking tussen huisartsen die niet in gezondheidscentra of groepspraktijken werken en diverse GGZ-voorzieningen (zie ook 110.).

DE PRAKTIJK: ERVARINGEN EN ONDERZOEK

Algemeen

118. Brook, A., J. Temperley.

The contribution of a psychotherapist to general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, 26, (1976), p. 86.

Een aantal medewerkers van de Tavistock clinic - maatschappelijk werkers, psychologen en psychia-

ters - liepen een week mee in gezondheidscentra; voorts organiseerde men voor artsen workshops in de kliniek. Gevalsbeschrijvingen en weergaven van de workshop, illustreren deze aanpak.

119. Brook, Peter en Brian Cooper.

Community mental health care: primary team and specialist services. In: Psychosocial disorders in general practice, edited by P. Williams en A. Clare, London, Academic Press Inc., 1979, p. 183.

Op basis van een grote hoeveelheid (onderzoeks) literatuur wordt een overzicht gegeven van de rol van diverse eerstelijnsdisciplines en meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners. De auteurs betogen dat psychiaters intensief contact met eerstelijns-teams moeten onderhouden, terwijl ook psychiatrische verpleegkundigen meer gemeenschapsgericht moeten werken.

120. Elbers, A.W.M. e.a.

Evaluatierapport 1983 en 1984. Psychotherapiepraktijk. Regionaal Centrum voor multimodale psychotherapie in de eerstelijns. Wychen, 1984.

In dit rapport worden visies en doelstellingen van een regionaal eerstelijns team uiteen gezet. Vervolgens worden kenmerken van cliënten over de periode oktober 1982/oktober 1984 en het effect van behandeling van deze cliënten beschreven. Dit laatste wordt gemeten aan de hand van de mening van patiënt, arts en therapeut. Overwegingen naar aanleiding van de evaluatieresultaten (deze betreffen psychotherapie, honorarium, voorzorg en consultatie) en voornemens m.b.t. de toekomst sluiten het rapport af.

121. Diepstraten, A. en P. Adriaans.

Huisartsen: RIAGG schiet tekort in informatie over onze patiënten. GGZ-Gazet, 3/4, (1984), p. 12.

Kort bericht over de ervaringen van twee in een gezondheidscentrum werkzame huisartsen met een

RIAGG. Onvoldoende kennis over wat een RIAGG kan, hoe er gewerkt wordt, wie er werkt en het ontbreken van duidelijke verwijscriteria, belemmeren de samenwerking tussen huisartsen en RIAGG.

122. Jonghe, Frans de, Ineke van der Wiel en Gerard Jacobs.
Op weg naar Paviljoen Drie.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 33 (1979) 10, p. 646.

Eerste bericht van de resultaten van een onderzoek naar de ambulante zorg (incl. huisarts) tijdens de laatste drie maanden voorafgaand aan de opname van 100 patiënten in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam. Geconcludeerd wordt dat veel patiënten wel contact hadden met de huisarts, maar dat behandeling of begeleiding door een psychiater (of andere GZZ-hulpverlener) vóór de opname slechts weinig (19%) voorkwam.

123. Ling, A.
Rehabilitationsmogelijkheden in der Psychiatrie. ZFA 61 (1985) 3, p. 50.

Er is in Duitsland belangrijke vooruitgang geboekt bij de behandeling van psychiatrische patiënten. Dit wordt toegeschreven aan de tot stand gebrachte samenwerking tussen intramurale en ambulante diensten, de onderlinge afstemming van taken en therapieën en het wegnemen van vooroordelen. De huisarts heeft in dit proces een belangrijke taak.

124. Remans, Bruno.
Overleg tussen huisartsen en een centrum voor geestelijke gezondheidszorg Huisarts Nu 13 (1984) 5, p. 209.

Artikel over samenwerking tussen huisartsen en een in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg werkzame psychiater. De auteur beschrijft de opzet en het verloop van gestructureerd overleg met 4 groepen huisartsen.

Hij acht een dergelijke dienstverlening de belangrijkste schakel binnen een zich reorganiserende psychiatrie.

125. Samenwerkingsvormen tussen sociaal-psychiatrische dienst en huisartsen in Noord-Holland. Z.pl., z.u., (1969).

Onderzoek naar de betekenis van een sociaal-psychiatrische dienst voor huisartsen en de plaats van de GGZ binnen het netwerk van gezondheidsvoorzieningen.

126. Scheffer, W.C.M., C.L. Woldringh.
Wijkverpleegkundigen en geestelijke gezondheidszorg: een verslag van een oriënterende studie ter voorbereiding van een samenwerkingsexperiment; Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.

Verslag van een probleemstellende fase van het samenwerkingsproject Wijkverpleegkundige en GGZ in Venlo. Bevat suggesties en aanknopingspunten voor te initiëren samenwerkingsverbanden.

127. Smits, A., C. Hosman, M. van Kester.
Psychologie en eerstelijnszorg, Nijmegen, NUHT, 1984.

Rapportage van de voorbereidingsfase van het project 'Psychologie en de Eerstelijnsgezondheidszorg'. Het project had als doel om samenwerkingsmodellen en werkmethoden te ontwikkelen, die de psycho-sociale hulpverlening in of dichtbij de eerstelijns zouden verbeteren. Men wilde dit bereiken door een combinatie van onderzoek en actie binnen een bepaalde regio. De voorbereidingsfase leverde een inzicht op in de bestaande knelpunten, zowel in zijn algemeenheid als in de concrete regio, maar werd tenslotte onuitvoerbaar geacht, vanwege de belangentegenstelling tussen de geïnstitutionaliseerde hulpverlening van RIAGG en AMW enerzijds en eerstelijnspsychologen anderzijds.

- 128. Smits, A.J.A. en C.M.H. Hosman.**
De RIAGG en de eerstelijnsgezondheidszorg.
1: Knelpunten in de onderlinge afstemming.
Medisch Contact, 4, (1985), p. 100.

Naar aanleiding van het onderzoek 'Psychologie en de eerstelijnsgezondheidszorg' (zie 127) wordt een overzicht gegeven van knelpunten in de samenwerking tussen RIAGG's en eerstelijns.

- 129. Stichting Zuid-Oost voor psychosociale hulpverlening, Amsterdam, Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob., 1980.**

Themanummer over de ontwikkeling van de AGGZ in de Zuidoostlob van Amsterdam. Naast de wordingsgeschiedenis worden de inhoud en organisatie van de hulpverlening alsmede de samenwerking met andere voorzieningen beschreven. Wijkgerichte organisatie en relatief intensieve samenwerking met gezondheidscentra, huisartsen en het AMW vormen een belangrijk onderdeel.

- 130. Tait, David.**
Shared care between psychiatrist and general practitioner. Update, 26 (1983) 2, p. 117.

Beschrijving van de positieve ervaringen van een Schotse psychiater die binnen diverse eerstelijnssettings samenwerkt met huisartsen. Aan de hand van een drietal cases worden de wijze van samenwerking, het verwijzen, éénmalige consultatie en meer gespecialiseerde behandelwijzen toegelicht.

- 131. Willet, B.**
Het geval Erna, Een casuïstische mededeling, waarin het falen van de hulpverlening aan de orde komt. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 33 (1979) 10, p. 659.

Beschrijft de lotgevallen van een psychiatrisch patiënte, de miskennis van haar ziekte en haar gang door de gezondheidszorg. Wat betreft de eerstelijns worden de rol van haar huisarts en de politie belicht.

Consultatie

- 132. Bais, Karolien.**
RIAGG-ondersteuning helpt CB-teams zelf 'problemen' op te lossen. Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ), 10, (1984), p. 16.

Beknopt verslag van een interview met een orthopedagoge en een sociaal-psychologe van een RIAGG (afdeling jeugdzorg) over hun ervaringen met consultatiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen en artsen van 34 consultatiebureaus voor peuters en kleuters.

- 133. Bensing, Jozien, Hannie Schut, Peter Verhaak e.a.**
Konsultatieproject Eindhoven, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.

Evaluatie-onderzoek naar de effecten van het consultatieproject Eindhoven op het handelen van de huisarts. De consultatie werd verzorgd door een team van de RPI, bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een gezinstherapeut. Het project bleek niet te leiden tot de verwachte veranderingen in de verhouding tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Zowel prescriptie- als verwijsgedrag van de huisartsen bleek niet te veranderen (over dit onderzoeksproject zijn tevens 5 deelrapporten alsmede een samenvatting verschenen).

- 134. Bork, J.J. van.**
Poliklinische psychiatrische consultatie, een nieuwe vorm van samenwerking tussen huisarts en psychiatrie. Medisch Contact 29 (1974) 31, p. 993.

Beschrijft de consultatieervaringen van een psychiater die - vanuit een psychiatrische polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis -, een methode beschrijft waarin de consultatiegever in tegenstelling tot Balint-groepen en de 'Caplan-consultatie' niet alleen de huisarts ziet maar tevens de patiënt.

- 135. Bos, A., K. Doorgeest.**
De grens van de verwijkskaart overschreden. De Eerste Lijn 7 (1982) 6, p. 7.

Interview met psychiater Jitze Verhoeff over het Osdorpse consultatie-model. Dit model omvat naast consultatie in engere zin, tevens de mogelijkheid tot een (eenmalig) consult door een psychiater. De geïnterviewde signaleert grote verschillen in het aantal verwijzingen tussen het gezondheidscentrum Osdorp en grote solo-praktijken: resp. 3 à 4 versus 10 patiënten per jaar.

- 136. Colaço Belmonte, J.A.F.**
Case-overleg als alternatief naast consultatie. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10 (1982) 12, p. 4.

Met het oog op de versterking van de ELZ wordt naast de gebruikelijke consultatie case-overleg tussen GGZ en eerstelijns bepleit. Volgens de auteur hebben eerstelijns werkers vaak meer behoefte aan deze pragmatische, probleemgerichte benadering dan aan de - naar tijdsinvestering en motivatie - ingrijpende consultatieprojecten.

- 137. Elbers, A.W.M.**
Samenwerken in de eerstelijns, een experiment in Breda I en II. Medisch Contact 31 (1976) 2, p. 40 en 31 (1976) 3, p. 83.

Het eerste artikel bevat een weergave van de uitgangspunten die hebben geleid tot een voorstel voor een samenwerkingsverband tussen huisartsen, een psycholoog, psychotherapeut en drie maatschappelijk werkers. In het tweede artikel wordt ingegaan op de opzet en organisatie van het experiment, alsmede op de ontwikkeling van evaluatiecriteria t.b.v. onderzoek.

- 138. Fried, Robert A., Eleanor S. Alden e.a.**
Family Practice Grand Rounds: Six Years of Psychosis. The Journal of Family Practice (1984) 5, volume 19, p. 611.

Beschrijving van de ziektegeschiedenis en de gang

door de gezondheidszorg van een psychotische patiënt met somatische klachten gevolgd door een discussie waarin de rol van de huisarts en de rol van de psychiater bij het stellen van de diagnose (consultatie) aan de orde komen.

- 139. Gersons, B.P.R.**
De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie, Samson, Alphen a/d Rijn, 1977.

Naast theoretische beschouwingen wordt in dit proefschrift een konsultatieproject aan een buurtwelzijnsorganisatie beschreven. De ervaringen met dit project worden geïllustreerd aan de hand van een selectie uit de gevoerde konsultaties. De konsultatie werd verricht vanuit de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG & GD te Amsterdam.

- 140. Konsultatie: van idee naar praktijk.**
Themanummer van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 35 (1980) 10.

Bijdragen:

- 141. B.R.R. Gersons.**
Konsultatie van idee naar werkelijkheid.
- 142. F. Mispelblom Beyer.**
Opvattingen over consultatie in Nederland.
- 143. W. Frankenberg.**
Ervaringen met konsultatie in de jeugdsector.
- 144. H.F. Kraan.**
Konsultatie over Amsterdamse wijkagenten. Beschouwingen over een samenwerkingsvorm.
- 145. A.F.M.H. Recewear.**
Konsultatie in het gezondheidscentrum Wit-huis.
- 146. B.P.R. Gersons.**
Om de beurt; doel en middel in de geestelijke gezondheidszorg. De konsultatiemethode als illustratie.
- 147. A.M. Schrijver.**
Bibliografie Konsultatie.

De artikelen geven enerzijds een beeld van praktijktoepassingen (143, 144, 145), anderzijds wordt ingegaan op de verschillende opvattingen en nuanceringen van consultatie (142). Het laatste artikel (146) gaat in op de invloed van de ontwikkelingen in de GGZ en haar organisatie op de toepassing (smogelijkheden) van consultatie.

148. Lamberts, H.

De groepspraktijk en de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord. Huisarts & Wetenschap, 13 (1970), p. 363.

Beschrijving van de omvang en aard van de samenwerking tussen vier huisartsen, een maatschappelijk werker, wijkverpleegsters en - in de vorm van 'mental health consultation' - een kinderpsychiater en een sociaal psychiater.

149. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Konsultatie vanuit de RIAGG: voorbeelden uit de praktijk, Utrecht, NVAGG, 1984.

Deze bundel bestaat uit de beschrijving van 13 praktijkervaringen met konsultatie door RIAGG-medewerkers. De konsultatieprojecten zijn gericht op een diversiteit aan doelgroepen (o.a. kruisvereniging, AMW, huisartsen, scholen). Het karakter van de bijdragen varieert van een algemene beschrijving van doel en opzet tot een procesanalyse.

150. PSH stichting voor psychosociale hulpverlening in de eerstelijns. Jaarverslagen 1979, 1980, Breda, 1979, 1980.

Het project PSH te Breda is een samenwerkingsverband tussen een aantal solo huisartsen en een psychosociaal team (maatschappelijk werker, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige). In de jaarverslagen wordt onder meer de dagelijkse gang van zaken weergegeven en worden cijfers verschaft met betrekking tot consultaties, behandelingen en preventieve activiteiten (zie ook 151.).

151. Sanavro, F.L.

Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk: oordelen van de artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

Binnen het project PSH (zie 150.) werd onderzoek verricht teneinde na te gaan of de etikettering van patiënten als "probleempatiënt", gegeven de samenwerking met een psychotherapeutisch team, aan verandering onderhevig is. Daarnaast worden de verrichtingen van het samenwerkingsverband in cijfers weergegeven.

Crisisinterventie

152. Baas, J.A.

De rol van de huisarts in gevallen van psychiatrische krisissituaties, aangemeld op de eerste-hulp post van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam; 2 delen. Amsterdam, Psychiatrische Universiteitskliniek Academisch Ziekenhuis 'Wilhelmina Gasthuis', 1970. Serie: 'Het Amsterdamse Krisiscentrum', no. 2.

Vraagstelling: In hoeverre worden huisartsen van de aangemelde patiënten in de voorafgaande periode betrokken bij de krisissituaties en met welke factoren houdt dat verband?

153. Bloemsma, Fokke.

Huisarts, cliënt en crisiscentrum, kort verslag van een oriënterend onderzoek bij het crisiscentrum te Groningen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 32 (1977) 5, p. 289.

Een belangrijk deel van dit verslag is gewijd aan de rol van de huisarts vóór, tijdens en na de opname in het crisiscentrum. Hoewel de huisarts slechts bij uitzondering door het crisiscentrum als nazorginstantie wordt ingeschakeld, komt een groot deel van de cliënten na hun ontslag voor hulp bij de huisarts. Intensievere samenwerking tussen huisarts en crisiscentrum wordt wenselijk geacht.

154. Frankenberg, W.

Huisarts en crisisinterventie, I en II. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 7, p. 26 en 17 (1974) 11, p. 418.

In het eerste artikel worden enkele theorieën over crisis en crisisinterventie besproken, de toepassingen daarvan in de huisartspraktijk worden in het tweede artikel behandeld. De auteur ziet voor de huisarts vooral een taak weggelegd voor de "gezonde" crisisgevallen, dit in tegenstelling tot de cliëntele van crisiscentra, waarbij vooral duidelijk psychiatrische symptomatologie aanwezig is.

155. Freriks, G.E.M., W.J.M. van Hezewijk en L.M. Sloot.

Ambulante crisisinterventie. Medisch Contact 40 (1985) 12, p. 353.

In dit artikel wordt bericht over de resultaten van een explorerend onderzoek naar een ambulante 24-uurs-bereikbaarheidsdienst (zie ook 156); 36 huisartsen deden gedurende 1 jaar gemiddeld 1.7 keer een beroep op deze dienst. Beschrijving van de ervaringen van de huisartsen, GGD-artsen en de medewerkers aan de 24 uurs-dienst (RIAGG-APZ). De ervaringen worden getoetst aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid.

156. Hezewijk, W.J.M. van.

Ambulante crisisinterventie: een jaar crisisbed-experiment 's-Hertogenbosch. Medisch Contact 39 (1984) 37 (14 sept.), p. 1180-1182.

Verslag van een jaar ervaring met dit gezamenlijke project van een RIAGG en een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Vooralsnog positieve geluiden: meer continuïteit van zorg, verbetering van de samenwerking tussen RIAGG en APZ. Daarnaast echter nog onbeantwoorde vragen ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en RIAGG-medewerkers bij een opname: kiezen de huisartsen voor assistentie van de 24-uurs-bereikbaarheidsdienst of beperken zij zich tot een klassieke huisarts-specialistverwijzing.

Overige specifieke samenwerkingsvormen en methoden

157. Eerstelijns sociaal-psychiatrische hulpverlening: een experiment in het Oude Westen en de Coolsingel.

PS, mededelingenblad voor psychiatrische sociologie en sociale psychiatrie, januari 1982, nr. 8/9, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Aan de hand van gevoerde correspondentie wordt een beeld geschetst van de totstandkoming van een experiment in twee Rotterdamse wijken m.b.t. eerstelijns sociaal-psychiatrische hulpverlening. Dit experiment omvat de uitbreiding van het team van het Hulp- en Adviescentrum met een sociaal-psychiatrisch werker, die zowel voor cliënten, eerstelijns en andere verwijzers direct bereikbaar en aanspreekbaar is.

158. Hoetmer, K., J. van der Meulen, M. Willems.

Project inzichtgevende psychotherapie met arbeiders: tussentijds verslag: herziene versie; Amsterdam, Psycho-analytisch Instituut, 1980.

Procesbeschrijving van psychotherapie door een team aan patiënten uit een lage sociaal-economische klasse, verwezen door een gezondheidscentrum en een home-team.

159. Buygen, F.J.A.

Huisarts en gezinstherapie. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 6, p. 207.

Beschrijving van de ervaringen opgedaan door huisartsen in samenwerking met een opleidingsinstituut voor gezinstherapie, waarnaar ongeveer 150 gezinnen uit huisartsenpraktijken, verbonden met het Nijmeegse Universitair Huisartseninstituut, werden verwezen. Werkwijze en opvattingen van de gezinstherapeuten bleken zeer goed aan te sluiten bij die van de huisartsen.

- 160. Inslegers, Paul.**
Preventieproject Nieuw-Gent. Sociaal 6 (1985)
1, p. 6.

Kort verslag van de opzet van een buurtgericht preventieproject dat opgezet is door het Centrum voor Geesteshygiëne van Gent en een buurtcentrum.

- 161. Jong, A. de, R. Giel, G.H.H.M.M. ten Horn, C.J. Stooff en D. Wiersma.**
Nazorg bij functionele, niet-affectieve psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de GGZ. Tijdschrift voor psychiatrie
25, 1983/6, p. 422.

Verslag van een cohort-onderzoek waarin 82 patiënten gedurende drie jaar gevolgd worden. Wat betreft de eerstelijns wordt geconcludeerd dat het aandeel van de huisarts en het AMW als nazorginstantie proportioneel gering is. De taak van de huisarts blijkt bovendien meestal beperkt tot de verstrekking van een controle op medicijnen.

- 162. Knaack, F.**
De psychotheek. In: Hulpverleners in samenwerking, eerstelijnsgezondheids in ontwikkeling, oktober 1980, p. 2550-1.

Beschrijving van de opzet en de ervaringen van een samenwerkingsproject tussen een AGGZ-instelling en de eerstelijns. De psychotheek is in 1976 opgericht als instituut voor psychotherapie ten behoeve van drie groepen die traditioneel niet met psychotherapie in aanraking komen (momenteel is dit instituut geïntegreerd in de RIAGG Amsterdam-Oost).

- 163. McKechnie, A.A., A.E. Philip, J.C. Ramage.**
Psychiatric services in primary care: specialized or not? Journal of the Royal College of General Practitioners, 31, (1981), p. 611.

Een psychiatrisch team, bestaande uit psychiater, klinisch-psycholoog en maatschappelijk werker wordt bij een groepspraktijk gesitueerd. De teamleden hielden twee-wekelijks (psychiater) respectievelijk wekelijks (andere disciplines)

spreekuur. Ze bespraken wekelijks nieuwe en lopende gevallen; dit geschiedde onderling en met de artsen. Patiënten die naar het team werden verwezen, worden vergeleken met patiënten die in een naburige stad naar een conventionele psychiatrische kliniek worden verwezen. In eerstgenoemd geval bleek het aantal opnamen geringer, doch het aantal verwijzingen voor ambulante behandeling groter dan in de praktijk met de conventionele regeling.

- 164. Rogiers, R.**
Integratie huisarts- dienst geestelijke gezondheidszorg. Eindrapport. Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1983, IGZ, 2a.

Verslag van een tweejarig project. Bij wijze van experiment is vanuit het Centrum voor Begeleiding en Psychotherapie "Sas" een therapeutische uitzenddienst opgezet ten behoeve van verschillende huisartsen, met als doel het verhogen van de therapeutische vaardigheden van de huisarts.

- 165. Smits, A. en F.J.A. Huygen.**
Gezinstherapie in de eerstelijns van de gezondheidszorg: een poging tot evaluatie, Huisarts en Wetenschap, 19 (1976) 10, p. 373.

Binnen het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werken gezinstherapeuten samen met artsen. Beschreven wordt een poging tot effectmeting aan de hand van 112 gezinstherapieën; gelet werd op probleembeleving van de cliënt, therapiebeoordeling door de cliënt, succesbeoordeling door de arts, contactfrequentie en medicijngebruik.

- 166. Smits, A.J.A.**
Het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters: de ontwikkeling van een preventieve vorm van hulpverlening: deel VIII somatische fixatie; Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

Beschrijving van een signaleringssysteem ten behoeve van vroegtijdige onderkenning van processen

van somatische fixatie en van een draaiboek voor ouder-gespreksgroepen, begeleid vanuit de plaatselijke AGGZ-instelling.

167. Tyrer, P.

Psychiatric clinics in general practice: an extension of community care. British Journal of Psychiatry 145 (1984) (July) p. 9.

Besproken wordt een experiment in Engeland, waarbij voor psychiatrische patiënten polikliniek wordt gehouden in de praktijkruimte van de huisarts. Een groot voordeel is het ontbreken van stigma voor de patiënten en de nauwere samenwerking tussen GGZ-werkers en huisartsen. Een probleem vormt alsnog de financiering, omdat eerste- en tweedelijnszorg verschillende geldgevers hebben.

168. Vos, H.

Nazorg (4), reactie op de artikelen van Sineke ten Horn en F.M. Sorel in MGZ 36/82/12, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 37 (1983) 3, p. 291.

Reactie op in de titel genoemde artikelen. De auteur wijst op de rol die het AMW kan spelen bij de nazorg voor psychiatrische patiënten. Volgens de auteur is deze rol in de besproken artikelen onvoldoende belicht.

BESCHOUWINGEN EN MODELONTWIKKELING

169. Becking, W.

De huisarts, een zwart schaap met vijf poten in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 34 (1979), 44, p. 1401.

Gesignaleerd wordt vooral de complexe deskundigheid die van de huisarts wordt verwacht, de ontoereikendheid van zijn opleiding en de onvoldoende gerealiseerde samenwerking met klinici enerzijds en de psychosociale hulpverlening anderzijds.

170. Blok van der Velden, W. en J.F. van Ravenzwaaij.

Stimuleringsregeling voor consultatie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 31 (1976), p. 280.

Door het beschikbaar stellen van gelden wil het Ministerie van Volksgezondheid de consultatie door de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen en verbeteren. Ingegaan wordt op de concrete doeleinden van dit stimuleringsbeleid, opvattingen over consultatie in de eerstelijnsgezondheidszorg en in de ambulante zorg, en de plaats van de consultatie in de beroepsopleiding.

171. Clare, A.W.

Psychiatry in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners (1983) 33, p. 195-198.

Overzichtsartikel waarin een drietal modellen wordt beschreven. De eerste benadering plaatst de psychiater in een specialistische voorziening. Versterking (meer psychiaters) acht de auteur echter ontoereikend om de grote hoeveelheid psychische problemen op te vangen. De tweede benadering is het versterken van de diagnostische en therapeutische deskundigheid van de huisarts door middel van training en nascholing, terwijl in het derde model de huisarts ondersteund wordt door psychosociaal deskundige eerstelijns werkers en/of psychiaters die in een eerstelijns setting werken. Conclusie is dat er meer onderzoek nodig is om de verschillende alternatieven te kunnen beoordelen.

172. Frankenberg, W.

Consultatie en eerstelijnsgezondheidszorg. In: Cate, R.S. ten, e.a. (red.) Hulpverleners in samenwerking ELGZ in ontwikkeling. Alphen a/d Rijn, Samson.

Overzichtsartikel waarin ingegaan wordt op de bruikbaarheid en de betekenis van consultatie in de relatie tussen de GGZ en de ELGZ. Er wordt ingegaan op de betekenis van consultatie voor de eerstelijns; de mogelijkheden en beperkingen, de

voordelen en voorwaarden en ervaringen met deze vorm van samenwerking. Tenslotte wordt gewezen op de noodzaak van spelregels bij het gebruik van het consultatiemodel en haar geschiktheid voor gebruik binnen de ELGZ. De methode wordt evenwel gerespectueerd door er op te wijzen dat het slechts een van de mogelijke alternatieven is voor samenwerking tussen eerstelijns en GGZ.

- 173. Goldman, Howard H., Barbara J. Burns, Jack D. Burke.**
Integrating Primary Health Care and Mental Health Services: a preliminary report.
Public Health Reports 95 (1980) 6, p. 535.

In dit artikel wordt een organisatorische blauwdruk geschetst voor interorganisatorische samenwerking en taakafstemming tussen eerstelijnsprojecten en community mental health centres. Op grond van enige ervaringen met dit model wordt een overzicht gegeven van de te verwachten mogelijkheden en problemen.

- 174. Janssens, H.**
Samenwerking tussen huisarts en psychiater.
Huisarts Nu, 6 (1977), p. 202.

De samenwerking huisarts en psychiater wordt in dit artikel vanuit verschillende invalshoeken geanalyseerd: de houding en de kijk van de huisarts, het aanbod vanuit de psychiatrische wereld, probleem-identificatie en verwijzing, knelpunten.

- 175. Kossman, H.A.**
Huisarts en geestelijke gezondheidszorg: twee schema's. **Medisch Contact 27 (1972), p. 31.**

Twee organisatieschema's worden gepresenteerd voor de samenwerking tussen huisarts en geestelijke gezondheidszorg. In het eerste model vormen huisarts en huispsycholoog samen de centrale intake, in het tweede vervult de huisarts deze functie alleen, en kan hij verwijzen naar de AGGZ.

- 176. Londen, J. van.**
De psychiater en de eerstelijns. Tijdschrift voor Psychiatrie 21 (1979) 7/8, p. 404.

Beschouwing over de verschillende manieren waarop specialisten in de GGZ werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen helpen. De auteur maakt een verschil tussen medische behandeling en gezondheidszorg en daarmee ook tussen psychiatrie en GGZ. Er ontbreken voor de GGZ aanvaardbare theoretisch-wetenschappelijke begrippen. De verplichtingen die door de NVP aan psychiaters gesteld worden, worden bekritiseerd.

- 177. Mental Health in Primary Care, programma en samenvattingen van voordrachten gehouden op de European Regional Meeting van de World Federation for Mental Health, 30 sept.-4 okt. 1984 te Beer Sheva, Israël. Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israël, 1984.**

De circa 170 samenvattingen handelen (onder meer) over de volgende onderwerpen: Primary care services and mental health, Primary care and mental health in the kibbutz, Community services in primary care, Cultural aspects of primary care and mental health, Psychiatric consultation, Change-management et crisis, Crisis intervention in the emergency room, Training for mental health and primary care.

- 178. Mitchell, A.R.K.**
A psychiatrist in the health centre. Update, (1984) 10, volume 28, p. 1192.

Artikel naar aanleiding van een symposium over 'Psychiatry and Primary Care', gehouden in het St. Andrew's Hospital, Northampton. De auteur gaat in op de oorzaken die geleid hebben tot de verwijdering van de psychiatrie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarna worden de ervaringen van de auteur, een psychiater, met het werken in vier gezondheidscentra beschreven. Het nauwe contact met huisartsen helpt hierbij elkaars horizon te verruimen.

- 179. Samenspel tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg gewenst bij oplossing psychosociale problematiek. Rigg moet geen granieten bolwerk worden. Het Ziekenhuis (1984) 2, p. 60.**

Verkorte weergave van spreekbeurten van Verbraak (GG & GD Rotterdam), Schnabel (NCGv) en Van Londen (WVC) op de studiedag 'Geestelijke gezondheidszorg in het brandpunt van de beleidsontwikkeling' (Utrecht, 9 november 1984).

- 180. Smits, A.J.A. en C.M.H. Hosman.**
De RIAGG en de eerstelijnsgezondheidszorg.
Slot: Bieden recente RIAGG-ontwikkelingen perspectief? Medisch Contact, 5, (1985), p. 139.

Veldteamvorming bij RIAGG's en het werkmodel van de eerstelijnspsycholoog dienen in elkaar geschoven te worden. De auteurs stellen voor om (als experiment) reeds werkzame eerstelijnspsychologen voor deeltijd binnen RIAGG-verband in de eerstelijns te detacheren.

- 181. Walpot, B.**
De relatie tussen AGGZ en AMW. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 34 (1979) 12, p. 864.

Pleidooi voor een betere samenwerking tussen de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en het Algemeen Maatschappelijk Werk. Beide beroepsgroepen hebben hun visies in rapporten omschreven. Aangezien op VOMIL enerzijds en CRM anderzijds een discussie wordt gevoerd, maar zonder onderlinge samenhang, bestaat er het gevaar van toenemende onduidelijkheid en versplintering.

- 182. Zwanikken, G.J.**
Psychiatrische kliniek en eerstelijnszorg.
Tijdschrift voor psychiatrie 21 (1979) 9, p. 481.

Beschouwing over de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en psychiatrische kliniek, waarin de

auteur stelt dat deze relatie afhankelijk is van subjectieve concepties van gedragsstoornissen, van het belang dat men bij het ontstaan van stoornissen toekent aan de relationele context en van de manier waarop psychiatrische zorg verleend wordt. De auteur pleit voor een systeembenadering, met de nadruk op het voorkómen of verkorten van opname(duur). Isolatie van de kliniek ten opzichte van familie en buitenwereld moeten worden voorkomen.