
NcGv

Tussen de lijnen

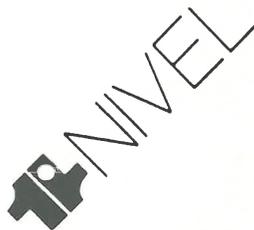
De relatie tussen eerstelijns en geestelijke
gezondheidszorg onderzocht

Denise de Ridder
Joost Visser

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid

Nederlands instituut voor onderzoek van
de eerstelijnsgezondheidszorg

Utrecht, september 1987



VOORWOORD

"Samenwerken" is een gevleugeld begrip geworden in de gezondheidszorg. Het staat voor een scala van beleidsbedoe-lingen en praktische uitwerkingen. In de eerstelijns komt dit onder meer tot uiting in gezondheidscentra en hometeams. In de geestelijke gezondheidszorg ligt de RIAGG-vorming nog vers in het geheugen, terwijl de aandacht nu gericht is op een betere afstemming van de extra-, semi- en intramurale hulp, onder ander in het kader van de RIGG-vorming.

De samenwerking tussen de twee sectoren, eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, kent vooralsnog minder wapenfeiten, maar mag zich verheugen in een groeiende belangstelling. Dit rapport is daar een uitdrukking van: voor het eerst zijn op grote schaal de contacten tussen de instellingen en beroepsbeoefenaren in de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg systematisch in kaart gebracht.

Dat er nog veel haken en ogen zitten aan de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns, dat wisten we al. Over de precieze aard en omvang van die samenwerking en de daarbij optredende problemen waren we echter tot nu toe minder geïnformeerd. Het voorliggende onderzoeksverslag voorziet niet alleen in deze informatie, het biedt de verschillende partners ook aanknopingspunten om de relatie tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

Zonder het belang van de andere inzichten uit dit onderzoek te relativieren, kan hier gewezen worden op de beeldvorming en het verschil in waardering die er over en weer over de samenwerking blijken te bestaan. Bemoedigend is het daarbij

VI

te constateren dat hulpverleners in de verschillende sectoren vaak ook uitstekend in staat blijken te zijn, soms zelfs geheel los van overheidsbeleid of inspanningen van de instellingsdirecties, goede contacten op te bouwen en in stand te houden.

Dr. T.E.D. van der Grinten
directeur NcGv

Drs. J.M. Bensing
directeur NIVEL

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

De afgelopen jaren is de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) veelvuldig inzet van discussie geweest^{1*}. De eerstelijns klaagde over een gebrek aan inzicht in wat de GGZ deed, over de 'bureaucratische' procedures van de GGZ en over de moeite die het kostte om contact te leggen met de GGZ. De GGZ op haar beurt noemde de eerstelijns 'moeilijk benaderbaar' en te weinig accuraat bij het doorverwijzen van patiënten.

De meeste knelpunten hadden betrekking op de relatie tussen huisarts en Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). De moeizaam verlopende RIAGG-vorming en het feit dat aanmelding bij de RIAGG diende te verlopen via een verwijzing van de huisarts, bleken een bron van problemen². Een deel van de knelpunten bleek terug te voeren op het verschil in *setting* tussen eerstelijns en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ). Dat verschil in setting is gegeven met de structuur van de gezondheidszorg: de eerstelijns werkt generalistisch, en wat huisartsen betreft veelal solistisch. De AGGZ vervult een specialistische functie en werkt in (grootschalige) organisatorische verbanden. Een ander deel van de knelpunten bleek vooral betrekking te hebben op het *functioneren* van eerstelijns- en AGGZ-voorzieningen. Over de RIAGG werden klachten geuit als: lange wachtlijsten, gesloten karakter, ontbreken van terugrapportage en onpersoonlijk contact; en over de huisarts: 'verkeerde' verwijzingen en onvoldoende bereidheid tot overleg³.

huisarts
↓
RIAGG

* De noten vindt u op p. 182 en verder.

Zowel de koepelorganisaties van de diverse eerstelijns- en AGGZ-voorzieningen (LHV, JOINT en NVAGG*) als de overheid hebben zich over deze knelpunten gebogen⁴. Allen kwamen tot de conclusie dat de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ verbeterd diende te worden. De verwachtingen ten aanzien van de verbetering van de samenwerking waren (en zijn) hooggespannen. Samenwerking moest meer zijn dan een oplossing voor knelpunten: het diende tevens als middel om *samenhang* te realiseren. In allerlei nota's en rapporten werd deze brede doelstelling die achter 'samenwerking' tussen eerstelijns en GGZ schuilging, nader omschreven.

Zo beschreef de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 'samenwerking' als een middel om het doel 'continue integrale zorg' te bereiken⁵. Ze somde daartoe een aantal knelpunten op die de beoogde integrale zorg in de weg stonden en beschreef vervolgens hoe een aantal vormen van samenwerking tussen eerstelijns en GGZ dat doel dichterbij konden brengen (zoals voorlichting, overleg, advisering, consultatie, supervisie en detachering). In het rapport van de Gemengde Commissie werd, evenals in de Nota Eerstelijnszorg, benadrukt dat problemen op het gebied van geestelijke gezondheid in de eerstelijns aangemeld en/of ontdekt moesten worden en gedeeltelijk ook behandeld⁶. Welke zwaarte van problematiek de eerstelijns aan kan, zo stelden Gemengde Commissie en de Nota Eerstelijnszorg, is afhankelijk van de ondersteuning die de AGGZ kan en wil bieden.

Ook de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid⁷ had hooggespannen verwachtingen van een verbetering van de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ. Naast het bevorderen

* Zie de afkortingslijst op p. 207

van afstemming en continuïteit van zorg werd als doel van samenwerking ook genoemd het bevorderen van deskundigheid van de eerstelijns op het gebied van psychosociale problematiek. Wanneer dat gerealiseerd zou zijn, zou de huisarts beter kunnen functioneren als bewaker van de toegangspoort tot de GGZ, en zou de eerstelijns een deel van de behandeling van 'lichte psychosociale problematiek' van de RIAGG over kunnen nemen (substitutie). Evenals in het rapport van de Gemengde Commissie werd gewezen op het belang van geformaliseerde samenwerkingsafspraken inzake onderlinge informatievoorziening en -overdracht, indicatiestelling, verwijzingsverkeer, preventie, advisering, consultatie en nazorg⁸.

De Nieuwe Nota gaf hiermee een nieuwe invulling aan het begrip samenwerking eerstelijns-GGZ. Samenwerking werd in toenemende mate opgevat als het bestaan van contacten tussen eerstelijns en (A)GGZ die de deskundigheid van de eerstelijns in het herkennen en behandelen van psychosociale problematiek kunnen bevorderen. Het verbeteren van de communicatie- en beeldvormingsaspecten van de relatie, twee thema's die nog centraal stonden in het rapport van de Gemengde Commissie en in de Nota Eerstelijnszorg, werden een subdoel in het verbeteren van de deskundigheid van de eerstelijns.

De vooronderstelling die achter het benadrukken van deskundigheidsbevordering schuil ging, is dat een deskundige eerstelijns minder zal verwijzen naar de (A)GGZ. Het is echter de vraag of het gewenste effect gerealiseerd zal worden door deze vorm van samenwerking. Uit de evaluatie van de invloed van deskundigheidsbevordering op de competentie van de eerstelijns blijkt tot nu toe, dat deskundigheidsbevordering weinig veranderingen in het gedrag teweegbrengt⁹. Deskundigheidsbevordering zou zelfs het 'omgekeerde' (niet-beoogde) effect kunnen hebben dat de eerstelijns méer gaat verwijzen

omdat ze meer problemen onderkent en de (A)GGZ beter kent.

Het concept 'samenwerking' is in de visie van de overheid een middel om samenhang¹⁰ tot stand te brengen in de vorm van afstemming, continuïteit en/of substitutie van zorg tussen eerstelijns en GGZ. In hoeverre het middel samenwerking ook daadwerkelijk het doel samenhang helpt bewerkstelligen, is echter nog een open vraag, aangezien er nog geen empirische toetsing van de effecten van samenwerking heeft plaatsgevonden. Luscuere, een organisatie-socioloog, spreekt dan ook over een ideologisch gelegitimeerd samenwerkingsbeleid¹¹. In dit rapport staan de vooronderstellingen achter samenwerking niet zelf ter discussie, uitgangspunt is de vraag wat er aan samenwerking voorkomt, en waar dat te verbeteren valt in de ogen van de participanten. Of met een verbetering van de relatie ook verderliggende doelen (substitutie, continuïteit van zorg) gerealiseerd worden, zal nog nader onderzocht moeten worden.

1.2 *Begripsafbakening*

1.2.1 *Samenwerking*

In het overheidsbeleid heerst het idee dat samenwerking nuttig en noodzakelijk is: het zou kostenbesparend (effectiever) zijn en de dienstverlening in de gezondheidszorg verbeteren. Dat idee is gebaseerd op de premisse dat er sprake is van twee afhankelijke en gelijkwaardige organisaties die in een complementaire verhouding tot elkaar staan. Het belangrijkste kenmerk van een complementaire relatie is het ruil karakter: samenwerking is voor beide partijen profijtelijk. Zo'n complementaire verhouding kan verschillende vormen aannemen.

Wanneer de eerstelijns verwijst naar de GGZ is er bijvoorbeeld sprake van een volgtijdelijke relatie, wanneer men gezamenlijk zorg draagt voor een patiënt van een gelijktijdige¹².

In de praktijk gaan deze premissen echter niet helemaal op¹³. GGZ en eerstelijns zijn namelijk niet in alle gevallen in gelijke mate afhankelijk van elkaar. Een GGZ-instelling is bijvoorbeeld voor verwijzing in sterke mate afhankelijk van de eerstelijns, terwijl de eerstelijns kan kiezen uit verschillende GGZ-instellingen om naar te verwijzen. Aan de andere kant is de eerstelijns afhankelijk van de GGZ voor bepaalde serviceverlening, zoals deskundigheidsbevordering, terwijl de GGZ minder een beroep hoeft te doen op de somatische deskundigheid van de huisarts. Met andere woorden: eerstelijns en GGZ zijn voor onvergelykbare diensten afhankelijk van elkaar, hetgeen een meevoelen met de noodzaak van samenwerking niet direct zal bevorderen. Men werkt, juist door het niet complementaire karakter, vaak langs elkaar heen. Een gebrek aan samenwerking verhelpen door te wijzen op de noodzaak van meer samenwerking, wordt dan een cirkelredenering. De relatie tussen eerstelijns en GGZ kan hooguit ten dele als complementair beschouwd worden. Voor zover dat zo is, is samenwerking een zinvol begrip.

Er is dus een zekere discrepantie tussen het voorgestane overheidsbeleid en de realiteit van alledag. Samenwerking is alleen in bepaalde situaties zinvol. Een ongedifferentieerd pleidooi voor samenwerking loopt het risico te weinig oog te hebben voor het feit dat GGZ en eerstelijns maar ten dele afhankelijk van elkaar zijn. Dat uit zich ondermeer in de veelgehoorde constatering dat samenwerking moeilijk van bovenaf opgelegd kan worden wanneer er niet een minimale behoefte in het veld gevoeld wordt.

Er zijn verschillende dimensies van samenwerking te onderscheiden, en deze komen terug in de opzet van dit onderzoek. Voorzover er sprake is van een complementaire verhouding, is de relatie eerstelijns-GGZ een ruilverhouding. Breuer noemt dit 'ruilaspect' de 'onderkant' van samenwerking. Hij constateert dat dit aspect vaak buiten beschouwing blijft en dat er veelal onvoldoende rekening mee wordt gehouden dat samenwerking niet vanzelfsprekend is: er moeten voorwaarden voor geschapen worden¹⁴. In hoofdstuk 3 wordt beschreven welke voorwaardescheppende activiteiten instellingen en hulpverleners ontplooiën om samenwerkingsprocessen te entameren. De nadruk ligt daarbij op de activiteiten die de GGZ naar de eerstelijns toe onderneemt. De eerstelijns blijkt zich in de praktijk minder afhankelijk van de GGZ te voelen dan omgekeerd, en voelt dus ook minder noodzaak om condities te scheppen.

Breuer noemt naast de 'onderkant' van de samenwerking nog drie aspecten van samenwerking: de *instrumentatie*, de *beleving* en het *proces* van samenwerking. De instrumentatie van de samenwerking is de vorm waarin de samenwerking gestalte krijgt: de procedures, regelingen en afspraken. Dergelijke afspraken kunnen zowel op directie- of coördinatieniveau, als op individueel hulpverlenersniveau gemaakt worden. Ze worden beschreven in hoofdstuk 4.

De beleving van de samenwerking is eveneens een belangrijke invalshoek. Het is de cultuur waarin de samenwerking gestalte krijgt: het geheel van opvattingen en meningen over de andere partij, dat zowel betrekking kan hebben op capaciteiten en vaardigheden als op de waarde van de andere partij als samenwerkingspartner. Dit geheel heet in dit onderzoek *beeldvorming* en wordt beschreven in hoofdstuk 5.

Behalve de genoemde aspecten van samenwerking, bestaat

er, in termen van Breuer, ook nog de 'bovenkant' van samenwerking. Het is het meest zichtbare deel, dat bestaat uit het eigenlijke proces van samenwerkingsactiviteiten, de feitelijke handelingen. In dit onderzoek worden de volgende samenwerkingsactiviteiten betrokken: bericht en overleg over individuele patiënten, contacten die betrekking hebben op informatie-uitwisseling (bijvoorbeeld rond preventie en dienstverlening) en contacten die te maken hebben met overdracht van patiënten. De uitvoering van het eigenlijke samenwerkingsproces geschiedt meestal op het niveau van individuele hulpverleners. Een inventarisatie van deze activiteiten is te vinden in hoofdstuk 6.

Aspecten van samenwerking die in dit onderzoek analytisch onderscheiden zijn, zijn in de praktijk niet altijd te scheiden. De vier invalshoeken op samenwerking (condities, instrumentatie, beeldvorming en feitelijke contacten) hebben ten dele betrekking op dezelfde activiteiten die onder de noemer 'samenwerking' plaatsvinden. Activiteiten zijn op verschillende manieren te typeren en komen dus soms meermalen aan de orde, maar dan steeds belicht vanuit een andere invalshoek. Een voorlichtingsmiddag van de RIAGG voor huisartsen bijvoorbeeld is een activiteit die zowel een bepaalde 'conditie' schept (huisartsen maken kennis met de RIAGG) als de start van afspraken over verwijsberichtgeving (instrumentatie) kan zijn.

In dit onderzoek is samenwerking breed gedefinieerd: *alle* contacten zijn als zodanig geïnterpreteerd. Er is niet geselecteerd op een bepaalde mate van structurering of formalisering, noch op doelstellingen die voorzieningen met deze contacten beogen. Het begrip samenwerking wordt in dit onderzoek dus niet beperkt tot de strikte definitie van *gezamenlijk* werken.

1.2.2 *Psychosociale problemen*

Een belangrijk thema in de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ is de definitie van aard en ernst van problemen. Met name de term 'psychosociaal' heeft veel verwarring gesticht in de discussie over afstemming, continuïteit en substitutie.

Die verwarring betreft twee punten: wát zijn psychosociale problemen, en wie moet ze vaststellen en behandelen. Deze problemen, en dus de inhoud van het begrip 'psychosociaal', spelen een belangrijke rol in de taakafstemming en -afbakening tussen eerstelijns en GGZ. Zo lopen de meningen uiteen of 'psychosociaal' een 'empirisch' (Ter Heine) danwel een 'hypothetisch' (Bensing) begrip is, of dat een psychosociaal probleem simpelweg een probleem is dat 'niet uitsluitend lichamelijk' is (Verhaak)¹⁵. Nog ingewikkelder wordt het wanneer het gaat om wie op welke manier de aanwezigheid van psychosociale problemen moet vaststellen. Ter Heine meent zelfs dat de 'aard' van psychosociale problemen ('het individueel ervaren gevoel van onwelzijn en niet naar tevredenheid sociaal functioneren') zich niet leent voor objectieve vaststelling¹⁶.

Het ontbreken van een eenduidige omschrijving blijkt ook uit epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van psychosociale problemen in de eerstelijns. De percentages bij de huisarts aangemelde psychosociale problemen lopen uiteen van 10 tot 19 procent¹⁷. Indien men 'verhulde' psychosociale problemen meerekent, wordt zelfs een percentage van 63 genoemd¹⁸. Huisartsen vertonen evenwel onderling grote variatie in het benoemen van klachten als psychosociaal. Verhaak constateerde dat de percentages uiteenliepen van 20 tot 70 procent¹⁹. Ook wat betreft de classificatie van deze problemen lopen de meningen uiteen. Huygen noemt 90 pro-

cent 'nervus-functionele klachten'²⁰. Lamberts en Hartman benoemen een derde als 'angst, slaapstoornissen en depressies' en 42 procent als 'overige neurosen'²¹. Bensing en Sluijs categoriseren 21 procent onder de noemer 'angst, spanning, nervositeit, onrust, irritatie en stress'²². De meeste van deze als 'psychosociaal' aangeduide problemen behandelt de huisarts zelf door of 'niets te doen', (gestructureerde) gesprekken te voeren of psychofarmaca voor te schrijven²³. De consulten voor deze problemen nemen voor de huisartsen veel tijd in beslag. Bensing komt tot de conclusie dat de gemiddelde huisarts zo'n 1700 spreekuurgesprekken per jaar voert over psychosociale problemen en ook nog eens 3800 over zogeheten verhuide psychosociale problemen²⁴. De huisartsen verwijzen weinig van deze patiënten naar het AMW of de GGZ. Welke criteria zij hanteren voor verwijzing is niet duidelijk. Van Busschbach en Verhaak concluderen op grond van bestudering van video-consulten dat niet zozeer de aard of ernst van problemen, maar eerder de zwaarte van het beroep dat de patiënt op de arts doet, gekoppeld aan diens onvermogen om hulp te verlenen, doorslaggevend is voor een beslissing om te verwijzen²⁵.

Ook het AMW krijgt met psychosociale problemen te maken en ook in dit geval is de definitie problematisch. Uit de JOINT-registratiegegevens (1983) is af te leiden dat de helft van de aangemelde problemen geregistreerd wordt onder de noemer 'persoonlijke' of 'relatieproblemen'. De andere helft is 'concreet', maar daaronder vallen bijvoorbeeld ook gezondheids- en echtscheidingsproblemen waarbij de verwevenheid van fysieke, materiële en psychosociale aspecten voor de hand ligt.

Met de aankondiging in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, dat 'lichte psychosociale' problemen in de eerste lijn behandeld moeten worden en 'ernstige psychische' in de tweede lijn (RIAGG), is de betekenis van het begrip psychosociaal er niet duidelijker op geworden. Het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over de relatie eerste-lijn-GGZ vat dat als volgt samen: "(...) tot nu toe (...) werden eerste en tweede lijn in overheidsstukken aan de hand van het hulpaanbod gedefinieerd. (...) Nadat op die wijze het hulpaanbod is geordend, de functies zijn verdeeld, kan het probleem-aanbod over de voorzieningen verdeeld worden. In de Nieuwe Nota wordt de zaak omgekeerd: nadat het probleemaanbod is geordend, worden de functies over de problemen verdeeld"²⁶. In vrijwel alle reacties op de Nieuwe Nota wordt een strikt onderscheid tussen psychosociale en psychische problemen niet houdbaar geacht. En mocht een dergelijk onderscheid al te maken zijn, dan is zeer twijfelachtig of dit als criterium kan dienen bij de bepaling welke instantie de zorg moet verlenen²⁷.

Ondanks deze kritiek worden de termen 'psychosociaal' en 'psychisch' als aanduiding voor de aard van problemen veelvuldig gebruikt, hetgeen er op lijkt te wijzen dat zij een zekere 'alledaagse relevantie' hebben. Die relevantie heeft echter meerdere aspecten, die in de regel door elkaar lopen. Een drietal invalshoeken is te onderscheiden in het gebruik van de termen 'psychosociaal', 'psychisch' en 'psychiatrisch'²⁸.

1 Een onderscheid naar etiologie en manifestatie. Zo wordt in een bijlage bij de Nieuwe Nota van de Geneeskundige Hoofinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid het begrip 'psycho-sociale stoornis of problematiek' vervangen door 'psychosociaal syndroom', hetgeen inhoudt "het geheel van

klachten en symptomen die op zich niet hoeven te wijzen op een psychische stoornis²⁹. Een psychosociaal syndroom is een reactie op levensproblemen, een psychische stoornis of een combinatie van beide. Etiologie (oorzaak van problemen) en symptomatologie (manifestatie) moeten dus onderscheiden worden.

2 De termen kunnen ook verwijzen naar de last waarmee de manifestatie gepaard gaat ('sluimerend, ingehouden' of 'acuut, ernstig'). De Nieuwe Nota huldigt dit standpunt en maakt op grond daarvan een directe koppeling tussen de aard van het probleem en de te verlenen zorg. Psychosociale problemen kenschetst de Nota als menselijk leed, waarvoor zelf- en mantelzorg of professionele psychosociale begeleiding door de eerstelijns aangewezen is. Ernstige psychische problemen ziet de Nota in langdurig en/of acuut voorkomende klachten of verschijnselen van ernstige aard, waarvoor psychotherapie, psychiatrische of psychogeriatrische hulp aangewezen is. Wel wordt aangenomen dat er een vloeiende overgang is tussen beide categorieën: een zekere overlap in de zorg is dus noodzakelijk³⁰

3 Een derde invalshoek is de mate van specialisatie van de hulp die aangewezen is. Zo onderscheidde de Gemengde Commissie psychosociale, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische hulp als RIAGG-taken (waarbij aangetekend werd dat de RIAGG teveel aan psychosociale hulp deed). Ook de Nieuwe Nota maakt een onderscheid tussen psychosociale en psychiatrische hulp en baseert hierop een taakverdeling tussen eerstelijns en GGZ. Als alternatief voor het in de Nieuwe Nota gemaakte onderscheid stelt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een taakverdeling tussen eerste en tweedelijns voor op basis van draagkracht van het sociaal netwerk van de patiënt en van de patiënt zelf en de vaardigheid van de eerste-

lijnshulpverlener. In de praktijk hangt het dan van het gewogen oordeel van de hulpverlener af, of een probleem als licht of als zwaar wordt gekarakteriseerd. (p. 11), hetgeen onverlet laat dat "niet gespecialiseerde hulp- en zorgverlening naar de eerstelijns overgeheveld (zal) moeten worden"³¹.

Het blijkt dat de term psychosociaal wordt gebruikt als aanduiding voor de aard van hulp (veelal gekoppeld aan het aangewezen echelon), voor de ernst van problemen en voor de last die problemen met zich meebrengen. In de praktijk worden deze dimensies veelal door elkaar gehaald en nauwelijks onderscheiden. Reden om in dit onderzoek 'psychosociaal' niet op voorhand nauwkeurig te definiëren - met één omschrijving zou te kort gedaan worden aan de opvattingen die in de verschillende disciplines, instellingen en echelons leven. Daarentegen is ervoor gekozen na te gaan over welke problemen de respondenten het hebben als het gaat om hun takenpakket. In het onderzoek zijn vragen opgenomen die deze drie facetten van problemen (manifestatie, last, aangewezen zorg) meten, met als doel te achterhalen welke dimensie de verschillende disciplines, instellingen en echelons hanteren in het onderscheiden van problemen (hoofdstuk 5).

1.3 Doel van het onderzoek

Het blijkt dat de beschikbare informatie over samenwerking tussen eerstelijns en GGZ beperkt is. Er is enige kennis over de ervaren knelpunten in de relatie (veelal gebaseerd op lokale studies) en er is relatief veel literatuur over de wensen van de overheid en de koepelorganisaties ten aanzien van samenwerking. Er is echter een gebrek aan empirische kennis over hoe de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ er uitziet. In deze

lacune wil dit onderzoek voorzien.

Het voornaamste doel van dit onderzoek is het inventariseren van de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ qua aard en omvang. Onder de eerstelijns worden in dit onderzoek de huisartsen en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) verstaan. Weliswaar behoren ook wijkverpleging en gezinszorg tot de kerndisciplines van de eerstelijns die met psychosociale problemen te maken krijgen (Bensing en Sluijs, 1984), maar om praktische redenen zijn deze disciplines niet bij het onderzoek betrokken. Onder GGZ wordt in dit onderzoek verstaan: vrijgevestigde psychologen en vrijgevestigde psychiaters, RIAGG's, Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ'en), Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) en poliklinieken van PAAZ en APZ. Omdat in de praktijk zelden vanuit de eerstelijns wordt verwezen naar categoriale intramurale GGZ-voorzieningen, zijn deze niet in het onderzoek betrokken. De keuze om verschillende voorzieningen per echelon te onderzoeken is gebaseerd op de overweging dat een vergelijking tussen de verschillende instellingen binnen een echelon specificering en nuancering van de samenwerking mogelijk maakt.

Het tweede doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de knelpunten die eerstelijns en GGZ in de contacten en in het ontwikkelen van samenwerking ervaren. Het derde doel is om, met de beperkingen van een inventariserende opzet, factoren op te sporen die van invloed zijn op samenwerking, of het ontbreken ervan.

1.4 *Opzet van het onderzoek*

Het hoofdonderzoek is uitgevoerd in drie regio's. Door middel van interviews met sleutelfiguren van alle genoemde eerste-

lijns- en GGZ-instellingen in deze regio's en door middel van schriftelijke vragenlijsten voor alle individuele hulpverleners van de genoemde voorzieningen is informatie verzameld over de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ. De vragen die gesteld zijn in de interviews en in de vragenlijsten zijn vergelijkbaar en vormen elkaars 'spiegelbeeld'. Deze opzet maakte het mogelijk discrepanties tussen eerstelijns en GGZ in de visie op samenwerking op te sporen. Het regio-onderzoek wordt gecombineerd met een landelijke enquête onder een representatieve steekproef van 650 huisartsen. Deze landelijke steekproef heeft als doel vergelijkingsmateriaal te verschaffen voor de gegevens over de huisartsen in de drie regio's. In dit rapport komen de landelijke gegevens alleen ter sprake indien de landelijke steekproefresultaten opvallend afwijken van de resultaten van de huisartsen in de drie regio's. De resultaten van de landelijke huisartsen enquête zijn in een deelrapport gepubliceerd³².

Hieronder worden zowel de regio-opzet als het spiegelende karakter van de vragenlijsten besproken.

1.4.1 *De regio's*

De keuze voor onderzoek in drie regio's dient twee doelen. Het eerste doel is het waarborgen van een zekere representativiteit van het onderzoek voor de Nederlandse situatie. Het tweede doel is het nagaan in hoeverre regionale verschillen optreden. Daartoe zijn de drie regio's zo gekozen dat de capaciteit van de voorzieningen zoveel mogelijk vergelijkbaar is met het landelijk gemiddelde (of de landelijke norm benadert), terwijl de urbanisatiegraad juist uiteen loopt (een grootste-deelijke regio, een verstedelijkt gebied en een plattelandsgedebied). Er is gekozen voor RIGG-regio's, omdat samenwerking

in de toekomst steeds meer op RIGG-niveau zal plaatsvinden en omdat het verantwoordelijkheidsgebied van de instellingen met het grootste bereik - de APZ'en - de omvang van een RIGG-regio benadert (een RIGG-regio omvat 250.000 tot 500.000 inwoners).

Helaas was het niet mogelijk de regio's zo te kiezen dat ze voor alle kenmerken van voorzieningen geheel vergelijkbaar zijn. Voorzichtigheid is dan ook geboden wat betreft de generaliseerbaarheid (een overzicht van de kenmerken is te vinden in bijlage I). Daarbij komt dat urbanisatiegraad de bevolkingsdichtheid van een regio weergeeft, maar tevens staat voor een aantal andere regio-kenmerken (als afstand tussen voorzieningen en het omgaan met problemen door hulpvragenden en hulpverleners) die niet eenduidig te interpreteren zijn. Urbanisatiegraad is in ieder geval geen geldige indicatie voor de prevalentie van psychische problemen³³

1.4.2 *Vragenlijsten*

Begin 1986 werden alle huisartsen, maatschappelijk werkinstellingen, vrijgevestigde psychologen en psychiaters, RIAGG's, PAAZ'en en APZ'en en hun poliklinieken in de drie regio's benaderd met een verzoek om medewerking aan het onderzoek. De LHV, JOINT, NVAGG, Werkgroep Eerstelijnspsychologen van het NIP en de Geneeskundige Hoofdinспекtie ondersteunden dit verzoek met een aanbevelingsbrief. Alle instellingen besloten hun medewerking te verlenen, welke omvatte: het verschaffen van achtergrondmateriaal en, indien aanwezig, cijfermateriaal over de relatie met de eerstelijns respectievelijk GGZ, één of enkele langdurige interviews met sleutelfiguren binnen de instelling (directieleden en/of coördinatoren) en een schriftelijke enquête onder medewerkers. Al

de verzamelde gegevens hadden betrekking op de samenwerking in 1985. In de gesprekken kwamen onderwerpen aan de orde als de organisatie van de hulpverlening, de visie op de taakopdracht en de relatie met het andere echelon. Daarnaast is een enquête verspreid. Van RIAGG en AMW zijn alle hulpverleners geënquêteerd, van poliklinieken, PAAZ'en en APZ'en alleen diegenen die het onderhouden van externe contacten als taak hebben. Huisartsen, vrijgevestigde psychologen en psychiaters zijn alleen schriftelijk geënquêteerd. Alle aangeschreven personen werden tweemaal schriftelijk gerappeld³⁴. Bij huisartsen werd het tweede rappel telefonisch verricht, mede in verband met LHV-acties (medio 1986) waardoor huisartsen hun medewerking aan onderzoek dreigden te staken. De responsepercentages van AMW- en GGZ-voorzieningen lagen rond de 70%, van huisartsen rond de 50%. In totaal zijn in de regio's 600 individuele eerstelijns- en GGZ-hulpverleners geënquêteerd (tabel 1.1, zie voor meer details bijlage II).

Tabel 1.1 Responsepercentages van de schriftelijke enquête

Voorziening	percentage ingevulde enquêtes	aantal ingevulde enquêtes
huisartsen	49	209
alg. maatschappelijk werkenden	81	76
psychologen	81	26
psychiaters	69	11
RIAGG-medewerkers	74	200
PAAZ polikliniek-medewerkers	67	6
APZ polikliniek-medewerkers	72	18
PAAZ-medewerkers	79	20
APZ-medewerkers	70	34

De vragenlijst is voor het grootste deel door de onderzoekers samengesteld. De vragen over taakopvatting en taakuitoefening werden ten dele ontleend aan Grol en aan Verhaak³⁵. In

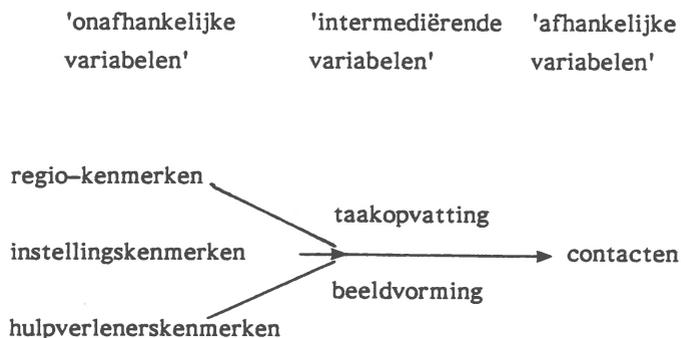
een pilot-study werden deze vragenlijsten uitgetest bij hulpverleners van de respectievelijke voorzieningen en becommentarieerd door vertegenwoordigers van verschillende koepelorganisaties en door collega-onderzoekers.

De vragenlijst 'meet' enerzijds het voorkomen van samenwerking in de vorm van gestructureerde vragen over het aantal hulpverleners waarmee contacten bestaan, de inhoud en de frequentie van die contacten. Anderzijds is gevraagd naar de opinie over de competentie en de werkwijze van hulpverleners van het andere echelon, de opvatting over de taken van de eigen voorziening en van het andere echelon, en naar gegevens over de hulpverlener zelf. De vragenlijsten voor GGZ en eerstelijns zijn 'spiegelbeeldend', dat wil zeggen: er zijn, uitgaande van het verschil in positie in de structuur van de gezondheidszorg, vergelijkbare vragen over dezelfde thema's gesteld.

Daarnaast zijn vragen gesteld over de achtergronden van de hulpverleners. De eerstelijns-hulpverleners (huisartsen en AMW) is gevraagd naar kenmerken als praktijkvorm en -grootte, de invloed die ze aan psychosociale factoren toekennen, de mate waarin ze het behandelen van psychosociale en psychische problemen tot hun taak rekenen en de samenwerking met de GGZ. Voor GGZ-hulpverleners zijn dat kenmerken als discipline, functie, afdeling of behandelaanbod, opvatting over hun taak op het gebied van psychische/psychosociale problemen en werkervaring. De vragenlijsten variëren enigszins per voorziening (zie voor een overzicht van de kenmerken bijlage III).

De kenmerken 'taakopvatting' en 'beeldvorming' (opinies) worden in dit onderzoek als intermediaire variabelen beschouwd. Hun precieze status - in welke mate beïnvloeden ze samenwerking en in welke mate worden ze door samenwerking beïnvloed - kan op basis van dit onderzoek niet opgehelderd

worden. Schematisch kan de opzet worden weergegeven als volgt:



1.5 *Opbouw van het rapport*

Het rapport begint met een overzicht van psychosociale problemen in de eerstelijns. Op basis van de regionale huisartsen- en AMW-enquêtes wordt beschreven hoe huisartsen en algemeen maatschappelijk werkers aankijken tegen het voorkomen en behandelen van psychosociale problemen (hoofdstuk 2).

De hoofdstukken 3 tot en met 6 beschrijven ieder een invalshoek op de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ. In hoofdstuk 3 staan de voorwaarden centraal welke voorzieningen (moeten) creëren om een basis te scheppen voor samenwerking. In dit hoofdstuk ligt het accent op de GGZ. Hoofdstuk 4 beschrijft de afspraken die eerstelijns en GGZ maken over organisatorische en inhoudelijke aspecten van de samenwerking. In dit hoofdstuk, evenals in het vijfde en zesde, worden de gegevens van eerstelijns en GGZ afzonderlijk behandeld. Hoofdstuk 5 handelt over de beeldvorming over het

andere echelon. In hoofdstuk 6 wordt de uitvoering van de samenwerking besproken, voornamelijk op individueel hulpverlenersniveau. In hoofdstuk 7 ten slotte volgen de samenvatting en de conclusies.

2 PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE EERSTELIJN

In een onderzoek naar de samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg mag een hoofdstuk over psychosociale problemen in de eerstelijns niet ontbreken. De mate waarin huisartsen en maatschappelijk werkers – de bij het onderzoek betrokken disciplines – met dergelijke problemen worden geconfronteerd en de manier waarop zij op die problemen ingaan, kunnen immers van invloed zijn op hun behoefte aan contact met de geestelijke gezondheidszorg en op de mogelijkheden voor samenwerking.

Om die reden geven we in dit hoofdstuk een beeld van de mate waarin huisartsen en maatschappelijk werkers met psychosociale problematiek geconfronteerd worden te worden en van hun taakopvatting op dit gebied. In dit hoofdstuk abstraheren we het bestaan van de geestelijke gezondheidszorg. Contacten met de GGZ, en ook de vraag in hoeverre de taakopvatting van eerstelijns hulpverleners daarop van invloed is, komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

2.1 *Psychosociale problemen bij de huisarts*

Zoals in het vorige hoofdstuk is vermeld, verschillen huisartsen onderling zeer in de mate waarin zij oog hebben voor psychosociale problematiek³⁶. Om de aan het onderzoek deelnemende huisartsen in dit opzicht te kunnen 'plaatsen', is van twee instrumenten gebruik gemaakt, die werden ontleend aan Grol³⁷:

- gevraagd werd het percentage klachten te schatten waarbij psychosociale factoren 'een rol spelen' en
- gevraagd werd van een twaalfstal aandoeningen aan te geven

in hoeverre psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan of het acuut verergeren daarvan.

Gemiddeld menen de artsen dat in 49% van de bij hen gepresenteerde klachten psychosociale factoren een rol spelen. De schattingen lopen echter, zoals verwacht, sterk uiteen: van 2% tot 100% (sd = 20). Dergelijke percentages zijn geen maat voor het werkelijk voorkomen van psychosociale problematiek: ze geven een indicatie van het denken van de arts zelf en zullen in dit rapport ook als zodanig worden gebruikt.

Datzelfde geldt voor de tweede maat die is gebruikt om vast te stellen in welke mate huisartsen psychosociale problemen onderkennen. In tabel 2.1 staan de antwoorden van de huisartsen op de vraag in hoeverre psychosociale factoren een rol spelen bij het ontstaan of het acuut verergeren van twaalf met name genoemde lichamelijke aandoeningen.

Ook op dit punt verschillen de artsen onderling van elkaar: slechts bij één item (adipositas, of: vetzucht) scoort méér dan 70% van de respondenten op het ene en minder dan 10% op het andere uiteinde van de schaal. Aan vier van de twaalf aandoeningen wordt door meer dan de helft van de respondenten een grote invloed van psychosociale factoren toegekend; bij drie aandoeningen spelen deze volgens meer dan de helft van de artsen nauwelijks een rol.

De twaalf items vormen samen een schaal (Cronbach's alpha = .73), waardoor de antwoorden van iedere arts op elk van de vragen zonder veel bezwaar bij elkaar opgeteld kunnen worden. De gemiddelde score kan variëren van 1 (voor de arts die

Tabel 2.1 Geschatte invloed van psychosociale factoren bij het ontstaan of acuut verergeren van twaalf aandoeningen, in percentages (n= 208)

Aandoening:	Geschatte invloed psychosociale factoren:		
	weinig of geen	niet veel/ niet weinig	(zeer) veel
hartinfarct	22	38	40
obstipatie	20	33	48
dysmenorroe	22	37	42
hypertensie	13	33	55
eczeem	14	32	55
hyperthyroïdie	58	24	18
adipositas	6	24	71
rheumatoïde arthritis	70	25	6
colitis ulcerosa	18	31	50
brachialgie	28	38	35
tracheïtis	64	25	10
zwangerschaps- braken	21	26	53

géén invloed toekent aan psychosociale aspecten bij lichame-
lijk gepresenteerde problematiek) tot 5 (voor de arts die
daaraan zeer véél invloed toekent); de scores van de respon-
denten liggen tussen 1.55 en 5.00 (\bar{x} = 3.02, sd = .46). De ver-
schillen zijn dus groot³⁸.

Vergelijking van de genoemde cijfers met die uit de landelij-
ke huisartsenenquête laat slechts minieme verschillen zien:
het door deze artsen genoemde percentage psychosociale pro-
blematiek bedraagt 51%, de gemiddelde 'invloedscore' 3.13.

Beide maten om de 'gevoeligheid' van artsen voor psychoso-
ciale problematiek te meten zijn aan elkaar gerelateerd: r =
.40, $p < .05$. Een zwak verband is aantoonbaar tussen deze ma-

ten enerzijds en de leeftijd van de arts anderzijds: jonge artsen zien iets méér psychosociale klachten ($r = .14$, $p < .05$) en kennen meer invloed toe aan psychosociale aspecten bij somatische klachten ($r = .22$, $p < .05$) dan oudere artsen. Artsen in kleine praktijken zien eveneens wat méér psychosociale problemen ($r = .22$, $p < .05$), hetgeen het verband kan beïnvloeden: jonge artsen hebben immers kleine praktijken. Praktijkgrootte blijkt het meeste gewicht in de schaal te leggen: houden we die constant, dan speelt de leeftijd helemaal geen rol meer.

De samenwerkingsvorm, tenslotte, is niet van belang: artsen in gezondheidscentra ($n=23$) zien niet méér psychosociale problemen en kennen psychosociale aspecten niet méér invloed toe dan artsen die in home-teams ($n=40$) of artsen die niet formeel met andere eerstelijnsdisciplines samenwerken ($n=133$). Overigens is dit resultaat niet in overeenstemming met het landelijk beeld; in de landelijke enquête werd door de huisartsen in gezondheidscentra een hoger percentage psychosociale problematiek genoemd dan door de overige artsen.

Ook indien een huisarts veel psychosociale problematiek signaleert, dan hoeft dat niet te betekenen dat hij het ook tot zijn taak rekent om zijn patiënten in dit opzicht zelf te behandelen of anderszins te helpen: hij kan van mening zijn dat dat meer op de weg ligt van andere hulpverleners, of hij kan hulpverlening door wie dan ook niet noodzakelijk of zelfs niet wenselijk vinden. Om een beeld te krijgen van de taakopvatting van de huisartsen, is hun een lijstje voorgelegd met twaalf activiteiten op het gebied van psychosociale hulpverlening of begeleiding, met de vraag aan te geven in hoeverre zij elk van deze activiteiten tot de taak van de huisarts rekenen. Van de twaalf werden zeven items ontleend aan een bestaande schaal

van Grol (1983); de vijf anderen werden door onszelf toegevoegd³⁹. Op die manier ontstond een lijst waarin de hulpverlening bij ernstige en minder ernstige en bij chronische en niet-chronische problematiek een plaats vond.

Tabel 2.2 Hulpverlening bij psychosociale problematiek: taakopvatting van huisartsen, in percentages (n=208)

Activiteit:	Mate waarin deze tot de taak van de huisarts behoort		
	volledig of grotendeels	enigszins	niet of nauwelijks
1 adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	43	51	6
2 begeleiden van ex-psy-chiatrische patiënten	45	47	8
3 bespreken relatieproblemen echtpaar	50	43	7
4 hulp bieden bij suïcidale neigingen*	55	38	8
5 behandeling van lichte vorm van straatvrees	43	37	20
6 bespreken van langdurige problemen op het werk*	63	28	10
7 ontspanningstherapie bij spanningsklachten	28	25	48
8 hulp bieden bij hyperventilatie*	82	17	1
9 hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	61	34	4
10 hulp bieden bij verslavingsproblematiek	21	45	34
11 behandelen van wanen*	17	30	53
12 behandelen van chronische moeheid*	91	7	3

* Door ons toegevoegd aan bestaande lijst van Grol (1983).

Uit tabel 2.2 wordt duidelijk dat de antwoorden op de verschillende items veel minder gespreid zijn dan de antwoorden op de vragen naar het voorkomen van psychosociale problematiek. Wel hebben huisartsen, zo blijkt, een voorkeur voor activiteiten met een medische component: hulp bieden bij hyperventilatie en het behandelen van chronische moeheid worden telkens door méér dan 70% van de respondenten tot hun taak gerekend. Activiteiten die relatief weinig artsen menen te moeten doen, zijn de behandeling van een lichte vorm van straatvrees, ontspanningstherapie bij spanningsklachten, hulp bieden bij verslavingsproblematiek en het behandelen van wanen.

Door de scores van de artsen op de verschillende items weer bij elkaar op te tellen (Cronbach's alpha = .72), kan voor elke respondent één score worden berekend, die een indicatie is van zijn taakopvatting op het gebied van psychosociale hulpverlening. Deze scores, die in principe kunnen variëren van 1 (voor artsen met een smalle taakopvatting) tot 5 (voor artsen met een brede taakopvatting) liggen in de hele groep respondenten tussen 1.78 en 4.44; het gemiddelde is 3.23 (sd = .49)⁴⁰. De huisartsen wijken daarmee ook op dit punt niet af van de artsen in de landelijke steekproef.

Artsen in de grote stadsregio hebben een iets smallere taakopvatting ($\bar{x} = 3.12$) dan artsen in de plattelandsregio ($\bar{x} = 3.33$) ($p < .05$), een gegeven dat in overeenstemming is met eerder onderzoek⁴¹ en dat verklaard zou kunnen worden door de grotere afstand, op het platteland, tot andere voorzieningen.

Artsen met een ruime taakopvatting signaleren niet méér psychosociale problemen en kennen aan psychosociale aspecten niet méér invloed toe dan anderen: een statistisch verband

tussen deze maten is afwezig. Evenmin spelen leeftijd en praktijkgrootte in dit verband een rol.

Wel van belang echter lijkt, op het eerste gezicht, de samenwerkingsvorm: huisartsen in hometeams hebben een significant ruimere taakopvatting dan huisartsen in gezondheidscentra ($x = 3.37$, resp. $\bar{x} = 3.06$); artsen die niet in een multidisciplinaire praktijkvorm samenwerken zitten er tussen in. Bedacht moet worden, dat het percentage huisartsen in hometeams in de plattelandsregio (waar ook een ruime taakopvatting wordt gemeten) groter is dan elders (36% tegen 12% in de stad en 3% in het verstedelijkt gebied). Corrigeren we de taakopvattingcijfers van de artsen in de drie samenwerkingsvormen voor regio, dan is het verband niet langer significant.

Al heeft een arts een ruime taakopvatting, dan nog is de vraag gewettigd of hij ook daadwerkelijk veel aan psychosociale hulpverlening doet: praktische problemen, zoals tijdgebrek, kunnen verwezenlijking van een ideaal in de weg staan en ook is 'niets doen', ondersteunen van de patiënt of luisteren naar zijn klachten, in sommige situaties goed te verdedigen. Observatie van of registratie door de huisarts zou in dit verband de meest betrouwbare informatie opleveren. In dit onderzoek hebben we ons echter moeten beperken tot het stellen van de vraag naar de praktijk van alledag. Daarbij is de respondenten dezelfde lijst met activiteiten voorgelegd, ditmaal met de vraag aan te geven in hoeverre deze 'in voorkomende gevallen' ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. De resultaten staan in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Hulpverlening bij psychosociale factoren: taak-
uitoefening van huisartsen, in percentages (n = 203)

Activiteit:	Mate waarin deze 'in voorkomende gevallen' door de huisarts wordt uitgevoerd		
	altijd	soms	nooit
1 adviseren bij opvoedingsmoei- lijkheden	36	62	2
2 begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	34	65	2
3 bespreken relatieproblemen echtpaar	31	66	3
4 hulp bieden bij suïcidale nei- gingen	45	51	5
5 behandeling van lichte vorm van straatvrees	27	57	16
6 bespreken langdurige proble- men op het werk	55	41	4
7 ontspanningstherapie bij span- ningsklachten	18	40	42
8 hulp bieden bij hyperventilatie	67	33	1
9 hulp bieden bij seksuele moei- lijkheden	33	67	1
10 hulp bieden bij verslavings- problematiek	16	62	22
11 behandelen van wanen	14	54	32
12 behandelen van chronische moeheid	73	25	2

De meeste activiteiten worden door een overgrote meerder-
heid van de artsen 'altijd' of 'soms' uitgevoerd. Uitzonderingen
zijn dezelfde vier activiteiten die ook door relatief weinig
artsen tot hun taak werden gerekend: behandelen van een
lichte vorm van straatvrees, ontspanningstherapie bij span-
ningsklachten, hulp bieden bij verslavingsproblematiek en het
behandelen van wanen.

Door optelling van de items ($\alpha = .67$) is weer van iedere respondent een score te berekenen (ditmaal variërend van 1 tot 3)⁴². Voor alle respondenten samen variëren deze van 1.33 tot 3.00; het gemiddelde is 2.17 ($sd = .33$). In de stad wordt weer een lagere score gevonden ($\bar{x} = 2.09$) dan op het platteland ($\bar{x} = 2.28$) ($p < .05$).

Ook nu is geen verband aantoonbaar met leeftijd, praktijkgrootte of de mate waarin psychosociale problemen worden gesignaleerd; evenmin van invloed is de samenwerkingsvorm. Wel is een verband zichtbaar met de eerder beschreven taakopvattingsscore ($r = .62$, $p < .05$). Dat kan twee dingen betekenen: ofwel artsen doen wat ze tot hun taak vinden behoren, ofwel zij hebben bij het invullen van de vragenlijst wenselijkheid en feitelijkheid met elkaar vermengd.

2.2 *Psychosociale problemen bij het AMW*

Volgens landelijke registratiegegevens is 51% van de bij het AMW aangeboden problematiek 'persoonlijk' of 'relationeel' (bij ons: 'psychosociaal') van aard⁴³. De schattingen van de aan het onderzoek deelnemende maatschappelijk werkers liggen wat hoger: gemiddeld 58%, met een minimum van 1% en een maximum van 90%; de standaarddeviatie is 21.

Tussen de drie regio's is geen significant verschil; een verband tussen het opgegeven percentage psychosociale problematiek enerzijds en leeftijd of caseload (het aantal hulpeenheden waarmee in 1985 contact werd onderhouden) anderzijds is evenmin aantoonbaar. Alleen maatschappelijk werkers die véél langdurige contacten memoreren (met een duur van een maand of langer) signaleren méér psychosociale problematiek ($r = .26$, $p < .05$). Dat resultaat – hoe zwak het verband overigens ook is – is niet verwonderlijk; uit de registratiegegevens

van de JOINT blijkt immers dat het aantal contacten per cliënt met relationele of persoonlijke problematiek groter is dan dat met cliënten met concrete problemen.

Opvallend is het verband met de samenwerkingsvorm: maatschappelijk werkers in gezondheidscentra zien beduidend méér psychosociale problematiek (78%) dan collega's die niet geformaliseerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, met andere disciplines samenwerken of die, wel deel uitmakend van een overleggroep, niet gemeenschappelijk gehuisvest zijn (55%, resp. 56%). Het geringe verschil tussen beide laatste groepen is in overeenstemming met de bevindingen van Kersten, die in een onderzoek naar verschillen tussen wel en niet met de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerkende maatschappelijk werkers tussen beide groepen in dit opzicht bijna geen verschil aantrof⁴⁴. Het grote aandeel van psychosociale problematiek in de caseload van maatschappelijk werkers in gezondheidscentra is verrassend. Uit ons materiaal wordt duidelijk dat een verklaring in termen van een grotere caseload niet steekhoudend is: maatschappelijk werkers in de centra zien niet méér cliënten dan collega's elders en evenmin vermelden zij een groter percentage langdurige contacten. De situering van de centra – in de steden, ook in wat wij het verstedelijkt gebied noemen – is een mogelijke verklaring, terwijl ook het verwijsgedrag van de huisartsen waarmee wordt samengewerkt van belang kan zijn (vgl. hoofdstuk 6).

Maatschappelijk werkers zullen, naar verwachting, veel aspecten van hulpverlening bij psychosociale problematiek tot hun taak rekenen. Toch is het meten van hun taakopvatting belangrijk, vooral ook om te kunnen nagaan waar zich 'overlap'

voordoet met die van huisartsen enerzijds en RIAGG-medewerkers anderzijds.

Voor het vaststellen van de taakopvatting hebben we gebruik gemaakt van dezelfde lijst als die welke aan de huisartsen werd voorgelegd. In tabel 2.4 staan de resultaten.

Tabel 2.4 Hulpverlening bij psychosociale problematiek: taakopvatting van maatschappelijk werkers, in percentages (n = 76)

Activiteit:	Mate waarin deze tot de taak van de maatschappelijk werker behoort		
	volledig of grotendeels	enigszins	niet of nauwelijks
1 adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	75	22	3
2 begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	26	50	23
3 bespreken relatieproblemen echtpaar	93	4	3
4 hulp bieden bij suïcidale neigingen	45	41	14
5 behandeling van lichte vorm van straatvrees	82	16	3
6 bespreken van langdurige problemen op het werk	96	4	-
7 ontspanningstherapie bij spanningsklachten	41	36	23
8 hulp bieden bij hyperventilatie	63	26	11
9 hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	59	35	5
10 hulp bieden bij verslavingsproblematiek	20	34	46
11 behandelen van wanen	4	13	83
12 behandelen van chronische moeheid	58	27	14

Uit de tabel blijkt dat maatschappelijk werkers de verschillende aspecten van de hulpverlening stelliger tot hun taak rekenen dan huisartsen: in vergelijking met tabel 2.2 zijn de antwoorden meer in de eerste kolom geconcentreerd.

Meer dan 70% van de respondenten rekt hulpverlening bij relationele problemen (waaronder ook opvoedingsproblemen en problemen op het werk) en ook – verrassend – het behandelen van een lichte vorm van straatvrees tot zijn taak (items 1, 3, 5 en 6). Activiteiten die weinig maatschappelijk werkers vinden te moeten doen zijn hulp bieden bij verslavingsproblematiek en (vooral) het behandelen van wanen.

Optelling van de scores (Cronbach's alpha = .68) levert, net als hiervoor, weer een gemiddelde score op voor iedere respondent, die kan variëren van 1 tot 5. Voor de hele groep liggen de scores tussen 2.00 en 4.83; het gemiddelde is 3.32, de standaarddeviatie .65⁴⁵. Tussen maatschappelijk werkers in de drie regio's zijn geen significante verschillen.

Tussen taakopvatting en de hiervoor besproken maat bestaat een zeker verband: maatschappelijk werkers met een brede taakopvatting noemen een groter percentage van de aangeboden problematiek psychosociaal ($r=.35$, $p<.05$). Leeftijd, caseload noch samenwerkingsvorm zijn op de taakopvatting van invloed.

2.3 *Samenvatting en conclusie*

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van het probleemaanbod in de eerstelijns – zoals gezien door huisartsen en maatschappelijk werkers – en van hun taakopvatting en taakuitoefening. Deze laatste begrippen zullen, in de betekenis die in dit hoofdstuk is geschetst, in de rest van het rapport terugkomen als hulpverlenerskenmerken, die van invloed kunnen zijn op hun

visie op de geestelijke gezondheidszorg en op de dagelijkse praktijk van de samenwerking.

Een korte samenvatting van de resultaten is daarnaast echter op zijn plaats. Gemiddeld zien huisartsen in de helft van de op het spreekuur aangeboden problematiek al dan niet verholde psychosociale problemen. De schattingen variëren echter sterk van arts tot arts. Jonge artsen en – vooral – artsen in een kleine praktijk signaleren wat meer psychosociale problematiek; het verband is echter zwak. De samenwerkingsvorm speelt, tegen de verwachting in en anders dan in de landelijke enquête, geen rol van betekenis.

De vraag of veel of weinig problemen gezien worden, zegt niets over de taakopvatting van huisartsen. Wel speelt hier de vestigingsplaats een rol: artsen op het platteland – en dat is het enige verschil tussen de drie regio's – hebben een ruimere opvatting dan artsen elders. Algemeen geldt dat huisartsen vooral die aspecten van psychosociale hulpverlening tot hun taak rekenen waaraan een medische component is te onderkennen.

Maatschappelijk werkers rapporteren een relatief even groot aanbod aan psychosociale problemen als huisartsen: ongeveer de helft. Maatschappelijk werkers met veel langdurige contacten zien veel psychosociale problematiek (hetgeen vanzelfsprekend is omdat juist die problematiek een langdurig contact vereist) en ook de samenwerkingsvorm speelt een rol: maatschappelijk werkers in gezondheidscentra zien meer van deze problemen dan collega's elders. De opvatting van maatschappelijk werkers over de eigen taak is (iets) breder dan die van de huisartsen; vooral de behandeling van relationele problematiek en lichte fobieën rekenen zij tot hun taak. Maatschappelijk werkers die véél psychosociale problematiek sig-

naleren hebben een bredere taakopvatting dan anderen (of: omgekeerd!); andere karakteristieken spelen in dit verband geen rol van betekenis.

3 VOORWAARDEN VOOR SAMENWERKING

In hoofdstuk 1 is aangestipt hoe het door de overheid gevoerde beleid om samenwerking tussen eerstelijns en GGZ te bevorderen, in de praktijk vele struikelblokken kent. Niet alleen hecht elke instelling in zekere mate aan haar eigen autonomie en cultuur, ook verschillen in organisatiegraad spelen een rol. Deze verschillen worden geaccentueerd door een derde verschil: de eerstelijns werkt generalistisch en de GGZ specialistisch. Zowel instellingen als personen zullen zich ervan bewust moeten zijn dat de relatie aan bepaalde voorwaarden moet voldoen die bovengenoemde verschillen hanteerbaar maken. In dit hoofdstuk zullen we bespreken hoe instellingen en personen proberen voorwaarden te scheppen voor goed contact.

Wanneer er gesproken wordt over het scheppen van voorwaarden, wordt verondersteld dat de bestaande samenwerking als onvoldoende ervaren wordt. Voordat gesproken kan worden over noodzakelijke en wenselijke voorwaarden en de precieze vormgeving daarvan, is het dus zaak om vast te stellen of het ontbreken van samenwerking problematisch wordt geacht. Daarbij is ook van belang de vraag of het uitbouwen of bestendigen van samenwerking een behoefte is van eerstelijns en/of GGZ, of dat instellingen en hulpverleners dit voornamelijk ervaren als een van bovenaf opgelegde verplichting. Die vragen zullen in de volgende paragrafen aan bod komen. De nadruk ligt op de GGZ, die op dit vlak meer activiteiten ontplooit dan de eerstelijns. Voorwaardescheppende activiteiten beschouwen we in dit hoofdstuk als maatregelen die op initiatief van één instelling genomen worden om samenwerking mogelijk te maken. Concrete afspraken tussen partijen worden

niet als zodanig aangemerkt. Deze afspraken liggen op 'operationeel' niveau en komen in hoofdstuk 4 aan bod.

3.1 *De visie van de GGZ op voorwaarden*

De GGZ is in sterkere mate afhankelijk van de eerstelijns dan andersom. Niet alle GGZ-instellingen zijn echter in gelijke mate afhankelijk van de eerstelijns, in het bijzonder van de huisarts. De verschillen tonen zich in de percentages door huisartsen verwezen patiënten van het totaal aantal behandelde patiënten per instelling. Op basis van schattingen door de instellingen over het jaar 1985 is dat voor de onderzochte RIAGG's om en nabij de 50%; voor de PAAZ-poliklinieken loopt het uiteen van 50 tot 75% en voor de APZ-poliklinieken van 25 tot 60%. De PAAZ'en verschillen onderling sterk (30-90%), waarbij vooral de vraag een rol speelt in hoeverre de PAAZ-polikliniek onafhankelijk opereert van de PAAZ-kliniek: indien de polikliniek zelfstandig werkt - hetgeen zeldzaam is - betreft de kliniek haar patiënten vaker rechtstreeks van huisartsen. Ook de APZ'en verschillen onderling sterk: van 0% (indien opname via de RIAGG geschiedt) en 10% (indien opname zoveel mogelijk met inschakeling van de RIAGG geschiedt) tot 70% (indien de RIAGG nog geen opnamebemiddelende functie vervult).

Het is verleidelijk te vermoeden dat er een lineaire relatie bestaat tussen het percentage patiënten dat een instelling via de huisarts bereikt, en de energie die een instelling steekt in het creëren van voorwaarden om de samenwerking soepel te laten verlopen. In dat geval zouden PAAZ'en en hun poliklinieken veel, en APZ'en juist weinig energie steken in het contact met de eerstelijns. Zo simpel blijkt het evenwel niet te liggen. We zullen de voorwaardescheppende activiteiten van de

GGZ-instellingen afzonderlijk bespreken: eerst die met betrekking tot de huisarts, daarna die met betrekking tot het AMW.

RIAGG's hebben expliciet de taak opgedragen gekregen een brug te slaan tussen eerstelijns en (intramurale) GGZ⁴⁶. Vanuit die optiek mag het niet vreemd heten dat RIAGG's zorg besteden aan voorwaarden om contacten met de eerstelijns aan te gaan of uit te breiden. Die activiteiten zijn met name op huisartsen gericht omdat zij de formele verwijzers naar de RIAGG zijn (Erkenningsnormen RIAGG's). Huisartsen moeten weten wat de RIAGG te bieden heeft of op z'n minst hun drempelvrees kunnen overwinnen. Voldoen RIAGG's naar eigen inzicht aan het in goede banen leiden van de samenwerking met huisartsen? Uit gesprekken met coördinatoren en directieleden van RIAGG's blijkt dat het gedetailleerd aangeven hoe 'bekendheid' bevordert kan worden, moeilijk is. Het belang van huisartsen als verwijzers naar de RIAGG wordt onderkend, en men erkent dan ook dat huisartsen goed op de hoogte moeten zijn van wat de RIAGG aan hulp te bieden heeft en hoe de (verwijs)procedures verlopen. De realisering van dit doel blijkt echter complex: de directies geven aan niet te weten wat de beste strategie is.

De RIAGG's investeren, naar eigen zeggen, in het algemeen gesproken veel tijd en moeite in toenaderingspogingen ten opzichte van huisartsen. Drie van de vijf onderzochte RIAGG's probeerden in 1985 wat meer greep te krijgen op deze knelpunten door de huisartsen in de RIAGG-regio te enquêteren. Deze enquêtes waren er meestal niet op gericht een duidelijk stramien voor samenwerking te ontwikkelen, maar eerder op het inventariseren van de door huisartsen ervaren problemen

met de RIAGG. Deze bleken veelal betrekking te hebben op het verwijzen. De RIAGG maakt, zo bleek uit de onderzoekjes, onvoldoende duidelijk welke problemen zij behandelt of kan behandelen en huisartsen hebben (daarom) onvoldoende zicht op welke problemen zij moeten verwijzen.

Behalve enquêtes zijn er andere middelen om de RIAGG meer bekendheid te geven, zoals een voorlichtingsmiddag, het verspreiden van folders of het aanstellen van contactpersonen (bijvoorbeeld per waarnemingsgroep). Deze activiteiten hebben het voordeel dat ze zowel de instelling en de daarin werkzame personen presenteren als informatie verschaffen over RIAGG-hulp. De vijf onderzochte RIAGG's hebben alle minstens één van deze activiteiten ondernomen.

Elke RIAGG heeft ook minstens één activiteit ondernomen die mislukte: een informatiemiddag organiseren waarbij geen enkele huisarts kwam opdagen, tevergeefs vragen aan een huisarts om in het RIAGG-bestuur zitting te nemen of het aanspreken van huisartsen in georganiseerde vorm (PHV of waarneemgroepen). Zeker het laatste is moeilijk: waarneemgroepen of PHV's zien zichzelf zelden als afvaardiging van huisartsen.

Over de toekomstplannen met betrekking tot huisartsen zijn RIAGG's verdeeld. Enkele hebben plannen om alsnog een folder te verspreiden of een middag te organiseren (men wacht daarmee tot een interne reorganisatie achter de rug is), andere hebben als reactie op eerdere ervaringen het beoogde doel voor deze activiteiten bijgesteld: van het scheppen van een basis voor contact naar het geven van informatie zonder meer. Twee RIAGG's kondigen aan in de nabije toekomst geen speciale activiteiten voor huisartsen meer te ondernemen. Men was tevreden over de bestaande relatie en men had er – naar eigen zeggen – bij de RIAGG-vorming voor gewaakt, dat con-

tacten met huisartsen geen schade opliepen door interne RIAGG-aangelegenheden.

Samengevat blijkt bij de voorwaardescheppende activiteiten van de RIAGG het accent te liggen op concrete activiteiten met of voor huisartsen en niet op het veranderen van de interne RIAGG-organisatie of van de verwijzprocedures op basis van klachten en wensen van de huisarts. De bereidheid om tegemoet te komen aan de verlangens van huisartsen lijkt dus beperkt. Evenmin een sterke rol spelen overwegingen van zorginhoudelijke aard. Dit is niet zo vreemd, gezien de moeilijkheden die RIAGG's ondervinden om op het meest basale niveau - 'elkaar en elkaars werkwijze kennen' - resultaten te boeken. Deze constatering maakt de verleiding groot om de acties van de RIAGG's tot samenwerkingsretoriek te betitelen. Een dergelijke conclusie is echter niet gerechtvaardigd. RIAGG's staan tussen twee vuren: enerzijds hebben ze van overheidswege de taak toebedeeld gekregen de band met de eerstelijns te verstevigen, anderzijds ervaren ze de moeilijkheid dat ze (nog) niet inhoudelijk kunnen specificeren welke problematiek ze kunnen en willen behandelen, en welke problematiek de huisarts voor zijn rekening moet nemen. Deze 'inhoud of vorm'-kwestie dreigt daarmee tot een vicieuze cirkel te worden, die een aantal RIAGG's probeert te doorbreken door zich alleen op de vorm te richten en de 'zware' inhoudelijke zaken te laten rusten (zie verder hoofdstuk 4).

In vergelijking met de RIAGG vervullen poliklinieken van PAAZ en APZ een terughoudende rol op het terrein van de voorwaardescheppende activiteiten, onder het motto 'gewenste contacten bestaan reeds'. Indien men al contacten zou willen stimuleren, ontbreekt het de polikliniek aan tijd en geld om daarvoor condities te creëren: elke niet-direct patiënt-

gebonden activiteit wordt immers niet gefinancierd. In tegenstelling tot de RIAGG's, die budget-financiering krachtens de AWBZ kennen, wordt de behandeling in poliklinieken gefinancierd per verrichting (uit het ziekenfonds of door een particuliere verzekering).

Voorwaardescheppende activiteiten organiseren achten de poliklinieken een taak van de RIAGG. Huisartsen weten, naar de mening van de poliklinieken, precies met welke patiënten ze bij de polikliniek terecht kunnen. Poliklinieken ondernemen geen activiteiten maar ze bieden de huisartsen wel service ('goodwill') door niet alleen op indicatie patiënten in behandeling te nemen, maar soms ook de huisarts te ontlasten ('hij heeft geen tijd om te praten'), wanneer er strikt genomen geen indicatie voor poliklinische behandeling is.

Behalve het ontbreken van een financiële vergoeding, is ook de zeer kleinschalige opzet van met name PAAZ-poliklinieken een reden voor het ontbreken van voorwaardescheppende activiteiten. In deze poliklinieken werken slechts enkele psychiaters, die allen zelf de externe contacten verzorgen. Dit impliceert dat deze psychiaters voor de buitenwereld in feite de polikliniek zijn: persoon en instelling vallen samen.

Ook PAAZ'en en APZ'en ondernamen in 1985 geen voorwaardescheppende activiteiten gericht op huisartsen. Wat betreft de APZ'en is de reden daarvoor vaak dat de RIAGG een opnamebemiddelende rol voor het APZ vervult. In alle regio's hebben APZ en RIAGG de intentie uitgesproken dat reguliere opnames via de RIAGG verlopen: in de grootstedelijke regio ligt deze afspraak zelfs zo 'hard', dat rechtstreekse aanmeldingen van huisartsen zonder meer worden afgewezen. Hoewel de afstand tussen APZ en huisarts dus in het algemeen groter is geworden door de komst van de RIAGG, spreken

enkele APZ'en de hoop uit dat huisartsen zich meer zullen gaan verdiepen in hun in het APZ verblijvende patiënten. Belangstelling van de huisarts voor zijn in het APZ verblijvende patiënten komt, volgens de directies, vrijwel niet voor, hoewel het APZ dit voor het welslagen van de nazorg wel van belang acht.

APZ'en noemen, behalve de opnamebemiddelende taak van de RIAGG, nog drie redenen die het verkleinen van de afstand tussen huisarts en APZ niet direct noodzakelijk maken. Ten eerste heeft de chronische populatie veelal geen 'huisarts' meer, maar maakt gebruik van een arts in dienst van het APZ. Ten tweede blijkt dat indien zeer langdurig behandelde patiënten met ontslag gaan, ze vaak hun opname verzwijgen voor een nieuwgekozen huisarts. De derde reden is dat sommige APZ-afdelingen zo gespecialiseerd zijn (bijvoorbeeld klinische psychotherapie) dat ze zichzelf als 'vierdelijn' beschouwen en geen verwijzingen van de eerstelijns accepteren ('een indicatie vereist kennis van zaken').

Contacten tussen PAAZ'en en huisartsen verlopen in de regel soepel, doordat de PAAZ-psychiater tevens de polikliniek bedient. Ook de PAAZ'en doen niet expliciet aan het scheppen van voorwaarden, hooguit indirect ('een tevreden patiënt geeft dit door aan zijn huisarts, die daarop zijn hele bestand doorlicht').

Samengevat blijken zowel poliklinieken als PAAZ'en en APZ'en weinig knelpunten in de relatie met de huisarts te ervaren. Tussen derde- en eerstelijns blijkt de afstand groot (deze wordt opgevuld door RIAGG en/of polikliniek). Wanneer er activiteiten ondernomen worden die gericht zijn op het scheppen van condities voor samenwerking, zijn die meestal 'ad hoc', naar aanleiding van een reorganisatie of een nieuwe vestiging, of ze zijn bedoeld als service ("nee zeggen", vinden

huisartsen niet "collegiaal"). In organisatiethoretische termen voelen poliklinieken, PAAZ'en en APZ'en zich weinig afhankelijk van de eerstelijns.

De voorwaardescheppende activiteiten gericht op samenwerking tussen GGZ en AMW vertonen een geheel ander beeld dan het bovenbeschrevene. Wat betreft de RIAGG's, hebben de twee RIAGG's in de plattelandsregio al enkele jaren zodanig contact met het AMW dat men in het stadium van gezamenlijke afspraken is (hoofdstuk 4). Zij hebben dat contact fasegewijs opgebouwd. Het contact heeft men, na een aantal rondes persoonlijke contacten op hulpverleners- en coördinatoreniveau, vrij drastisch ter hand genomen door elkaars casuïstiekbesprekingen bij te wonen. Deze RIAGG's zijn echter niet representatief. De RIAGG's in de verstedelijkte en grootstedelijke regio hebben nauwelijks contacten met het AMW (noch rond verwijzingen, noch anderszins) en achten het ook geen prioriteit deze als instelling uit te bouwen (incidentele, persoonsgebonden contacten komen wel voor).

Voorwaardescheppende activiteiten tussen poliklinieken, PAAZ'en, APZ'en en AMW zijn niet aan de orde, aangezien deze instellingen nauwelijks contacten hebben en deze ook niet wensen uit te bouwen. Geen van de genoemde GGZ-instellingen accepteert (ook informeel niet) verwijzingen door het AMW, terwijl contacten rond nazorg of beëindiging van de behandeling – als men dat al nodig vindt – lopen via de patiënt zelf, de huisarts of het ziekenhuis-maatschappelijk werk. Een van de APZ'en heeft in het verleden getracht het AMW actiever te betrekken bij nazorg ('koffie-adressen voor ex-patiënten'), maar dit mislukte vanwege (toenmalige) menskrachtproblemen.

Naast instellingen kunnen ook personen werkzaam binnen die instellingen aan voorwaardescheppende activiteiten doen – al zullen ze die vaak niet als zodanig benoemen. Tabel 3.1 geeft daar een indicatie van.

Tabel 3.1 Percentage GGZ-hulpverleners dat contact heeft met de eerstelijns, gericht op kennismaking (berekend over alle respondenten)

contact met:	huisartsen		AMW		n
	vaak	soms	vaak	soms	
	%	%	%	%	
RIAGG-medewerkers	4	41	6	31	200
vrijgevestigden	19	43	5	16	37
polikliniek-medewerkers	4	50	4	13	24
PAAZ-medewerkers	15	30	nvt	nvt	20
APZ-medewerkers	3	29	nvt	nvt	34

Individuele hulpverleners blijken een 'eigen' beleid te voeren, dat afwijkt van het beleid van hun instelling, zo blijkt uit tabel 3.1. De helft van de RIAGG- en polikliniekmedewerkers, en 60% van de vrijgevestigden onderneemt kennismakingsactiviteiten. Kennismaking moet daarbij geïnterpreteerd worden in de brede zin van het woord: kennismaking met persoon, werkwijze en hulpaanbod. Het relatief hoge percentage PAAZ- en polikliniekmedewerkers dat deze activiteit onderneemt is in overeenstemming met de eerder gesignaleerde tendens dat de (PAAZ)-polikliniek zich niet zozeer profileert als instelling, maar voor de buitenwacht herkenbaar is aan de daarin werkzame personen.

In tabel 3.2 staat vermeld in welke mate GGZ-hulpverleners door de eerstelijns benaderd worden om informatie over intakeprocedures, hulpaanbod, namen van hulpverleners en

Tabel 3.2 Percentage GGZ-hulpverleners (dat contact heeft met de eerstelijns) dat door huisartsen en AMW benaderd wordt voor informatie.

benaderd door:	huisartsen		AMW	
	%	n	%	n
RIAGG-medewerkers				
- Over intakeprocedures	67	162	69	121
- Over hulpaanbod	74		71	
Vrijgevestigden				
- Over spreekuurtijden	28	33	25	12
- Over hulpaanbod	68		42	
Polikliniek-medewerkers				
- Over intakeprocedures	50	24	53	17
- Over hulpaanbod	68		40	
PAAZ-/APZ-medewerkers				
- Over intakeprocedures	34	39	nvt	
- Over hulpaanbod	35		nvt	

spreekuurtijden. Het gaat daarbij om eerstelijns-hulpverleners die hun behoefte aan informatie omzetten in een actieve vraag aan individuele GGZ-hulpverleners; de percentages geven geen eenduidig beeld van de 'passieve' behoefte of van de kennis die reeds aanwezig is bij de eerstelijns-hulpverleners. Het blijkt dat tweederde van de vrijgevestigden, RIAGG- en polikliniek-medewerkers wel eens benaderd wordt met een vraag om informatie, vooral over het hulpaanbod. Ook het AMW blijkt veelvuldig om informatie te vragen. Hoewel het AMW formeel geen GGZ-verwijzer is, is er blijkbaar wel behoefte aan informatie over verwijzing.

Vergelijken we de gegevens van de individuele medewerkers met die van de instellingen, dan blijkt er een verschil te bestaan in de mate waarin beiden aan voorwaardescheppende activiteiten doen. Individuele hulpverleners hebben een breder bereik dan directies.

3.2 De visie van de eerstelijns op voorwaarden

In deze paragraaf worden de voorwaarden voor samenwerking beschreven zoals die door de eerstelijns worden gezien. Analoot aan paragraaf 3.1 gaan we daarbij eerst in op pogingen die de instellingen – in casu: het AMW – ondernemen om de samenwerking gestalte te geven, daarna op de kennis die huisartsen en maatschappelijk werkers van de GGZ hebben en op het overleg dat op het niveau van de uitvoering over samenwerking wordt gevoerd.

Beperken we de beschrijving tot die activiteiten, die eenzijdig door één van de 'partijen' worden ondernomen met het doel de samenwerking te verbeteren, dan kan op grond van onze onderzoeksresultaten worden vastgesteld dat van initiatieven van de kant van AMW-instellingen nauwelijks sprake is. Voor die constatering is een aantal verklaringen te geven. Tijdgebrek is een eerste belangrijke factor die uit de gesprekken met de directies naar voren komt. De AMW-instellingen – of, in veel gevallen, de afdelingen maatschappelijk werk van de betrokken instellingen van maatschappelijke dienstverlening – zijn doorgaans maar klein: 3 tot 9 formatieplaatsen voor het uitvoerend werk; alleen de instelling in de stadsregio is groter (19 formatieplaatsen).

Stimuleren van de samenwerking is ook maar één van de taken van de directeur of de staffunctionaris maatschappelijk werk. Daarbij komt dat de GGZ – in casu de RIAGG – lang niet de enige potentiële partner is; ook met de andere disciplines in de eerstelijns en met instellingen op het gebied van het sociaal-cultureel werk en het opbouwwerk moeten contacten worden onderhouden. Een aantal keren wordt in de gesprekken genoemd dat, bij tijdgebrek, het verbeteren van de samenwerking met huisartsen of met wijkverpleging en gezinszorg, ho-

gere prioriteit heeft dan het verbeteren van de samenwerking met de RIAGG.

Dit betekent niet dat binnen het maatschappelijk werk geen behoefte zou ontstaan aan het intensiveren van dat contact. Dat zich daarbij problemen voordoen wijten de instellingen, behalve aan de hiervoor genoemde factoren, voor een belangrijk deel aan de RIAGG. Enerzijds heeft dat te maken met de houding van de RIAGG-medewerkers; vooral in het verstedelijkt gebied wordt deze 'vijandig' genoemd: 'men wil niet', 'we krijgen er geen voet aan de grond'.

Anderzijds speelt ook de organisatie van de RIAGG in de ogen van het AMW een belemmerende rol: procedures worden 'moeizaam' genoemd, de instellingen 'weinig toegankelijk' en de 'vele wisselingen van personeel' maken het leggen van duurzame contacten niet eenvoudig. Van de door de RIAGG georganiseerde voorlichtingsbijeenkomsten wordt weinig heil verwacht, terwijl ook de effectiviteit van de door de RIAGG geboden dienstverlening in een enkel gesprek in twijfel wordt getrokken: "Maatschappelijk werkers bepalen zelf wel of ze behoefte hebben aan consultatie". Gunstig beoordeeld wordt de vorming van RIAGG-veldteams in de grote stad. Het jaarverslag (1985) van de betrokken instelling memoreert goede samenwerking met de wijkcontactpersonen en een soepeler verwijsverkeer.

Op het niveau van de uitvoering zijn de condities voor samenwerking – de kennis van de GGZ-voorzieningen en de mate van overleg over het verbeteren van de samenwerking – niet ongunstig. Dat geldt zowel voor maatschappelijk werkers als voor huisartsen, over wie op dit niveau ook gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 3.3 Percentage huisartsen dat informatie bij de hand heeft over GGZ-instellingen.

	Aangaande de instelling:					
	RIAGG	psy- cho- loog	psy- chia- ter	poli- kli- niek	PAAZ	APZ
n=	195	46	60	160	122	98
Informatie over:	%	%	%	%	%	%
spreekuurtijden	68	75	57	63	-	-
intakeprocedure	77	-	-	60	62	49
namen van hulp- verleners	60	-	-	76	78	32
hulpverlenings- aanbod	72	73	60	67	69	50
mogelijkheid om advies te vragen	85	-	-	-	-	-
kosten voor de cliënt	-	60	34	39	-	-

Tweederde tot driekwart van de huisartsen heeft, volgens tabel 3.3, informatie bij de hand over verschillende aspecten van de hulpverlening⁴⁷. Hoewel deze cijfers hoog zijn, is de informatie nog niet optimaal: 40% van de huisartsen zegt geen namen van RIAGG-medewerkers te kennen (hetgeen samenwerking bemoeilijkt), spreekuurtijden zijn bij 30% onbekend. Ten aanzien van de poliklinieken is de onbekendheid met feitelijke gegevens (spreekuurtijden, intakeprocedure, hulpverleningsaanbod) wat groter, ondanks het feit dat veel meer huisartsen – door de geringere omvang van de instellingen – namen van hulpverleners kennen. Het minst bekend is het algemeen psychiatrisch ziekenhuis: een derde van de huisartsen die contacten met een APZ onderhouden, kent namen van hulpverleners en niet meer dan de helft heeft informatie over het hulpverleningsaanbod.

Van maatschappelijk werkers zijn alleen cijfers voorhanden

over hun kennis van de RIAGG. Zij wijken nauwelijks af van die in tabel 3.3: spreekurtijden, de intakeprocedure, het hulpverleningsaanbod en mogelijkheden om advies te vragen zijn bekend bij respectievelijk 76%, 74%, 65% en 90% van de maatschappelijk werkers. Vergeleken met huisartsen kent een groter deel (80%) van hen de namen van één of meer hulpverleners van de RIAGG. De behoefte aan méér informatie is groot: op de – open – vraag op wèlk punt samenwerking met de RIAGG verbetering behoeft, wordt het verbeteren van de informatie, zowel over de organisatie als over de werkwijze van de RIAGG, veelvuldig genoemd. Uit de gesprekken met de directies van AMW-instellingen blijkt dat die wens ook op dat niveau leeft: zeker in het verstedelijkt gebied zegt men van de meest elementaire zaken, zoals de vraag wat behandeling de patiënt kost of hoe de intake is georganiseerd, niet op de hoogte te zijn.

In de praktijk, zo blijkt uit tabel 3.4, vindt ook vrij intensief overleg plaats over het verbeteren van de samenwerking⁴⁸.

Tabel 3.4 Mate van overleg over het ontwikkelen van samenwerking, in percentages

	vaak %	soms %	nooit, wel belangrijk %	n
huisarts overlegt met:				
RIAGG	9	24	9	203
psychologen	13	35	3	50
psychiaters	3	17	12	75
polikliniek	1	8	11	157
PAAZ	1	7	9	134
APZ	1	4	8	120
AMW overlegt met:				
RIAGG	14	39	34	72

Uit de cijfers blijkt dat met RIAGG en (als de huisarts er contact mee heeft) vrijevestigde psychologen door relatief veel artsen over samenwerking wordt gepraat. Met de andere instellingen – psychiaters en vooral poliklinieken, PAAZ en APZ – vindt dergelijk overleg nauwelijks plaats. Maatschappelijk werkers overleggen relatief méér met de RIAGG over dit onderwerp dan huisartsen en vinden het ook belangrijker.

3.3 *Samenvatting en conclusie*

In dit hoofdstuk werd de vraag aan de orde gesteld welke factoren GGZ en eerstelijns beschouwen als belemmeringen om samen te werken en welke condities geschapen werden om die belemmeringen weg te nemen of althans hun effecten te verminderen.

Binnen de eerstelijns-GGZ-relatie neemt het paar huisarts-RIAGG een centrale plaats in. Meer dan de andere GGZ-instellingen ervaart de RIAGG een grote afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts – dit ondanks het feit dat de poliklinieken verhoudingsgewijs meer verwijzingen van de huisartsen krijgen dan RIAGG's.

Als voorwaarde voor het ontwikkelen van samenwerking (rond verwijzen) noemen de RIAGG's bekendheid van de huisarts met hulpaanbod en organisatie van de RIAGG. In grote lijnen blijken huisartsen inderdaad geïnformeerd over de werkwijze van de RIAGG's, waarbij opvalt dat ze meestal, in tegenstelling tot wat vaak beweerd wordt, ook aangeven namen van hulpverleners te kennen. De toenaderingspogingen van de RIAGG's ten opzichte van artsen met als doel kennis van en bekendheid met de RIAGG te vergroten blijken verder vrij formeel van aard en gericht op informatie-overdracht. Aan

afspraken en overleg over (zorg-)inhoudelijke zaken komt men nauwelijks toe.

In vergelijking met de RIAGG, staan de andere GGZ-instellingen veel gereserveerder ten opzichte van de huisarts: of men ziet geen duidelijke aanleiding om (meer) samen te werken (tevrede met de verwijzingen) of de praktische bezwaren zijn groot (het contact wordt niet vergoed). APZ'en zijn daarbij enigszins ambivalent: enerzijds willen ze de afstand tot de eerstelijns groot houden (poliklinieken of RIAGG zien ze als intermediair), anderzijds schatten ze de waarde van de huisarts als continue zorgverlener voor ex-psychiatrische patiënten hoog in. APZ'en achten het echter vooral een taak van de huisarts om initiatieven te ontplooien.

Gezien het feit dat samenwerking vooral in het licht van het verbeteren van de verwijsstromen gezien wordt en niet in het licht van zorginhoudelijke afstemming, mag het ontbreken van voorwaardescheppende activiteiten tussen GGZ en AMW nauwelijks verwondering wekken. Alleen de RIAGG's ondernemen kennismakingsactiviteiten naar het AMW toe - en dan alleen in die gevallen dat men taakafbakening met het AMW van belang acht. Het AMW zelf stelt zich wat terughoudender op naar de RIAGG. Men acht samenwerking wel van belang, maar vindt het een taak van de RIAGG om het initiatief te nemen.

De RIAGG blijkt dus de enige instelling (binnen de GGZ, maar ook in vergelijking met het AMW) die de verantwoordelijkheid op zich neemt initiatieven voor samenwerking te ontplooien. De anderen laten het initiatief aan elkaar over of vinden samenwerking simpelweg niet van voldoende belang. De voorwaardescheppende activiteiten van personen (al dan niet werkzaam in instellingen) nuanceren dit beeld enigszins. RIAGG-medewerkers hebben meer contacten met het AMW, en polikliniekmedewerkers meer met huisartsen dan het in-

stellingsbeleid doet vermoeden. Het informelere karakter van individuele pogingen lijkt de samenwerking meer ten goede te komen.

Huisartsen blijken redelijk goed op de hoogte van de organisatorische aspecten van het RIAGG-hulpaanbod (en in ieder geval niet minder dan van polikliniek of PAAZ). Ondanks hun kritiek hebben huisartsen dus wel enig zicht op de RIAGG - of door hun verwijsservaringen, of doordat het voorlichtingsbeleid van de RIAGG vruchten heeft afgeworpen. Huisartsen blijken slecht op de hoogte van het APZ, hetgeen overeenkomt met de visie van het APZ.

Het AMW is beter dan huisartsen op de hoogte van de RIAGG-hulpverlening en is ook actiever in het benaderen van de RIAGG met vragen. De bereidheid van individuele hulpverleners om in overleg met het andere echelon samenwerking te ontwikkelen is het grootst bij het AMW. Het AMW overlegt meer dan huisartsen met de RIAGG en ervaart het ontbreken van voorwaardescheppende activiteiten meer als gemis. Dit gegeven is opvallend, zeker als we het afzetten tegen de mening van de RIAGG-medewerkers die meer lijken te zien in samenwerking met huisartsen dan met het AMW.

4 AFSPRAKEN OVER SAMENWERKING

In dit hoofdstuk worden de regelingen en procedures besproken die eerstelijns en GGZ in *gezamenlijk* overleg afspreken. Deze afspraken kunnen betrekking hebben op de meer formeel-organisatorische kanten van samenwerking: bijvoorbeeld op de aanmeldingsprocedure bij de GGZ of op de berichtgeving over verwezen patiënten (voor zover deze in overleg tot stand zijn gekomen), maar ook op de intentie om samen te werken⁴⁹. Ze kunnen ook betrekking hebben op meer *inhoudelijke* kanten van samenwerking: te denken valt aan de gezamenlijke organisatie van een preventieproject, overleg over taakafbakening in de vorm van het wederzijds bijwonen van intakevergaderingen en behandelbesprekingen, of het organiseren van deskundigheidsbevordering voor de eerstelijns. Zowel wat betreft de formeel-organisatorische als de inhoudelijke afspraken, gaat het hier om een regeling van contacten die het incidentele niveau overschrijdt.

In de volgende twee paragrafen zal voor GGZ- en eerstelijnsinstellingen afzonderlijk besproken worden welke afspraken zij maken, welke moeilijkheden ze daarbij ervaren en welke oplossingsstrategieën ze hanteren⁵⁰. De afspraken tussen vrijevestigde (eerstelijns)psychologen en psychiaters enerzijds en huisartsen en AMW anderzijds blijven buiten beschouwing. Ook de visie van individuele huisartsen op hun afspraken met de GGZ komt niet aan bod⁵¹.

4.1 *De visie van de GGZ op afspraken*

In alle drie de regio's hebben de RIAGG's moeite (gehad) met het benaderen van huisartsen als groep. In de regel proberen RIAGG's huisartsen te benaderen door het bezoeken van

waarneemgroepen. De RIAGG's lijken daarbij overigens weinig onderscheid te maken naar de praktijkvorm van huisartsen – het beeld van de huisarts als solist overheerst. In twee regio's werd naar aanleiding van deze bezoeken een vaste RIAGG-contactpersoon aangesteld voor een aantal waarnemingsgroepen. In één RIAGG (grote stad) betreft het contactpersonen van de afdeling sociale psychiatrie omdat de RIAGG sociale psychiatrie als voornaamste prioriteit ziet. Contactpersonen zijn in deze RIAGG dan ook vooral een instrument om de RIAGG duidelijk als specialistische instelling te profileren – een profilering die als noodzakelijk beschouwd wordt, omdat de RIAGG als tweedelijnsinstelling afhankelijk is van de verwijzingen van huisartsen. In de tweede regio waar RIAGG-contactpersonen bestaan – de plattelandsregio – probeert men op basis van de aldus ontstane contacten afspraken met huisartsen te maken over consultatie. In de derde regio (het verstedelijkt gebied) bestaat geen structureel overleg tussen RIAGG en huisartsen. Men krijgt de huisartsen alleen 'ad hoc' bij elkaar, wanneer het om een onderwerp gaat dat hen bijzonder interesseert (bijvoorbeeld: voorlichting over lithium-behandeling). In alle drie de regio's ontbreken afspraken over verwijzingsprocedures (wanneer, hoe en bij wie aan te melden). RIAGG's proberen wel de aanmeldingsprocedure zodanig vorm te geven dat deze in hun (RIAGG-)ogen huisartsvriendelijk zijn, maar de procedures berusten niet op een in gezamenlijk overleg genomen beslissing.

'Inhoudelijke' afspraken tussen RIAGG en huisartsen komen, in vergelijking met formeel-organisatorische, weinig voor. Over het algemeen zijn de RIAGG's tevreden over het aantal verwijzingen door de huisartsen en de kwaliteit daarvan. Directe noodzaak voor overleg over taakafbakening, acht men niet aanwezig. Overleg over een eventuele taakverschuiving

(meer 'lichte psychosociale' problemen in de eerstelijns) ontbreekt in alle regio's. In twee regio's (de verstedelijkte en de grootstedelijke) beschouwt de RIAGG zich als 'typisch tweedelijns' en er is naar hun mening weinig aanleiding om bepaalde probleemcategorieën af te stoten naar de eerstelijns. Bovendien beschouwen huisartsen zichzelf, aldus deze RIAGG's, als zelfstandige beroepsbeoefenaren, zijn gewend 'hun eigen boontjes te doppen' en accepteren geen door de RIAGG geïnitieerde consultatie. In principe beperken deze RIAGG's zich tot consultatie op afroep. In de derde regio zou men wel afspraken willen met de huisartsen over deskundigheidsbevordering, maar daar ondervindt men opnieuw dat huisartsen moeilijk als groep te benaderen zijn.

Formele afspraken tussen RIAGG en AMW komen voor in één regio: in de plattelandsregio hebben de twee RIAGG's na een aanloopperiode van 'ad-hoc' contacten op coördinatoren-niveau, sinds enkele jaren een samenwerkingscontract gesloten met de AMW-instellingen. In één RIAGG is er geregeld overleg op directieniveau en in de andere zijn er vaste RIAGG-contactpersonen aangesteld voor verschillende AMW-instellingen. Het preventiewerk is in deze RIAGG de vooruitgeschoven post ('netwerkontwikkeling').

Wat betreft de inhoudelijke samenwerking is er een vergelijkbaar beeld. Er zijn weinig verwijzingen van het AMW naar de RIAGG (of omgekeerd) en de RIAGG-directie vermoedt weinig overlap. In twee regio's is de RIAGG-directie geen voorstander van het vaststellen van algemene criteria voor taakafbakening, het streven is om de criteria per hulpvraag vast te stellen. Overleg hierover ontbreekt echter. In de derde regio (platteland) woont men elkaars casuïstiekbesprekingen bij (voortvloeiend uit de samenwerkingsovereenkomst). In deze

bijeenkomsten wordt als voorlopig criterium voor taakverdeling aangehouden: 'wanneer denken en handelen congruent zijn, is het iets voor het AMW'. Om dit criterium aan te scherpen, heeft men de afspraak elkaar bij wederzijdse doorverwijzingen feedback te geven en geeft de RIAGG eenmaal per maand consultatie aan het AMW. Deze RIAGG vindt dat het AMW, in vergelijking met huisartsen, veel meer hetzelfde 'referentiekader' als de RIAGG heeft. Als problematisch ervaart men evenwel de lichte ondertoon van concurrentie. Met name de initiatieven van de RIAGG op bepaalde terreinen ervaart het AMW, volgens de RIAGG, als bedreigend. Verdergaande afspraken met het AMW acht deze RIAGG nodig omdat de RIAGG haar 'eerstelijnsstaak' zal moeten afstoten. Alhoewel de samenwerking in inhoudelijke zin vergevorderd is, worden ook hier grenzen gesteld. De RIAGG betwijfelt of er sprake kan zijn van samenwerking in de zin van 'samen behandelen en samen beslissingen nemen'.

Geen van de PAAZ- of APZ-poliklinieken heeft vaste afspraken met huisartsen en AMW. De contacten met huisartsen zijn incidenteel, echter om verschillende redenen. Soms ontbreekt simpelweg de infrastructuur. Met name de poliklinieken van PAAZ'en, vaak één- of tweemansbedrijfjes, zien geen mogelijkheden om alle huisartsen te benaderen. Wat hooguit voorkomt, is dat polikliniekmedewerkers - in samenwerking met de PAAZ-kliniek - eenmaal per jaar de wekelijkse specialistenmiddag voor huisartsen verzorgen.

Er worden echter ook redenen van meer principiële aard genoemd voor het ontbreken van afspraken. In een APZ-polikliniek gaven huisartsen te kennen graag wat meer informatie over hun naar de polikliniek verwezen patiënten *kwijt* te willen. Deze polikliniek zei echter geen behoefte te hebben aan

die informatie. En een PAAZ-polikliniek achtte het de 'taak' van huisartsen zelf om initiatieven te ontplooiën als ze meer contact wilden – uit de praktijk blijkt volgens deze polikliniek dat ook huisartsen de voorkeur geven aan incidentele contacten.

Afspraken over *formele* samenwerking tussen PAAZ'en en huisartsen zijn er slechts in één regio (de verstedelijkte). De PAAZ'en in deze regio hebben de afspraak met de RIAGG's dat de RIAGG's zoveel mogelijk aan opname-beoordeling en -bemiddeling doen.

Afspraken over *inhoudelijke* samenwerking tussen PAAZ en huisartsen ontbreken in alle regio's. Het PAAZ-beleid kenmerkt zich op dit gebied door grote terughoudendheid. Contacten over dienstverlening (advies, deskundigheidsbevordering) zijn incidenteel en men voelt geen behoefte ze te systematiseren. Deskundigheid op het gebied van (lichte) psychiatrische problematiek beschouwt men als een zaak van huisartsen zelf en niet als de verantwoordelijkheid van de GGZ.

Ook APZ'en kenmerken zich door terughoudendheid in het maken van afspraken met huisartsen. Verwijzing verloopt meestal via de RIAGG – althans dat is de afspraak met de RIAGG. In de grootstedelijke regio worden aanmeldingen door huisartsen bij het APZ zelfs naar de RIAGG terugverwezen. In de beide andere regio's honoreren de APZ'en overigens wel rechtstreekse aanmeldingen van huisartsen bij het APZ, met name wanneer het om heropnemingen gaat. Op dit gebied zou men contacten met huisartsen willen uitbouwen en structureren door hen bij de intake systematischer als informant te laten optreden.

Bij eerste, acute opnames zouden de APZ'en in de plattelands- en de verstedelijkte regio graag zien dat huisartsen en RIAGG gezamenlijk die indicatie stellen - zowel om 'al te vroegtijdige' als 'te late' opnemingen te voorkomen. De RIAGG zou in de ogen van het APZ daartoe meer outreachend moeten werken. De indicatiestelling van de huisarts is, vanuit de huisarts-gezien, wel begrijpelijk ('dit is niks voor mij als huisarts'), maar gebaseerd op een negatief criterium. De RIAGG zou samen met de huisarts moeten kijken of een APZ-opname aangewezen is. Dat APZ'en liever met RIAGG's te doen hebben dan met huisartsen, heeft een heel praktische reden. De werkwijze van de RIAGG is beter te overzien voor het APZ dan de uiteenlopende werkwijzen van een groot aantal huisartsen. Dit tussenstation maakt de afstand huisarts-APZ groot, een afstand die nog groter wordt doordat in alle drie de APZ'en een opnamecoördinator functioneert die de aanmeldingen globaal screent. Hierdoor worden communicatielijnen tussen behandelaars op opname-afdelingen en huisarts nog langer.

APZ'en menen dus dat zeker in de toekomst afspraken met huisartsen over verwijzingen naar het APZ via de RIAGG zullen moeten verlopen. Echter, ook wat betreft afspraken met huisartsen over ontslag en nazorg zijn de APZ'en terughoudend. In geen van de APZ'en worden huisartsen systematisch ingeschakeld bij nazorg. Men acht huisartsen onderling te verschillend om ze structureel een plaats te geven in de begeleiding van ex-psychiatrische patiënten.

Evenals bij PAAZ'en, ontbreken afspraken tussen APZ en AMW in het geheel.

4.2 *De visie van het AMW op afspraken*

Op het eerste gezicht lijkt het overbodig om afspraken van twee kanten te bekijken: die zijn immers per definitie door twee partijen overeengekomen. Toch is er een goede reden om de visie van de GGZ aan te vullen met opmerkingen van de eerstelijnsinstellingen over de afspraken met de GGZ. In de eerste plaats zit in de weergave van afspraken, hoe concreet die ook mogen zijn, een subjectief element. In de tweede plaats zijn de getalsverhoudingen tussen AMW en GGZ niet gelijk. Als bijvoorbeeld de twee RIAGG's in de plattelandsregio de afspraken beschrijven die zij met 'het' AMW hebben gemaakt, dan gaat het in feite om de samenwerking met zeven verschillende instellingen, die ieder, ondanks de onderlinge samenwerking, een eigen beleid voeren. Achtereenvolgens geven we de afspraken weer die het AMW met de RIAGG, met andere GGZ-instellingen en met huisartsen heeft gemaakt.

Afspraken over de organisatie van de samenwerking tussen AMW en RIAGG zijn per regio verschillend. In het verstedelijkt gebied is van enige formele regeling geen sprake. Noch op bestuurs- of directieniveau, noch op stafniveau bestaat gestructureerd overleg. Ook structurele contacten tussen individuele hulpverleners zijn volgens de directies van de betrokken AMW-instellingen vrijwel afwezig: consultatie heeft zich niet ontwikkeld en rond preventie bestaat alleen bij één van de vier AMW-instellingen enig contact. Het beeld dat van de RIAGG wordt geschetst is negatief: 'onduidelijk' en 'gesloten'.

In de grotestadsregio is sprake van méér gestructureerd overleg. In de stad zelf ontmoeten de directies van RIAGG en AMW-instellingen elkaar (sinds kort) elk half jaar, afgezien van incidentele contacten. In het halfjaarlijks overleg worden

gemeenschappelijke problemen besproken, zoals de 7x24 uursbereikbaarheid of de houding ten opzichte van de vestiging van eerstelijnspsychologen. Op stafniveau bestaat alleen incidenteel overleg. Zoals al eerder werd opgemerkt heeft in de samenwerking op uitvoeringsniveau de vorming van veldteams binnen de RIAGG volgens de AMW-instelling gunstig gewerkt: hoewel de vorm van wijk tot wijk verschilt, zijn door die reorganisatie verschillende kleine samenwerkingsprojecten tot stand gekomen. In de, ook tot de regio behorende, tweede en kleinere AMW-instelling, die werkzaam is in de randgemeenten, is het overleg beperkt tot uitvoering van de zorg, maar wel gestructureerd: maandelijks overleg van de betrokken maatschappelijk werkers met een maatschappelijk werker uit het LGV-team van de RIAGG. In het overleg wordt voornamelijk over individuele cliënten gesproken.

Het meest geformaliseerd, tenslotte, is de samenwerking in de plattelandsregio. Tussen de betrokken AMW-instellingen, de RIAGG's en – maar dit terzijde – het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) is een samenwerkingscontract van kracht, op grond waarvan de directeuren van de AMW-instellingen minstens één keer per jaar gezamenlijk met de RIAGG overleggen. In de meeste instellingen vindt voorts regelmatig overleg plaats op stafniveau, in frequentie variërend van 'zeer incidenteel' tot zes keer per jaar. Op twee plaatsen worden daarnaast regelmatig teambesprekingen van de RIAGG bijgewoond (zoals RIAGG-medewerkers ook bij het AMW komen), met als belangrijk doel criteria voor taakafbakening te ontwikkelen. Structurele samenwerking op het gebied van consultatie of preventie komt echter nauwelijks van de grond⁵².

Afspraken over inhoudelijke aspecten van de samenwerking laten een al even gedifferentieerd beeld zien. Het meest uit-

gewerkt zijn ook in dit opzicht de afspraken die in de plattelandsregio zijn gemaakt. De zeven AMW-instellingen in dit gebied noemen nauwelijks problemen in de taakafbakening. Voor enkelen is die duidelijk ("Dat weten we langzamerhand wel"). Elders wordt erkend dat het exact afbakenen van taken moeilijk, zo niet onmogelijk is, maar worden in de praktijk impliciete criteria gehanteerd, waarin - bijvoorbeeld - 'problemen die samenhangen met de omgeving' worden gesteld tegenover 'problemen die samenhangen met de persoonlijkheidsstructuur'. Op twee plaatsen is tussen AMW en RIAGG de afspraak van kracht dat patiënten in principe alleen via (huisarts of) AMW bij de RIAGG terecht kunnen en niet meer na aanmelding op eigen initiatief.

De maatschappelijk werk-instelling in de grote stad gaat er vanuit dat taakafbakening niet op directieniveau kan worden geregeld, maar vorm moet krijgen in de dagelijkse praktijk. De instelling die werkzaam is in de randgemeenten gaat iets verder en heeft een aantal algemene richtlijnen voor verwijzing (na intake) naar de RIAGG op papier gezet en met de RIAGG besproken. Hoewel het aantal terugverwijzingen vanuit de RIAGG naar het AMW toeneemt, neemt de RIAGG - en dan vooral het voormalige LGV-bureau - volgens deze instelling nog te vaak ten onrechte door de huisartsen verwezen patiënten in behandeling.

In het verstedelijkt gebied, tenslotte, bestaan geen afspraken over onderlinge taakafbakening. Wel wordt vanuit de AMW-instellingen overleg daarover noodzakelijk genoemd.

Afspraken tussen maatschappelijk werk instellingen en andere GGZ-instellingen dan de RIAGG zijn vrijwel afwezig. In één van de gemeenten in de plattelandsregio bestaat een gestructureerd maandelijks overleg waaraan, naast het AMW,

vertegenwoordigers van de RIAGG, de PAAZ en het CAD deelnemen.

Al eerder is aangegeven dat de samenwerking met huisartsen voor een aantal AMW-instelling prioriteit heeft boven het verstevigen van de contacten met de RIAGG. Zo bestaan op twee plaatsen in de plattelandsregio samenwerkingsovereenkomsten tussen de AMW-instelling enerzijds en de plaatselijke huisartsen vereniging of individuele huisartsen anderzijds, waarin afspraken zijn vastgelegd over criteria voor de verwijzing, het wederzijds informeren over cliënten, periodiek overleg en bereikbaarheid⁵³.

4.3 *Samenvatting en conclusie*

Afspraken tussen eerstelijns en GGZ zijn in dit hoofdstuk voornamelijk belicht vanuit de GGZ. Voor het AMW blijken prioriteiten eerder in afspraken over samenwerking binnen de eerstelijns te liggen. Het AMW heeft wel enige behoefte aan afspraken met de RIAGG, maar neemt zelf geen initiatief, men wacht af tot de RIAGG zich meer openstelt voor het AMW. Bekijken we afspraken tussen GGZ en eerstelijns vanuit GGZ-perspectief, dan blijkt er een opmerkelijke terughoudendheid te bestaan ten aanzien van het maken van afspraken met de eerstelijns. De redenen daarvoor verschillen per GGZ-instelling.

Bij poliklinieken, PAAZ'en en APZ'en lijkt de terughoudendheid het resultaat van een (impliciete) kosten-batenanalyse. De instellingen onderkennen in het algemeen wel de gunstige werking van afspraken met de eerstelijns, zeker waar het gaat om het tijdig krijgen van voldoende informatie over patiënten, maar de instellingen achten tegelijkertijd de kosten

(letterlijk en figuurlijk) te hoog om dergelijke afspraken te maken. De instellingen zijn dan ook van mening dat ze als polikliniek, PAAZ of APZ niet verantwoordelijk zijn voor afspraken met de huisarts, temeer daar een duidelijke behoefte bij huisartsen niet wordt geconstateerd en men die behoefte zelf evenmin voelt. En als huisartsen afspraken boven incidentele contacten prefereren vinden de instellingen dat huisartsen zelf de eerst aangewezenen zijn om de situatie zodanig te veranderen dat afspraken mogelijk worden. Voor de APZ'en, die op zich wel beter gereguleerde contacten (afspraken) met huisartsen zouden willen, komt daar nog een argument bij: ze zien, gezien hun positie in de GGZ (wij zijn 'vierdelijn') nauwelijks mogelijkheden de relatie met de huisartsen te verbeteren. Het ontbreken van afspraken probeert men op te vangen door sterk te koersen op de opnamebemiddelende taak van de RIAGG's.

De RIAGG's nemen gezien de spilfunctie, die hen ook door de andere GGZ-instellingen wordt toegedacht, de belangrijkste plaats in wat betreft afspraken met de eerstelijns. Binnen de RIAGG's doet zich een zekere discrepantie voor tussen het grote belang dat de RIAGG zegt te hechten aan de huisarts als verwijzer en de magere uitwerking van afspraken over formele en inhoudelijke samenwerking. De formele samenwerking komt nog enigszins van de grond, waarbij gedacht kan worden aan het stroomlijnen van verwijsprocedures (hoe en wanneer is de RIAGG bereikbaar, hoe verloopt de berichtgeving). Inhoudelijke samenwerking is er echter nauwelijks: vragen als 'welke problemen moeten verwezen worden en welke behandeling is aangewezen', zijn nergens onderwerp van overleg. De RIAGG ziet onvoldoende aangrijpingspunten om deze inhoudelijke afspraken te realiseren. Het blijkt voor de RIAGG zeer moeilijk greep te krijgen op huisartsen als groep, laat staan dat

men rekening zou kunnen houden met de grote verschillen tussen huisartsen onderling. Informatie-uitwisseling is net haalbaar, maar verdergaande afspraken, die nog niet eens het stadium van inhoudelijk overleg hoeven te bereiken, blijken nauwelijks gemaakt te (kunnen) worden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het tegemoetkomen aan de wens van huisartsen om hulpverleners op vaste tijden (telefonisch) bereikbaar te laten zijn.

De RIAGG's verschillen in hun afspraken met het AMW. In de plattelandsregio zijn er afspraken waarin de taakafbakening tussen RIAGG en AMW voorop staat. De RIAGG's in de andere twee regio's ervaren noch overlap noch lacunes in de zorg van RIAGG en AMW en beogen geen afspraken op formeel of inhoudelijk niveau. Hoewel het AMW in beginsel positief lijkt te staan tegenover afspraken met de RIAGG, koerst de RIAGG in deze regio's meer op huisartsen.

Maken we een vergelijking-tussen de RIAGG's en de poliklinieken (dus binnen de extramurale GGZ), dan valt op dat de poliklinieken afspraken over contacten met de huisartsen of een taak van de RIAGG of een probleem van huisartsen zelf vinden - een 'zelfverzekerde' houding. Daarmee ontstaat de merkwaardige situatie dat in de beleving van GGZ (èn eerstelijns) de paar extra activiteiten van de poliklinieken als 'service' geduid worden, terwijl de vele pogingen van de RIAGG's om de eerstelijns te benaderen, de moeizame verhouding alleen maar meer voelbaar maken.

Deze discrepantie tussen RIAGG's en poliklinieken is des te opmerkelijker wanneer men ze in het licht van hun financieringsstructuur beziet. De RIAGG kent weliswaar de in de RIAGG-Erkenningsnormen vastgestelde verplichting om alleen op verwijzing van huisartsen patiënten in behandeling te nemen, maar heeft wel een budget-financiering. De polikli-

niekpsychiaters worden – in ieder geval in PAAZ'en – per ver-richting betaald. De RIAGG kent dus een minder directe kop-peling tussen financiering van de instelling en de verleende zorg dan de (PAAZ-)poliklinieken. Bovendien is er voor som-mige RIAGG-afdelingen een wachtlijst: men is verzekerd van voldoende patiënten. De RIAGG's doen echter veel moeite om de eerstelijns te benaderen, terwijl de poliklinieken, die in theorie veel afhankelijker van verwijzingen door huisartsen zijn, een enigszins als arrogant te betitelen houding aannemen. Gezien de marktpositie van RIAGG's en poliklinieken is de energie die beiden investeren in afspraken met huisartsen dus omgekeerd evenredig met hun afhankelijkheid. Dat roept de vraag op of de afhankelijkheid van de RIAGG's ten opzichte van de eerstelijns niet vooral een als zodanig *ervaren* (en door het overheidsbeleid ook bewust opgelegde) afhankelijkheid is. De manier waarop de spilpositie beleefd wordt, is een aan-wijzing in die richting. RIAGG's krijgen, ook door de eerste-lijns, het breedste scala aan cliënten toebedeeld. Als trait d'union ingeklemd tussen eerstelijns en GGZ voelt de RIAGG zowel de concurrentie van poliklinieken, (ambulante psychia-trie) als van AMW en huisarts (het 'LGV'-werk), en daarvan gaat blijkbaar een bedreigende werking uit. Een andere ver-klaring voor die *ervaren* afhankelijkheid zou kunnen zijn dat de RIAGG's weliswaar formeel minder afhankelijk zijn van de verwijsstroom van huisartsen dan poliklinieken, maar dat zij in tegenstelling tot poliklinieken ook de taak hebben de ver-wijsstroom tussen eerstelijns en GGZ inhoudelijk te stroom-lijnen ('screenen'). Juist op het punt van inhoudelijke samen-werking zien RIAGG's echter nauwelijks mogelijkheden om afspraken met huisartsen te maken.

5 BEELDVORMING

Wanneer samenwerking tussen eerstelijns en GGZ ontbreekt of als onvoldoende aangemerkt wordt, moeten daarvoor redenen bestaan. Deze redenen zijn deels terug te voeren op de beeldvorming van eerstelijns en GGZ van elkaar. Die beelden kunnen ontstaan zijn op basis van ervaringen (goed of slecht) met het andere echelon, of juist voortleven bij de gratie van het ontbreken van contact waardoor een bestaand beeld niet gecorrigeerd kan worden. Er bestaat geen simpele causale relatie tussen beeldvorming en samenwerking. Beeldvorming is één van de vele aspecten van de complexe relatie tussen eerstelijns en GGZ.

In de beeldvorming zijn een drietal thema's te onderscheiden. Ten eerste, het oordeel over de competentie van het andere echelon. Ten tweede, het oordeel over het andere echelon wat betreft zijn 'kwaliteit' als partner in de samenwerking. Ten derde, de mening over de door het andere echelon te vervullen taak op het vlak van 'psychosociale' hulpverlening. Dit laatste oordeel is natuurlijk sterk afhankelijk van de opvattingen over de aan zich zelf toegedachte taak op dit gebied.

5.1 *De visie van de GGZ op de eerstelijns*

De competentie van huisarts en AMW

Aan individuele medewerkers van GGZ-voorzieningen is gevraagd een beeld te geven van de competentie van huisartsen en AMW op psychosociaal vlak. Afgaande op hun ervaringen met huisartsen en AMW, werd GGZ-werkers gevraagd een oordeel te geven over zeven stellingen die betrekking hadden

op psychosociale hulpverlening door huisarts en AMW⁵⁴. In deze stellingen heeft de relatie van huisarts en AMW met de RIAGG een belangrijke plaats gekregen, zowel omdat de RIAGG gezien haar positie in de structuur van de GGZ 'dicht tegen de eerstelijns aanzit', alsook omdat de taakverdeling tussen RIAGG en eerstelijns de meeste aanleiding voor afbakingsperikelen biedt.

Allereerst de mening van de GGZ over de huisarts. Een kwart tot bijna de helft van de GGZ-medewerkers oordeelt negatief over de mogelijkheid van de huisarts (meer) aan psychosociale problemen te doen. Wat de GGZ in dit geval onder 'psychosociaal' verstaat is een aparte kwestie, waarop verderop in deze paragraaf zal worden ingegaan. Voor meer activiteiten van huisartsen op het gebied van psychosociale hulpverlening, ziet een kwart wel dergelijke mogelijkheden⁵⁵.

Ook over de vraag of psychosociale hulpverlening tot de taak van de huisarts behoort, zijn de GGZ-werkers het niet eens. RIAGG-medewerkers en vrijgevestigden oordelen daarover significant terughoudender dan hun GGZ-collega's⁵⁶. Het hoge percentage van poli-, PAAZ- en APZ-medewerkers dat meent dat er wel een taak ligt voor de huisarts lijkt erop te duiden dat zij 'psychosociaal' interpreteren als 'niet-psi-chiatrisch'.

Ondanks het feit dat veel GGZ-respondenten psychosociale hulp een taak van de huisarts achten, vindt een kwart tot bijna de helft van de GGZ hem op dit gebied niet competent. RIAGG-medewerkers en vrijgevestigden zijn negatiever over de competentie van de huisarts dan APZ-medewerkers.

Een aantal GGZ-respondenten heeft zijn oordeel over de huisarts geïllustreerd en genuanceerd met de volgende opmerkingen: 'huisartsen zijn alleen geschikt voor psychosociale

Tabel 5.1 Oordelen van GGZ-respondenten over de competentie van huisarts en AMW op psychosociaal vlak (in percentages 'helemaal eens/eens')

	RIAGG	vrijgeves- tigden	poli- kliniek	PAAZ	APZ
n =	200	37	24	20	34
1 Praktische overwegingen als tijdgebrek maken het de huisarts onmogelijk meer dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen.	24	38	46	30	27
2 Psychosociale hulpverlening is een wezenlijk onderdeel van het werk van de huisarts.	47	32	67	55	74
3 Ik acht de gemiddelde huisarts niet competent genoeg om doorsnee psychosociale problematiek te behandelen.	37	43	30	35	24
4 Voor psychosociale hulpverlening in de eerstelijns kan men beter terecht bij het AMW dan bij de huisarts.	41	38	25	25	35
5 Het AMW zou, net als de huisarts, rechtstreeks naar de RIAGG moeten kunnen verwijzen.	82	67	52	58	59
6 Het AMW moet zich vooral met materiële problemen van cliënten bezighouden.	18	49	46	15	21
7 Veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, kunnen evengoed bij het AMW terecht.	18	15	32	32	9

hulpverlening, indien ze beter opgeleid zijn dan nu', 'huisartsen zijn wel competent op het gebied van onderzoek en indicatiestelling van psychosociale problemen, maar niet voor de behandeling ervan', 'huisartsen verschillen onderling zeer qua competentie', 'solistische huisartsen willen alleen maar snel van hun patiënten af, huisartsen in gezondheidscentra zijn minder gehaast en willen niet alles in hun eentje beslissen'.

Samengevat kunnen we voorzichtig constateren dat de GGZ positiever lijkt te oordelen over de competentie van de huisarts naarmate men er verder van af staat, maar verre van eensgezind is over de vraag of de huisarts psychosociale problemen kan en moet behandelen.

RIAGG-medewerkers hebben meer dan hun GGZ-collega's vertrouwen in psychosociale hulp door het AMW⁵⁷. RIAGG-medewerkers zijn ook, meer nog dan andere GGZ-medewerkers, bereid het AMW als RIAGG-verwijzer te erkennen⁵⁸. Opmerkingen in de enquêtes in de trant van 'dat kan toch nu ook al' geven aan dat rechtstreekse verwijzingen van AMW naar RIAGG in de praktijk niet ongebruikelijk zijn.

Over de taak van het AMW op psychosociaal gebied bestaat, net als bij de huisarts, weinig eenheid van opvatting. De helft van de vrijevestigden en driekwart van de polikliniek-medewerkers vinden dat het AMW zich vooral met materiële problematiek moet bezighouden, RIAGG-, PAAZ- en APZ-medewerkers zijn die mening zeker niet toegedaan⁵⁹.

Ook de taakafbakening tussen RIAGG en AMW blijkt weinig helder. Van de GGZ-medewerkers vindt 20 tot 30% dat veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen evengoed bij het AMW terecht hadden gekund. Met name bij vrijevestigden zijn de meningen verdeeld⁶⁰. Het zou kunnen dat GGZ-respondenten weinig verschil zien in de aard van de hulpverle-

ning door RIAGG en AMW – en gezien het feit dat RIAGG–respondenten in hun antwoorden niet sterk afwijken van andere GGZ–respondenten zou dit een zeer opmerkelijk gegeven zijn. Meer voordehandliggend lijkt echter de interpretatie dat deze mening een indicatie is voor de opvattingen over gewenste taakverdeling. In hoeverre hiermee tevens het verwijfsbeleid van het AMW bekritiseerd wordt, is een open vraag.

Het RIAGG–oordeel over het AMW is al met al te kenmerken als ambivalent. Enerzijds signaleert men grote verschillen tussen RIAGG– en AMW–hulpverlening ('het AMW moet praktische problemen oplossen, geen psychische', 'het AMW moet zich vooral met materiële problemen bezighouden, omdat er verder geen instelling is die zich om deze problemen bekommert'). Anderzijds ervaart men dat RIAGG– en AMW–hulp zodanig dicht bij elkaar liggen dat het fricties oplevert ('de RIAGG heeft een te hoge dunk van het AMW, maatschappelijk werkers werken geïsoleerd, zijn daardoor kwetsbaar en hebben een te geringe ondergrond voor ingewikkelde problemen', 'het AMW voelt zich bedreigd', 'is jaloers', 'is bang voor concurrentie van de RIAGG', 'dragen pas over op het moment dat de nood voor de AMW–hulpverlener te hoog is', 'sleutelen te lang', 'hebben weinig gereedschap en zijn slecht opgeleid' en 'het AMW heeft teveel interesse voor psychotherapeutische activiteiten (uitgezonderd diagnostiek!) en te weinig voor maatschappelijke hulpverlening').

Huisarts en AMW als partner

Naast het oordeel over competentie van huisarts en AMW is ook gevraagd naar het oordeel van GGZ–medewerkers over huisartsen en AMW als samenwerkingspartner van de GGZ. Dit

oordeel is alleen gevraagd aan respondenten die contacten hebben met de eerstelijns.

Tabel 5.2 Oordelen van GGZ-respondenten over huisarts en AMW als verwijzer (in percentages 'helemaal eens/eens')

	RIAGG	vrije- vestigden	poli- klinik	PAAZ	APZ
n wb. huisartsen =	168	44	23	13	24
n wb. AMW =	120	13	13	15	24
Geïnteresseerd in de GGZ-behandeling* van hun patiënten:					
- huisartsen	50	56	57	53	29
- AMW	53	39	80	nvt	nvt
Voldoende op de hoogte van de GGZ-behandelingsmogelijkheden*					
- huisartsen	15	27	22	53	21
- AMW	22	23	7	nvt	nvt
Verwijzen vaak onnodig:					
- huisartsen	5	3	0	13	8
- AMW	6	0	22	nvt	nvt
Verwijzen doorgaans te laat:					
- huisartsen	24	35	26	0	13
- AMW	43	42	57	nvt	nvt

* GGZ = respectievelijk RIAGG, vrijevestigde, poliklinik, PAAZ of APZ.

Ongeveer de helft van de vrijevestigden, RIAGG-, poliklinik- en PAAZ-medewerkers vindt huisartsen geïnteresseerd in het verloop van de behandeling bij hun respectievelijke GGZ-instellingen. Bij het APZ is slechts 29% van de medewerkers die mening toegedaan⁶¹.

Over de aanwezige kennis van het behandelaanbod van de verschillende GGZ-voorzieningen zijn de GGZ-instellingen minder tevreden. Met name de RIAGG vindt dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn⁶².

Bekijken we de oordelen van de GGZ over het feitelijke verwijsbeleid van de huisarts, dan is dit redelijk gunstig. Vrijwel geen van de GGZ-voorzieningen vindt dat de huisarts onterecht verwijst. De RIAGG en de intramurale GGZ zijn het meest tevreden⁶³. Wel vinden de GGZ-werkers dat de huisarts soms in een te laat stadium verwijst, met andere woorden te lang zelf behandelt. Dit is vooral het geval bij vrijgevestigden - PAAZ en APZ oordelen hier anders over: geen van de PAAZ-medewerkers en 13% van de APZ-medewerkers vindt dat de huisartsen te laat verwijzen⁶⁴. Men vindt de huisarts in het algemeen gesproken dus redelijk geïnteresseerd, maar onvoldoende op de hoogte van het GGZ-aanbod, terwijl de meningen over de accuraatheid van de verwijzingen uiteen lopen.

Extramurale GGZ-medewerkers vinden het AMW niet voldoende op de hoogte. Desondanks vindt de helft tot tweederde van de GGZ-respondenten dat het AMW niet onterecht verwijst, al meent bijna de helft dat het AMW vaak te laat verwijst.

Taken op psychosociaal gebied

In het voorgaande is gesproken over de 'psychosociale taak' die GGZ-voorzieningen naar eigen inzicht behoren te vervullen of waarvan ze menen dat de eerstelijns die behoort te vervullen. In deze paragraaf pogen we wat meer greep te krijgen op de inhoud van het begrip psychosociaal zoals de GGZ dat hanteert.

In dit onderzoek is het begrip psychosociaal gemeten op drie dimensies: de *aard* van problemen ((psycho)sociaal, psychosomatisch, psychisch of psychiatrisch zijn de gangbare maar enigszins onvolkomen aanduidingen daarvoor), de *manifestatie* ervan (acuut en een kortdurende interventie vergend of chronisch en een langduriger interventie vereisend) en de *setting* die aangewezen is om de vereiste hulp te bieden (eerstelijns (huisarts of AMW), ambulante GGZ (vrijgevestigde, polikliniek of RIAGG) of intramurale GGZ (PAAZ of APZ)).

Deze drie dimensies zijn aan de respondenten voorgelegd in de vorm van een lijst met 12 problemen die varieerden op de eerste twee dimensies. De GGZ-respondenten werd gevraagd, evenals de eerstelijnsrespondenten, aan te geven in hoeverre ze deze problemen tot de taak van huisarts, AMW danwel de eigen voorziening vonden behoren. De respondenten konden zowel met betrekking tot de huisartsen als het AMW en de eigen instelling 'wel een taak' of 'geen taak' invullen: men hoefde niet 'complementair' in te vullen. Met deze gegevens kan worden nagegaan in hoeverre de eerste twee dimensies (aard en manifestatie) de derde (setting) beïnvloedden.

De twaalf items in de lijst zijn deels ontleend aan de gevalideerde lijst van Grol, als zodanig ook gebruikt door Verhaak⁶⁵

Problemen van toepassing op figuren 5.1, 5.2 en 5.3

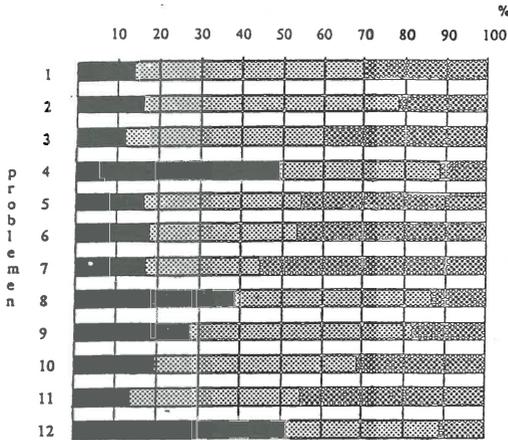
- Probleem 1: adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden
- Probleem 2: begeleiden van ex-psychiatrische patiënten
- Probleem 3: bespreken van relatieproblemen echtpaar
- Probleem 4: hulp bieden bij suïcidale neigingen
- Probleem 5: behandelen van lichte vorm van straatvrees

- Probleem 6: bespreken van langdurige problemen op het werk
Probleem 7: ontspanningstherapie bij spanningsklachten
Probleem 8: hulp bieden bij hyperventilatie
Probleem 9: hulp bieden bij seksuele moeilijkheden
Probleem 10 : hulp bieden bij verslavingsproblematiek
Probleem 11 : behandelen van wanen
Probleem 12 : behandelen van chronische moeheid.

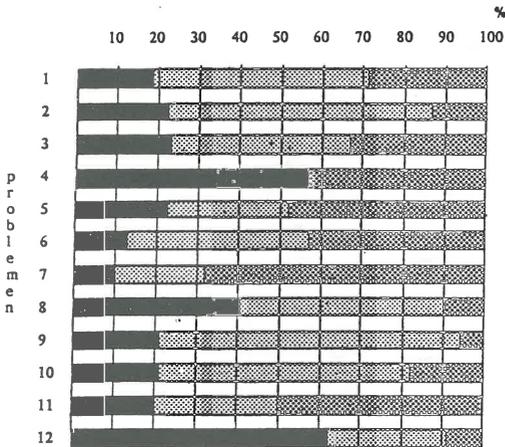
zie
Ger. e Samml.
jrg 6 no 1
1985

Figuur 5.1 De visie van GGZ-respondenten op de taak van de huisarts (in percentages)

De visie van RIAGG

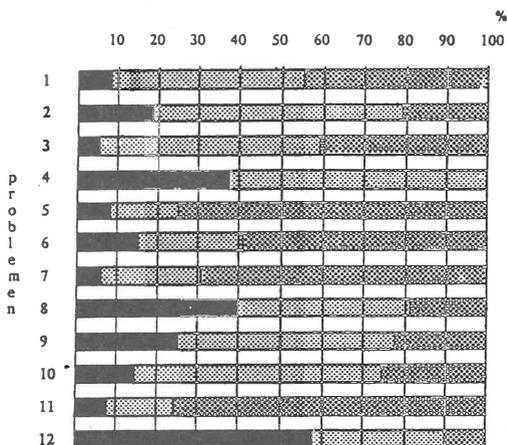


De visie van de polikliniek

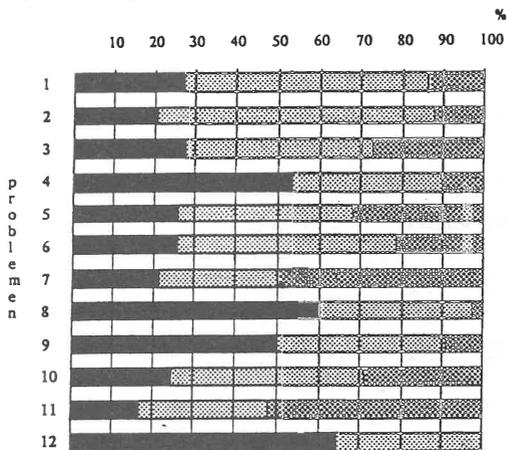


- volledig of grotendeels een taak
- enigszins een taak
- (helemaal) geen taak

De visie van de vrijevestigden



De visie van de intramurale GGZ



- volledig of grotendeels een taak
- enigszins een taak
- (helemaal) geen taak

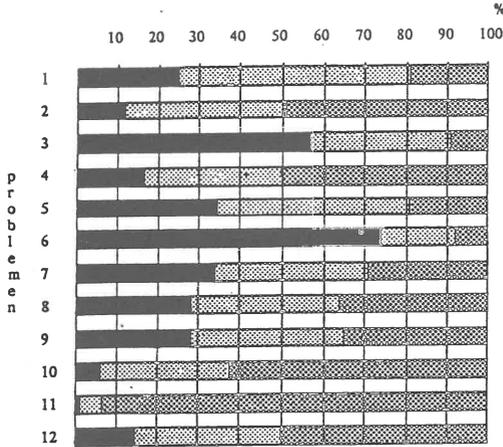
Figuur 5.1 geeft een overzicht van de meningen van GGZ-respondenten over de psychosociale taak van huisartsen. Problemen die typisch voor de huisarts geacht worden (percentages van 50% of meer) zijn hulp bieden bij suïcidale neigingen (probleem 4) en behandelen van chronische moeheid (12). PAAZ- en APZ-medewerkers vinden ook hyperventilatie (8) en seksuele moeilijkheden (9) problemen die door de huisarts behandeld moeten worden. GGZ-respondenten lijken het onderling redelijk eens over de problemen die tot de taak van de huisarts behoren. In aard en manifestatie komen deze problemen (suïcidale neigingen en chronische moeheid) niet overeen.

Typisch géén probleem dat door huisartsen behandeld moet worden, vinden de GGZ-respondenten: spanningsklachten (7) en wanen (11). Over de meeste problemen zijn de GGZ-werkers echter onzeker, en ze vragen zich af of die tot de taak van de huisarts behoren. Opmerkelijk is de mening van de vrijgevestigden over de taak van de huisarts. Deze dichtten de huisarts een veel minder groot takenpakket toe dan de andere GGZ-hulpverleners: ruim de helft van de vrijgevestigden vindt dat straatvrees, problemen op het werk, spanningsklachten, wanen en, in mindere mate, opvoedingsproblemen en relatieproblemen niet bij de huisarts thuishoren.

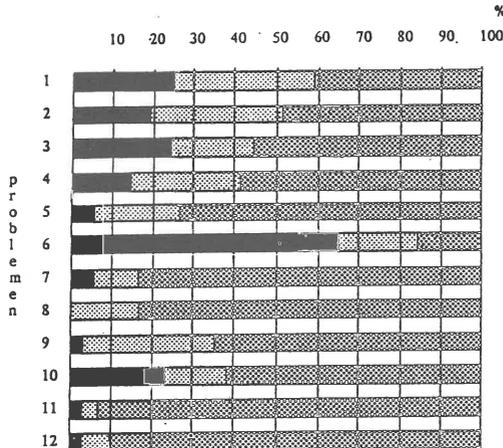
Als typische problemen voor het AMW beschouwen de GGZ-respondenten relatieproblemen (3) en problemen op het werk (6). Beide zijn problemen met een duidelijk sociale component. Niet 'geschikt' voor het AMW vindt men (deels in tegenstelling met de opvattingen van het AMW zelf) problemen van ex-psychiatrische patiënten (2), suicide-neigingen (4), straatvrees (5), spanningsklachten (7), hyperventilatie (8), seksuele problemen (9), wanen (11) en chronische moeheid (12). De percentages 'twijfelaars' over de taak van het AMW zijn lager dan

Figuur 5.2 De visie van GGZ–respondenten op de taak van het AMW (in percentages)

De visie van de RIAGG

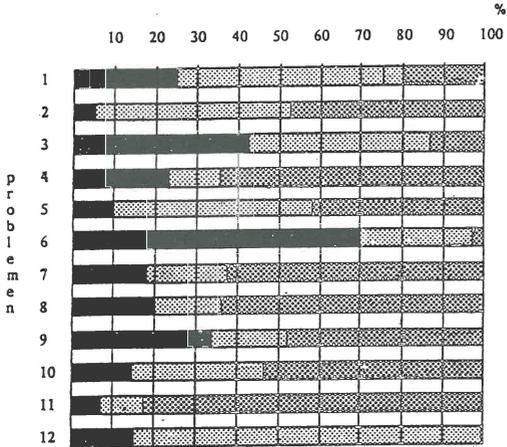


De visie van de vrijgevestigden

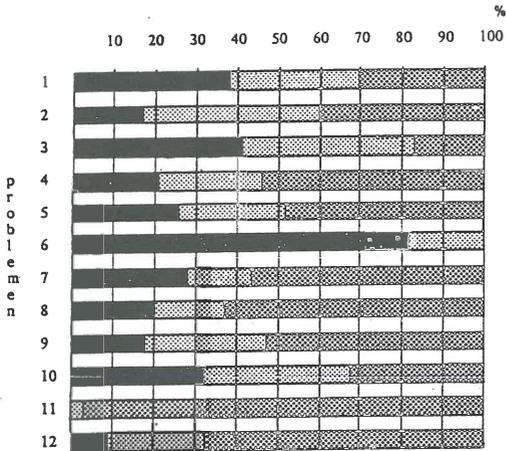


- volledig of grotendeels een taak
- enigszins een taak
- (helemaal) geen taak

De visie van de polikliniek



De visie van de intramurale GGZ



- volledig of grotendeels een taak
- enigszins een taak
- (helemaal) geen taak

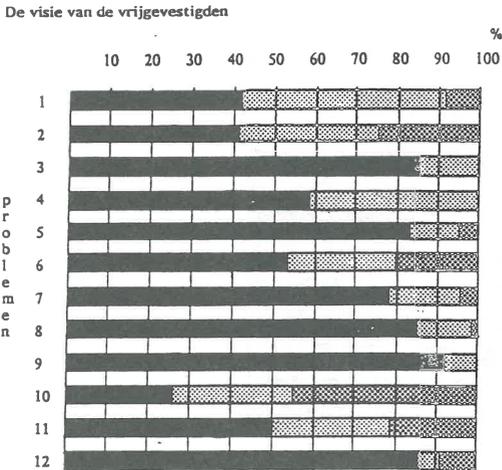
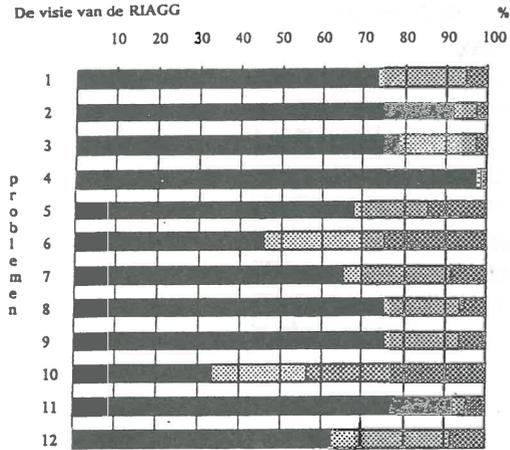
die over de taak van de huisarts. In vergelijking met de overige GGZ-respondenten, vinden RIAGG-medewerkers meer problemen in aanmerking komen voor AMW-behandeling, althans ze oordelen er niet zo expliciet afwijzend over.

Bekijken we de mening van de GGZ-respondenten over hun eigen taak, dan valt allereerst op dat men maar weinig problemen niet geschikt vindt voor GGZ-behandeling: bij vrijgevestigden en RIAGG's is dat alleen het geval bij verslavingsproblematiek (63% van de RIAGG-respondenten vindt dit evenmin een typische taak van huisarts of AMW, maar wel voor het CAD); poliklinieken achten opvoedingsproblemen geen polikliniektak en PAAZ/APZ vinden noch opvoedingsproblemen en straatvrees, noch problemen op het werk een taak voor zichzelf.

Wat vindt men typisch wel een GGZ-taak? Alle GGZ-respondenten vinden suïcidale neigingen een probleem dat bij hun instelling behandeld kan worden. Chronische moeheid wordt alleen door vrijgevestigden, opvoedingsproblemen alleen door de RIAGG als hun taak beschouwd. Veel RIAGG-respondenten tekenen daarbij aan dat opvoedingsproblemen vooral een taak van de jeugdafdeling zijn.

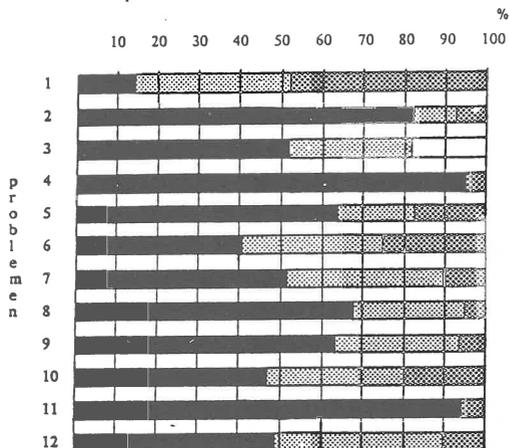
Middeling van de scores op de twaalf problemen geeft een indicatie voor de taak die de GGZ huisartsen, AMW of zichzelf toeschrijft op psychosociaal vlak⁶⁶. Een laag gemiddelde (smalle taak) of een hoog gemiddelde (brede taak) is niet gemakkelijk te interpreteren omdat het het gemiddelde van een gevarieerd takenpakket is (de twaalf items lopen uiteen in aard en manifestatie). Bovendien loopt ook de formulering van de interventie uiteen van kortstondige hulp tot hulpverlening van langdurige aard. Niettemin is een laag gemiddelde een

Figuur 5.3 De visie van GGZ-respondenten op de taak van de GGZ (respectievelijk RIAGG, vrijevestigden, polikliniek en intramurale GGZ)

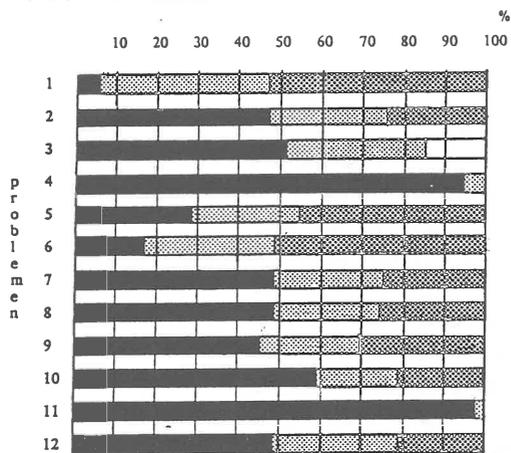


volledig of grotendeels een taak
 enigszins een taak
 (helemaal) geen taak

De visie van de polikliniek



De visie van de intramurale GGZ



- volledig of grotendeels een taak
- enigszins een taak
- (helemaal) geen taak

indicatie van een marginale taak op het gebied van de hulpverlening bij 'psychosociale' problemen.

Alle GGZ-respondenten zien voor huisartsen en AMW een smallere psychosociale taak weggelegd dan huisartsen en AMW voor zichzelf⁶⁷. In vergelijking met polikliniek-, PAAZ- en APZ-medewerkers schrijven RIAGG-medewerkers en vrijgevestigden zichzelf de breedste taak toe,⁶⁸ en huisartsen de smalste⁶⁹. RIAGG-medewerkers vinden dat ze een bredere taak hebben dan AMW en huisartsen,⁷⁰ en dat het AMW een bredere taak heeft dan de huisarts⁷¹. Vrijgevestigden vinden juist dat huisartsen een bredere taak hebben dan het AMW⁷². Bij RIAGG-medewerkers hangt het oordeel over de taken van huisarts en AMW samen, hetgeen impliceert dat de aan huisarts en AMW toegedachte taken 'gelijk opgaan' in de ogen van de RIAGG⁷³.

Er blijkt op basis van de antwoorden geen specifieke taakverdeling te maken tussen de extramurale GGZ-voorzieningen omdat de RIAGG vrijwel alle twaalf problemen (uitgezonderd verslavingsproblematiek) in redelijke mate tot haar taak vindt behoren, net als de poliklinieken, terwijl vrijgevestigden een lichte voorkeur hebben voor de somatische (hyperventilatie en moeheid) of sociale kant van problemen (relatieproblemen, lichte vorm van straatvrees). De intramurale GGZ (APZ'en en PAAZ'en) is wat restrictiever en rekent minder problemen tot haar taak. Geen van deze items zal op zich tot een opname-indicatie leiden, luidt het commentaar van enkele APZ-respondenten.

Hoewel oorzaak en omstandigheden van de problemen in deze lijst niet aan bod kwamen, is er in de optiek van de (extramurale) GGZ-respondenten toch een zekere afbakening in het grensgebied van de psychosociale, psychische en psychiatrische problemen te maken. Ondanks het ontbreken van spe-

cifieke casuïstische informatie vindt men de twaalf problemen met een psychische component maar in zeer beperkte mate bij de huisarts thuishoren en vrijwel niet bij het AMW.

Voor de RIAGG-respondenten is niet alleen nagegaan welke psychosociale problemen ze tot de taak van huisarts of AMW rekenen, maar tevens op welke criteria dat oordeel gebaseerd is. Daarvoor is, met behulp van een principële componentenanalyse van het oordeel van de RIAGG over de taak van de huisarts, gezocht naar de manier waarop RIAGG-medewerkers problemen onderscheiden. In het navolgende zullen we wat gedetailleerder ingaan op deze analyse. Door na te gaan welke problemen met welke samenhangen kan duidelijk worden welke impliciete ordeningscriteria RIAGG-medewerkers hanteren, en in welke mate ze de aard en manifestatie van een probleem een geschikt criterium vinden om eerstelijns-hulpverlening van GGZ-hulpverlening te onderscheiden. Er blijken drie clusters problemen (factoren met een eigenwaarde groter dan één) te worden onderscheiden. Het eerste cluster (dat na rotatie 48% van de variantie verklaart) bestaat uit de problemen begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, suïcidale neigingen, seksuele problemen, verslavingsproblematiek, wanen en chronische moeheid⁷⁴. Deze zes problemen komen niet zozeer overeen in aard (er zitten somatische, psychische en sociale aspecten in) of in manifestatie (acuut of meer sluimerend), maar in de mate waarin het problemen zijn met duidelijke symptomen en in de mate waarin de behandeling een medisch aspect (medicijnen, somatiek) heeft.

Het tweede cluster problemen (9% verklaarde variantie) dat we aantreffen in de opvattingen van de RIAGG over de taak van de huisarts bestaat uit de items opvoedings-, relatie- en werkproblemen (in mindere mate ook straatvrees)⁷⁵. Deze

vier problemen hebben een sociaal-relacioneel aspect en zijn naar hun aard minder makkelijk te rubriceren/diagnostiseren en naar hun manifestatie sluimerend en langdurig. Het derde cluster bestaat uit de problemen spanningsklachten en hyperventilatie en verklaart 5% van de variantie. Deze factor zou men kunnen duiden als de psychosomatische, sluimerende aspecten van klachten.

Eenzelfde analyse kunnen we ook maken voor de opvattingen van de RIAGG over de taak van het AMW. Principale componentenanalyse brengt (na rotatie) drie clusters (met een eigenwaarde hoger dan één) aan het licht. Cluster één (48% verklaarde variantie) bestaat uit de items hyperventilatie, spanningsklachten, straatvrees, problemen op het werk, seksuele problemen en moeheid⁷⁶. Het is een factor met een somatisch-sociaal aspect. Het tweede cluster (10% verklaarde variantie) bestaat uit het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, wanen en verslavingsproblemen. Deze factor komt deels overeen met de acuut-manifeste items van factor één in het oordeel over de taak van de huisartsen.

Het derde cluster (6% verklaarde variantie) bestaat uit de items opvoedingsproblemen en suïcidale neigingen (en in mindere mate relatieproblemen). Deze factor is moeilijk te interpreteren.

Principale componentenanalyse van het RIAGG-oordeel over de RIAGG-taak levert opnieuw drie clusters op met een eigenwaarde hoger dan één. Cluster één (35% verklaarde variantie) bestaat uit hyperventilatie, spanningsklachten, straatvrees, problemen op het werk en chronische moeheid (vergelijk factor één in het oordeel over de taak van het AMW!)⁷⁷. Cluster twee (11% verklaarde variantie) bestaat uit de items opvoedings- en relatieproblemen (vergelijk factor twee in de mening over de huisartsen en factor drie in de

mening over het AMW). We zouden deze factor de sociaal-relationale kunnen noemen. Het derde cluster tenslotte bestaat uit de behandeling van suïcidale neigingen en wanen (5% verklaarde variantie).

In het volgende schema zijn de factoren en de criteria nog eens samengevat.

Schema 5.1 Mening van RIAGG-respondenten over de taak van de huisarts, het AMW en de RIAGG

Taak van de huisarts

Clusters

1. verslaving, wanen, suïcidale, seksuele problemen, problemen van ex-psihiatrische patiënten, chronische moeheid.
2. relatie- en werkproblemen (straatvrees)
3. spanningsklachten, hyperventilatie

Criteria

- a. medisch, manifeste symptomen
- b. levensproblemen
- c. sluimerende (soma-tische) symptomen

Taak van het AMW

1. straatvrees, hyperventilatie, spanningsklachten, seksuele problemen, problemen op het werk, chronische moeheid
2. problemen van ex-psihiatrische patiënten, wanen, verslaving
3. opvoedingsproblemen, suïcide, (relatieproblemen)

- d. somatisch sociale problemen
- e. psihiatrische problemen
- b. relatie- en levensproblemen

Taak van de RIAGG

1. straatvrees, hyperventilatie, spanningsklachten, problemen op het werk, chronische moeheid
2. opvoedings- en relatieproblemen
3. suïcide, wanen

- d. somatisch-sociale problemen
- b. relatie- en levensproblemen
- e. psihiatrische problemen.

Wat betekent dit schema nu voor de manier waarop problemen onderscheiden worden? Met enige voorzichtigheid kunnen we uit dit schema afleiden dat de opvattingen van de RIAGG over de taken van het AMW en van de RIAGG zelf op dezelfde criteria gebaseerd zijn. Die oordelen lijken niet gebaseerd op de aard of manifestatie van problemen, evenmin als de opvatting van de RIAGG over de taak van de huisarts, hoewel in dat geval andere criteria opdoemen. Het impliciete referentiekader dat de RIAGG hanteert bij de afbakening van taken is dus minder sterk dan verwacht gebaseerd op aard en manifestatie van problemen. De vijf clusters lijken eerder te wijzen in de richting van het criterium 'behandelbaarheid' van problemen. Dat wil zeggen: in de beoordeling van taken speelt vooral het geïndiceerde type interventie een rol. Zo vereist criterium a. (medische, manifeste problemen) een duidelijk optreden (er moet 'iets gedaan worden'). Criterium b. daarentegen bundelt juist een aantal 'levensproblemen' waarvan onduidelijk is of ze in de categorie 'ziek' of 'gezond' vallen. Deze problemen zijn 'normaal' in die zin dat ze frequent voorkomen, maar wel moet in het oog gehouden worden dat ze op een gegeven moment een bepaalde grens overschrijden. Criterium c. omvat sluimerende symptomen die in sterke mate somatisch gekleurd zijn. Willen deze (be)handelbaar zijn, dan vereisen ze een directief optreden. Criterium d. is vergelijkbaar met c., maar heeft een sterker sociaal aspect. Het zijn problemen die begeleiding vergen, maar met de mogelijkheid van een directief optreden moet rekening worden gehouden. Als laatste criterium zien we e., de zware psychiatrische problemen, waarvoor kennis van psychopathologie vereist is.

RIAGG-medewerkers stellen blijkbaar voor zichzelf niet eerst de vraag 'is een probleem zwaar of licht' of 'is het acuut of chronisch', en ze stellen ook niet de vraag voorop wie wat

hoort te doen. Eerst lijken ze de vraag te stellen 'wat voor soort interventie is er nodig' en op grond daarvan maken ze een afweging wat er moet gebeuren.

Vatten we na deze exercitie het beeld van de GGZ over de eerstelijns nog eens samen. In het algemeen gesproken blijkt het oordeel van de GGZ over de eerstelijns gedifferentieerd: men heeft waardering voor hun werk, maar zet vraagtekens bij hun GGZ-'Fähigkeit'. In het oordeel van de GGZ over de competentie van huisarts en AMW, lijkt een tendens aanwezig dat naarmate men verder van de eerstelijns afstaat, men een positiever oordeel over de huisarts heeft en een negatiever over het AMW. Het oordeel van de GGZ over de eerstelijns is redelijk positief wat betreft de kwaliteiten van de eerstelijns als 'organisatorisch-formele' partner, tamelijk negatief wat betreft de inhoudelijke kwaliteiten voorzover vereist in contact met de GGZ, maar weer positief voorzover het inhoudelijke kwaliteiten op 'psychosociaal eerstelijnsgebied' betreft.

Het is de vraag of deze oordelen over de eerstelijns samenhang vertonen met hulpverlenerskenmerken als functie, discipline of afdeling (paviljoen). Dat blijkt opvallend genoeg nauwelijks het geval: achtergrondkenmerken staan los van oordelen en van feitelijke contacten (meer hierover in hoofdstuk 6). Slechts op enkele punten is samenhang: RIAGG- en polikliniekmedewerkers vinden huisartsen competenter op psychosociaal vlak naarmate men hen een bredere taak toebedeelt⁷⁸. En RIAGG-medewerkers vinden huisartsen competenter naarmate men hen geïnteresseerder in de RIAGG-behandeling vindt⁷⁹. RIAGG-medewerkers met een brede taakopvatting vinden vaker dat het AMW rechtstreeks naar de RIAGG zou moeten kunnen verwijzen⁸⁰. Bij vrijgevestigden is het oordeel over de kwaliteit van de verwijzingen door

huisartsen gunstiger naar mate de huisarts meer naar hen verwijst⁸¹. Een positief oordeel lijkt op basis van deze – fragmentarische – samenhangen vooral gebaseerd op bekendheid en vertrouwdheid met elkaars werk. Opvallender dan deze beperkte (en voorspelbare) verbanden is echter het ontbreken van andere mogelijke verbanden. Als wat men zelf doet, en wat men meent dat de eerstelijn kan en moet doen, nauwelijks samenhangen, zou men voorzichtig kunnen concluderen dat noch een positief noch een negatief oordeel invloed heeft op het daadwerkelijk hebben van contacten, en veeleer een rethorische weergave is van ofwel waardering ofwel animositeit.

5.2 De visie van de eerstelijn op de GGZ

Zowel in de gesprekken met de directies van de AMW-instellingen als in de enquêtes onder huisartsen en maatschappelijk werkers is het oordeel over de geestelijke gezondheidszorg aan de orde gesteld: welk beeld heeft men van de structuur en de organisatie van de GGZ? Hoe beoordeelt men het functioneren van de afzonderlijke instellingen? Welke taken worden de ander toegekend?

Het globale oordeel over de GGZ

In tabel 5.3 staan de antwoorden van huisartsen en maatschappelijk werkers op een aantal globale vragen over de GGZ en over de eigen mogelijkheden om hulp te verlenen bij psychosociale problematiek.

Tabel 5.3 Oordeel van huisartsen en maatschappelijk werkers over een aantal aspecten van de hulpverlening door de GGZ en eerstelijns (in percentages; n=205, resp. 75)

		eens	deels eens/ oneens	oneens	
1	Sinds de vorming van de RIAGG vind je als huisarts/maatschappelijk werker makkelijker je weg in de geestelijke gezondheidszorg	huisarts	32	30	38
		AMW	9	40	51
2	Het maatschappelijk werk moet zich vooral met de materiële problemen van cliënten bezighouden	huisarts	13	25	61
		AMW	-	11	89
3	Ik voel me voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen	huisarts	51	41	9
		AMW	91	9	-
4	Hulpverlening door RIAGG en poliklinieken is duidelijk van elkaar verschillend	huisarts	58	21	21
5	Veel patiënten die nu bij een RIAGG worden geholpen kunnen evengoed bij het AMW terecht	huisarts	27	34	38
		AMW	37	46	18
6	Het AMW zou, net als de huisarts, rechtstreeks naar de RIAGG moeten kunnen verwijzen	AMW	99	-	1

		eens	deels eens/ oneens	oneens	
7	Hulpverlening door een RIAGG is beter dan hulpverlening door vrijgevestigden	huisarts	14	22	65
8	Praktische overwegingen, zoals tijdgebrek, maken het de huisarts onmogelijk meer dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen	huisarts	56	21	24
9	De RIAGG is niet toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek	huisarts	41	24	36
		AMW	10	41	49
10	Ik vind de meeste huisartsen niet competent genoeg om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen	AMW	47	43	11

We bespreken eerst de antwoorden van de huisartsen. Van de respondenten voelt de helft zich voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen; ongeveer één op de tien artsen heeft daar zijn twijfels over. Een ruime meerderheid van de artsen (56%) zit echter op de grens van de mogelijkheden: zij menen dat praktische overwegingen het onmogelijk maken om méér dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen.

Het maatschappelijk werk heeft, volgens een meerderheid van de artsen, een duidelijke taak op dit gebied: slechts 13% van de respondenten vindt dat het AMW zich zou moeten beperken tot hulpverlening bij materiële problematiek. Dat betekent niet dat het AMW volgens de meeste huisartsen méér aan psychosociale hulpverlening zou moeten doen. De ant-

woorden op de vraag of 'veel' cliënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht zouden kunnen, lopen sterk uiteen: 27% vindt van wel, 38% vindt van niet en 34% heeft geen duidelijk oordeel.

Het functioneren van de RIAGG roept bij de artsen vragen op. Een derde van de respondenten vindt dat de vorming van de RIAGG het hun makkelijker heeft gemaakt de weg in de GGZ te vinden. Het feit echter dat bijna 40% het niet met die stelling eens is, betekent dat een belangrijk doel van de RIAGG-vorming – het overzichtelijker maken van de GGZ – althans ten aanzien van de huisartsen (nog) niet is bereikt. Reserve ten aanzien van de RIAGG blijkt ook op een ander punt: 65% van de respondenten is het niet eens met de stelling dat hulpverlening door de RIAGG beter zou zijn dan die door vrijgevestigden (slechts 14% vindt van wel). Overigens onderhouden de artsen in de drie regio's – zoals we nog zullen zien – in vergelijking tot de artsen in de landelijke steekproef maar weinig daadwerkelijk contact met vrijgevestigde hulpverleners.

De meningen hangen op deze punten met elkaar samen: artsen die vinden dat de RIAGG de GGZ inzichtelijker heeft gemaakt vinden ook vaker dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan die door vrijgevestigden ($r=.40$, $p < .05$).

De grens tussen het werk van de RIAGG en dat van de poliklinieken is voor de meeste artsen goed te trekken: 58% vindt de hulpverlening van beide instellingen 'duidelijk verschillend', 21% vindt van niet. Over de – verwante – vraag of de RIAGG is toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek zijn de meningen méér verdeeld: 36% vindt van wel, 41% vindt van niet en 24% heeft geen duidelijke mening.

Vergelijking van deze cijfers met die uit de landelijke steekproef laat nauwelijks verschillen zien. Alleen zien minder

van deze laatste huisartsen (22%) mogelijkheden voor substitutie van (een deel van de) zorg van RIAGG naar AMW.

In vergelijking tot de huisartsen hebben méér *maatschappelijk werkers* vertrouwen in de eigen competentie op het gebied van de psychosociale hulpverlening; een overgrote meerderheid van de respondenten (89%) vindt (dan ook) niet dat het takenpakket van het maatschappelijk werk tot materiële problematiek beperkt moet zijn.

In de competentie van huisartsen hebben maatschappelijk werkers duidelijk minder vertrouwen: bijna de helft van de respondenten vindt de meeste artsen niet competent genoeg om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen, 11% heeft daar geen problemen mee.

Slechts een zeer geringe minderheid van de maatschappelijk werkers (9%) vindt dat met de RIAGG's de geestelijke gezondheidszorg overzichtelijker is gemaakt (51% is het daar niet mee eens). Een aanzienlijk deel van de respondenten (37%) vindt dat 'veel' cliënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht zouden kunnen; bijna de helft van de respondenten meent dat de RIAGG is toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek.

Uit beide cijfers kan de conclusie worden getrokken dat maatschappelijk werkers, méér dan huisartsen, een tweedeling hanteren: 'lichte' problemen voor het AMW, 'zware' problemen voor de RIAGG. Vrijwel zonder uitzondering zijn de respondenten van mening dat rechtstreekse verwijzing van cliënten van AMW naar RIAGG mogelijk moet zijn.

Het oordeel over de instellingen afzonderlijk

Behalve naar hun oordeel over de GGZ in zijn algemeenheid is de respondenten ook gevraagd hoe zij denken over verschillende aspecten van de hulpverlening van verschillende voorzieningen afzonderlijk. Daarbij zijn aan huisartsen en maatschappelijk werkers ook oordelen over elkaar gevraagd. Hoewel de relatie tussen de disciplines in de eerstelijns strikt genomen buiten het onderzoek valt, zijn deze vragen opgenomen omdat de aard van die relatie van invloed zou kunnen zijn op de aard en de intensiteit van de relatie tussen eerstelijns en GGZ.

De mening van de huisartsen over het functioneren van AMW, RIAGG, vrijevestigde psychologen en psychiaters en poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen is gepeild door het voorleggen van een aantal stellingen⁸².

In tabel 5.4 staan de percentages artsen die telkens aangaven het '(helemaal) eens' dan wel '(helemaal) oneens' te zijn met deze stellingen. De vragen werden, door de opzet van de enquête, alleen beantwoord door die artsen die in 1985 daadwerkelijk contact met de verschillende instellingen hebben gehad.

Uit tabel 5.4 blijkt dat het algemeen maatschappelijk werk vooral positief wordt beoordeeld in de korte wachttijden en in het feit dat verbale begaafdheid van de patiënten niet per se een voorwaarde is voor behandeling. Ongeveer tweederde van de artsen is te spreken over de adequaatheid van de behandeling en de mate waarin het oordeel van de huisarts wordt 'meegenomen'.

Uit de opmerkingen die bij de enquête worden gemaakt, komt een reserve naar voren: artsen hebben nogal eens twijfels

Tabel 5.4 Oordeel van huisartsen over een aantal aspecten van de hulpverlening door AMW en (extramurale) geestelijke gezondheidszorg, in percentages

Onderwerp	Instelling:				
	AMW	RIAGG	psy- cho- loog	psy- chi- ater	polikli- niek
	n= 178	197	46	63	157
wachttijd is lang					
- eens	2	39	13	27	26
- oneens	89	33	77	54	43
patiënten zijn moeilijk te motiveren					
- eens	14	26	13	28	26
- oneens	45	37	49	51	36
verbale begaafdheid is noodzakelijk					
- eens	10	25	45	37	21
- oneens	75	47	32	35	54
behandeling is adequaat					
- eens	60	38	79	64	56
- oneens	12	13	4	9	8
inbreng huisarts wordt gehonoreerd					
- eens	62	30	70	55	41
- oneens	19	39	11	23	31
organisatiestructuur is inzichtelijk					
- eens	55	25	-	-	57
- oneens	26	57	-	-	22
kosten zijn een belemmering					
- eens	-	-	74	21	-
- oneens	-	-	17	71	-

of het AMW met de beperkte menskracht wel in staat is alle taken te vervullen. Zo schrijft een arts uit de plattelandsregio: "De instelling is te klein om het uitgebreide hulpaanbod aan te kunnen (...) Praktische hulpverlening bij geld- en huisvestingsproblemen is daarom het belangrijkste verwijscriterium.

Indien de instelling zo groot zou zijn als zou behoren in deze stad zou ze ook een belangrijker plaats kunnen krijgen." Ook de wisseling van personen in het AMW wordt door sommige huisartsen als een probleem gezien. (In grote lijnen stemmen deze resultaten overeen met die van de landelijke huisartsenenquête.)

Gunstig beoordeeld wordt ook de vrijgevestigd psycholoog: vooral de korte wachttijd, de manier waarop de huisarts bij de behandeling wordt betrokken en de adequaatheid van de behandeling zijn in de ogen van veel huisartsen sterke punten. Opvallend is dat volgens 45% van de (46) artsen met contact met psychologen patiënten wel verbaal begaafd moeten zijn om voor behandeling bij de psycholoog in aanmerking te komen. De kosten vormen voor een grote meerderheid (ook) een belangrijke belemmering om méér naar psychologen te verwijzen. "De samenwerking met vrijgevestigde psychologen is een intens zinvol gebeuren", voegt een arts daar aan toe, "dat door hoge (kunstmatige) financiële drempels wordt belemmerd in zijn ontwikkeling".

Overigens is het aantal huisartsen dat contact onderhoudt met vrijgevestigde psychologen, kleiner dan in de landelijke steekproef (zie ook hfdst. 6). Deze laatste artsen stellen in mindere mate verbale begaafdheid als voorwaarde en oordelen gunstiger over de mate waarin de inbreng van de huisarts wordt gehonoreerd.

Minder gunstig is, zo blijkt uit tabel 5.4, het oordeel over de RIAGG. Veel huisartsen (39%) noemen een lange wachttijd en méér dan de helft van de respondenten vindt de organisatie van de RIAGG weinig inzichtelijk. Ongeveer 40% vindt daarnaast dat de instelling weinig gebruik maakt van de inbreng van de huisarts, een percentage dat hoger ligt dan bij de an-

dere instellingen. (In de landelijke enquête oordelen méér artsen (47%) ongunstig over de wachttijd.)

Het oordeel over de laatste twee in de tabel genoemde instellingen – vrijgevestigde psychiaters en poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen – ligt tussen dat over psychologen en RIAGG in. Onderling zijn er weinig verschillen: verbale begaafdheid is volgens méér artsen noodzakelijk bij de psychiater, die ook de inbreng van de huisartsen voldoende honoreert – een beeld dat artsen ook van de vrijgevestigde psycholoog hebben. (Vergeleken met de landelijke steekproef noemen méér respondenten de wachttijd bij de psychiater 'lang' en verbale begaafdheid een voorwaarde voor de behandeling.)

De antwoorden van de huisartsen op de vragen over het algemeen maatschappelijk werk, de RIAGG en de poliklinieken kunnen telkens bij elkaar worden opgeteld, waardoor het oordeel over die instellingen in één maat kan worden vastgelegd, met 1 als laagste waarde (voor een negatief oordeel) en 5 als hoogste (voor een positief oordeel)⁸³. Het gunstigst beoordeeld wordt het algemeen maatschappelijk werk ($\bar{x}=3.46$, $sd=.67$), het minst gunstig de RIAGG ($\bar{x}=2.92$, $sd=.63$); het oordeel over de poliklinieken ligt daar tussenin ($\bar{x}=3.26$, $sd=.63$).

Huisartsen in de grootstedelijke regio oordelen minder gunstig over de RIAGG ($\bar{x}=2.80$) dan artsen elders ($F = 3.4$, $p<.05$). Een grote groep respondenten in deze regio (56%) memoreert lange wachttijden: "Na een eerste kennismaking volgt verwijzing naar een afdeling waar opnieuw wordt nagegaan wie de hulp moet verlenen. Meestal zijn dan al maanden voorbijgegaan voor er hulpverlening plaatsvindt". In de plattelandsregio

valt het oordeel over de poliklinieken gunstiger uit dan elders ($x=3.50$) ($F = 10.4, p<.05$).

In gezondheidscentra wordt positiever over het AMW geoordeeld dan elders ($F = 4.6, p<.05$); vooral zijn méér van deze artsen te spreken over de mate waarin hun inbreng door het maatschappelijk werk wordt gehonoreerd. Artsen die niet in home-teams of gezondheidscentra werken oordelen iets gunstiger over de RIAGG dan anderen ($F = 3.3, p<.05$).

Bekendheid met de RIAGG lijkt het oordeel te beïnvloeden: artsen die aangeven hulpverleners daar persoonlijk te kennen (78% van de artsen), vinden in vergelijking met de anderen de hulpverlening meer adequaat en de organisatiestructuur meer inzichtelijk en menen dat de inbreng van de huisarts beter wordt gehonoreerd ($F = 5.1, 4.4, \text{ resp. } 4.6, p<.05$)⁸⁴.

Persoons- en praktijkkenmerken als taakopvatting en praktijkgrootte hangen niet of nauwelijks samen met het oordeel over AMW, RIAGG en poliklinieken. Alleen oordelen artsen die véél psychosociale problematiek waarnemen iets ongunstiger over de RIAGG ($r=-.15, p<.05$). Artsen die gunstig oordelen over de RIAGG tenslotte, staan ook iets positiever tegenover poliklinieken ($r=.20, p<.05$).

Maatschappelijk werkers is gevraagd naar het oordeel over zowel de RIAGG als de huisarts. Omdat verwacht kon worden dat slechts weinig maatschappelijk werkers contact zouden onderhouden met andere instellingen in de GGZ, zijn in de enquête geen vragen opgenomen over hun oordeel daarover.

Het oordeel van maatschappelijk werkers over de huisarts⁸⁶, zoals dat is weergegeven in de eerste vier stellingen in tabel 5.5, is positief noch negatief. Eén mening springt er uit: een verwijzing naar het AMW wordt zelden overbodig geacht: 40%

Tabel 5.5 Oordeel van maatschappelijk werkers over een aantal aspecten van de hulpverlening door huisartsen en RIAGG, in percentages (n=ca. 73)

over huisartsen	eens	oneens
1 De meeste huisartsen zijn geïnteresseerd in het verloop van de hulpverlening aan hun patiënten bij het AMW	48	14
2 Het komt vaak voor dat huisartsen cliënten naar het AMW verwijzen als dat eigenlijk niet nodig is	4	78
3 De meeste huisartsen zijn voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van het AMW	27	42
4 Cliënten worden doorgaans te laat door hun huisarts naar het AMW verwezen	40	27
over de RIAGG 85		
1 Wachttime is lang	47	12
2 Patiënten zijn moeilijk te motiveren	31	20
3 Verbale begaafdheid is noodzakelijk	58	13
4 Behandeling is doorgaans adequaat	26	14
5 Inbreng AMW wordt gehonoreerd	15	44
6 Organisatiestructuur is inzichtelijk	14	73

van de respondenten meent zelfs dat huisartsen doorgaans te laat verwijzen. Bijna de helft van de maatschappelijk werkers vindt huisartsen geïnteresseerd in de hulpverlening die het AMW biedt; over de kennis van de huisartsen van de mogelijkheden laat men zich ongunstiger uit (27% vindt die voldoende). Dat laatste punt komt ook in het commentaar bij de enquête tot uitdrukking: "Bij huisartsen bestaat er regelmatig onduidelijkheid over het AMW (desinteresse?). Vaak hebben zij het beeld dat het AMW er alleen is voor materiële problemen. Dat beeld klopt niet!" Maatschappelijk werkers die menen dat huisartsen wel op de hoogte zijn, menen doorgaans ook dat te late verwijzingen niet vaak voorkomen ($r=.60$, $p<.05$).

Wat betreft de RIAGG blijkt uit tabel 5.5 dat bijna de helft van de respondenten de wachttijd lang vindt; méér dan de helft meent dat hulpverlening niet geschikt is voor verbaal minder begaafde patiënten en 15% van de respondenten heeft de indruk dat van hun eigen inbreng voldoende gebruik wordt gemaakt. Vooral in beide laatste punten oordelen de maatschappelijk werkers veel minder positief over de RIAGG dan de huisartsen (vgl. tabel 5.4).

Net als de huisartsen oordelen ook maatschappelijk werkers in de stadsregio het minst positief over de RIAGG: in vergelijking met anderen memoreren zij vaker een lange wachttijd ($F = 2.8$, $p < .10$), een weinig adequate behandeling ($F = 2.5$, $p < .10$), een geringe inbreng ($F = 2.5$, $p < .10$) en vooral een onoverzichtelijke organisatiestructuur ($F = 7.0$, $p < .05$). Hun collega's in het verstedelijkt gebied zijn globaal het meest positief over de RIAGG: zij vermelden minder vaak een lange wachttijd, menen dat de hulpverlening ook voor niet verbaal begaafde cliënten geschikt is ($F = 4.4$, $p < .05$), vinden de hulp vaker adequaat en zijn positiever over hun inbreng in de RIAGG-behandeling. Dat is opvallend, omdat, zoals bleek in hoofdstuk 4, juist in deze regio de RIAGG door de directies van de AMW-instellingen als 'gesloten' wordt gezien, er geen structurele samenwerking is en behoefte bestaat aan méér informatie over het werk van de RIAGG. Kennelijk zijn de criteria op grond waarvan directie en hulpverleners tot hun oordeel komen, niet dezelfde.

Voor maatschappelijk werkers in de plattelandsregio ten slotte, is de organisatiestructuur het duidelijkst ($F = 7.0$, $p < .05$). Zij zijn ook, méér dan anderen, van mening dat de komst van de RIAGG de GGZ overzichtelijker heeft gemaakt.

Tussen maatschappelijk werkers in de verschillende samenwerkingsvormen bestaat geen verschil in hun oordeel over de

RIAGG. Evenmin zijn taakopvatting, case-load en het aantal psychosociale problemen waarmee men wordt geconfronteerd, in dit opzicht van belang.

Taakopvatting

Geeft het voorgaande enig inzicht in het oordeel van de hulpverleners in de eerstelijns over de GGZ-instellingen (en over elkaar), wat ontbreekt is de aard van de problematiek, of meer exact: het beeld dat men heeft van de soort problemen die door de eigen discipline of door de andere behandeld kunnen worden. In deze paragraaf vergelijken we de opvatting van maatschappelijk werkers over hun eigen taak met die over de taak van de RIAGG. Wat betreft de huisartsen komt in hoofdstuk 6 van dit rapport de vraag aan de orde met welke problematiek zij patiënten naar de RIAGG (en andere GGZ-instellingen) verwijzen.

In hoofdstuk 4 zagen we al dat, voorzover er sprake is van geformaliseerd overleg tussen AMW en RIAGG (in één van de drie regio's), 'taakafbakening' een belangrijk thema is. Ook uit de reacties van maatschappelijk werkers op de enquêtevragen komt 'overleg over taakafbakening' naar voren als één van de gewenste veranderingen in de samenwerking. De huisarts speelt daarbij een rol: "De taakafbakening zou duidelijker moeten zijn, ook naar buiten toe. Een gezamenlijk optreden van RIAGG en AMW naar huisartsen toe zou een goede zaak zijn".

In tabel 5.6 staan de cijfers over de opvattingen van maatschappelijk werkers over hun eigen taak en over die van de RIAGG. De tabel geeft een gedeelte weer van de antwoorden

Tabel 5.6 Hulpverlening bij psychosociale problematiek; opvattingen van maatschappelijk werkers over de taak van zichzelf en van de RIAGG (n=ca. 76)

Activiteit	Behoort tot de taak van						
	AMW			RIAGG			
	ja	enigs- zins	nee	ja	enigs- zins	nee	
1	adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	75	22	3	75	20	5
2	begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	26	50	23	84	13	3
3	bespreken van relatie problemen echtpaar	93	4	3	75	19	6
4	hulp bieden bij suicidale neigingen	45	41	14	98	3	-
5	behandeling van lichte vorm van straatvrees	82	16	3	58	20	21
6	bespreking van langdurige problemen op het werk	96	4	-	27	36	38
7	ontspanningstherapie bij spanningsklachten	41	36	23	68	18	14
8	hulp bieden bij hyperventilatie	63	26	11	71	24	6
9	hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	59	35	5	76	20	4
10	hulp bieden bij verslavingsproblematiek	20	34	46	48	22	29
11	behandelen van wanen	4	13	83	98	-	1
12	behandelen van chronische moeheid	58	27	14	58	26	16

op de vraag in hoeverre de verschillende genoemde activiteiten behoren tot de taak van achtereenvolgens de huisarts, het AMW, de RIAGG of – eventueel – een andere instelling. Bij het interpreteren van de cijfers moet de mogelijkheid onder ogen worden gezien, dat die vraagstelling de antwoorden heeft beïnvloed. Van een negatief verband (wat als een taak wordt gezien voor de één geldt niet als taak van de ander) is echter geen sprake, integendeel: de scores op de lijsten correleren positief met elkaar ($r=.30$, $p<.05$).

Een vergelijking van de twee kolommen in de tabel laat zien dat, volgens de maatschappelijk werkers, drie activiteiten zonder meer bij de RIAGG thuis horen: het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, het bieden van hulp bij suïcidale neigingen en het behandelen van wanen. Ten aanzien van ontspanningstherapie bij spanningsklachten, hulp bieden bij seksuele problemen en bij verslavingsproblemen slaat de balans ook, maar in mindere mate, naar de RIAGG door. Dat de RIAGG hier een minder exclusieve rol speelt, komt doordat ook andere instellingen worden genoemd: 16% van de respondenten vindt de genoemde spanningsklachten bij de fysiotherapeut thuishoren; met betrekking tot de hulpverlening bij seksuele problemen wijst 24% op de NVSH of het Rutgershuis en bij verslavingsproblematiek 60% op het CAD.

Hulp bij relatieproblemen en behandeling van een lichte vorm van straatvrees zijn – zoals ook bleek in de vergelijking met de huisartsen – activiteiten die maatschappelijk werkers wat méér tot de eigen taak rekenen. Op drie terreinen, ten slotte, kennen zij aan zichzelf een ongeveer even grote taak toe als aan de RIAGG: het adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden, hulp bieden bij hyperventilatie en het behandelen van chronische moeheid.

5.3 *Samenvatting en conclusie*

In dit hoofdstuk is beschreven hoe hulpverleners in eerstelijns en GGZ elkaar zien en welke opvattingen zij hebben over hun eigen taak en die van het andere echelon.

Leggen we de opvattingen over de competentie van huisartsen op het gebied van de hulpverlening bij psychosociale problematiek naast elkaar, dan blijken zij zelf daarvan méér overtuigd dan maatschappelijk werkers en hulpverleners in de GGZ. Anderzijds stellen de huisartsen in meerderheid (56%) dat praktische overwegingen het hun onmogelijk maken méér dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen, terwijl de GGZ – met uitzondering van hulpverleners in de poliklinieken – veel minder geneigd zijn dat te denken. Huisartsen zeggen, met andere woorden, de hulpverlening wel te kunnen doen, maar er de tijd niet voor hebben, terwijl GGZ-hulpverleners het probleem niet zozeer in een gebrek aan tijd zien, maar eerder in een gebrek aan capaciteiten. Waarbij overigens wel aangetekend moet worden dat de meerderheid van de GGZ-hulpverleners – met uitzondering van de vrijgevestigden – het behandelen van psychosociale problematiek wel een wezenlijk onderdeel vindt van het werk van de huisarts. Dat vrijgevestigden hierover aarzelen is opvallend: juist over het contact met vrijgevestigde psychologen spreken de huisartsen zich immers positief uit.

Wat betreft het algemeen maatschappelijk werk zijn het vooral maatschappelijk werkers zelf die zich in de hulpverlening niet tot materiële problematiek willen beperken; bijna de helft van de vrijgevestigden en polikliniek-medewerkers vindt dat het maatschappelijk werk zich vooral met dat aspect zou moeten bezighouden. Ruim een derde van de maatschappelijk werkers (37%) is van mening dat veel cliënten van de

RIAGG net zo goed bij het AMW terecht zouden kunnen. Onder de GGZ-hulpverleners zijn die percentages wat lager: zo is bijna 20% van de RIAGG-medewerkers dezelfde mening toegedaan. Vrijgevestigden zijn ook nu het meest gereserveerd. Eens is iedereen het tenslotte over de wenselijkheid rechtstreekse verwijzing door het AMW naar de RIAGG ook formeel mogelijk te maken.

Samenvattend wil het AMW zelf in belangrijke mate psychosociale hulp (blijven) verlenen, daarin 'op afstand' gesteund door de huisartsen. Hulpverleners in de GGZ hebben wat twijfels over de mogelijkheden van maatschappelijk werkers als behandelaar, oordelen daarentegen gunstig over hun rol als verwijzer.

Probleemloos verloopt het verwijsverkeer van eerstelijns naar GGZ - en ook dat van huisarts naar maatschappelijk werker - overigens niet. Hulpverleners in de GGZ vinden zowel huisartsen als maatschappelijk werkers weliswaar geïnteresseerd in de behandeling van hun patiënten, maar onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de GGZ; verwijzingen zijn zelden overbodig, maar dikwijls aan de late kant. Maatschappelijk werkers reageren identiek als gevraagd wordt naar het functioneren van de huisarts in dat opzicht. Leer onze mogelijkheden beter kennen en verwijs patiënten (daardoor) in een vroeger stadium (met meer kans op succes), zo luidt de boodschap.

In het oordeel van huisartsen over de verschillende voorzieningen in de GGZ steekt dat over de vrijgevestigde psychologen positief af. Wel lijken huisartsen die contacten hebben met psychologen (en dat is ongeveer een kwart) daarheen vooral de verbaal beter begaafde en makkelijker te motiveren patiënten te verwijzen. De kritiek op de RIAGG, die een ver-

houdingsgewijs veel breder takenpakket krijgt toebedeeld, is onder de huisartsen vrij sterk. Een grote groep noemt lange wachttijden en een weinig inzichtelijke organisatiestructuur. Maatschappelijk werkers zijn, meer nog dan huisartsen, van mening dat RIAGG-medewerkers weinig gebruik maken van hun inbreng.

Een vergelijking van de taakopvattingen van hulpverleners en eerstelijns en GGZ laat een ingewikkeld patroon zien. Indien we nagaan welke van de twaalf activiteiten door de verschillende voorzieningen bij uitstek tot hun taak worden gerekend - dat wil zeggen door méér dan 70% van de respondenten worden 'geclaimed' - dan is de taakopvatting van de RIAGG het breedst. RIAGG-respondenten rekenen zeven activiteiten in ruime mate tot hun taak, vrijgevestigde psychologen en psychiaters zes, maatschappelijk werkers vier, hulpverleners in poliklinieken drie en huisartsen en hulpverleners in de intramurale sector twee. Tussen eerstelijns en GGZ doet zich een duidelijke overlap in taken voor. (Dat geldt ook voor de GGZ-instellingen onderling, maar die laten we hier buiten beschouwing). Zowel AMW als RIAGG zeggen een taak te hebben in de behandeling van ondermeer relatieproblemen en opvoedingsproblemen, AMW en vrijgevestigde hulpverleners 'betwisten' elkaar de behandeling van een lichte vorm van straatvrees en huisartsen en vrijgevestigde hulpverleners willen beiden betrokken zijn bij de behandeling van hyperventilatie en van chronische moeheid. Tussen huisartsen en RIAGG doen zich, althans zo geformuleerd, geen taakafbakeningsproblemen voor. Leggen we de grenzen wat minder scherp (bijvoorbeeld, niet 70% maar 40% moet het een taak vinden) dan blijkt er een grote mate van overlap in de extramurale GGZ, maar ook tussen GGZ en AMW en, in mindere mate, tussen GGZ en

huisarts. Slechts over één onderwerp zijn alle partijen het eens: het bespreken van problemen op het werk hoort volgens de overgrote meerderheid van de respondenten bij het AMW thuis.

Hoewel dat in de praktijk lang niet altijd het geval hoeft te zijn – het ene relatieprobleem is het andere niet – zullen zich tussen huisartsen en maatschappelijk werkers enerzijds en RIAGG en vrijgevestigden anderzijds vooral taakafbakingsproblemen voordoen rond de behandeling van relatieproblemen, fobieën en psychosomatische problemen.

Een taakverdeling tussen alle hulpverleners als het gaat om de behandeling van psychosociale problematiek, zal niet eenvoudig te realiseren zijn: daarvoor is de overloop te groot. Bovendien zijn er duidelijk aanwijzingen dat criteria als 'licht' en 'zwaar' of 'acut' en 'chronisch' bij een afbakening hooguit van ondergeschikt belang kunnen zijn. Hulpverleners lijken hun beslissingen eerder te baseren op een oordeel over de soort behandeling die aangewezen is, en ze maken daarbij geen directe koppeling tussen het soort behandeling en de aangewezen setting.

6 SAMENWERKING IN DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk worden de contacten tussen eerstelijns en GGZ besproken die direct betrekking hebben op hulpverlening aan patiënten* of die daartoe te herleiden zijn (zoals preventie of dienstverlening). Het gaat dus om contacten op operationeel niveau, in tegenstelling tot de voorwaardescheppende activiteiten, afspraken en beeldvorming die in de vorige hoofdstukken centraal stonden.

Eerst wordt voor GGZ en eerstelijns afzonderlijk de frequentie en intensiteit van samenwerking besproken. Daarna wordt ingegaan op de inhoud ervan.

6.1 *De intensiteit van contacten tussen GGZ en eerstelijns*

6.1.1 *De visie van de GGZ*

Om na te gaan wat de frequentie en intensiteit van de patiëntgebonden contacten is, werd individuele GGZ-respondenten gevraagd met hoeveel huisartsen en algemeen maatschappelijk werkers men 'werkcontacten' had. Onder 'werkcontacten' werden contacten in de breedste zin van het woord verstaan, zonder nadere eisen aan frequentie, formalisering of inhoud. Zo konden bijvoorbeeld hulpverleners in de GGZ ook een verwijzing als een werkcontact definiëren.

In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de percentages GGZ-medewerkers die contacten hebben met huisartsen en

* Waar "patiënten" staat kan desgewenst "cliënten" gelezen worden.

maatschappelijk werkers en van de aantallen huisartsen en maatschappelijk werkers met wie dat contact bestaat. Aard en frequentie zijn in deze tabel nog niet verdisconteerd.

\bar{x} = gemiddeld aantal huisartsen met wie een GGZ-hulpverlener contact heeft (berekend over degenen die contacten hebben).

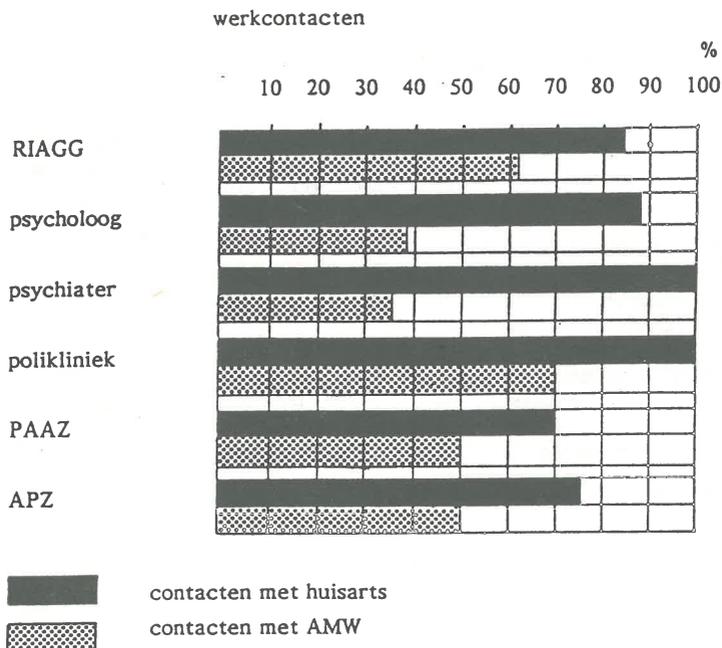
(Geldend voor de figuren 6.1, 6.2 en 6.3)

	Contacten		Frequente contacten		Contacten volgens afspraak	
	HA	MW	HA	MW	HA	MW
RIAGG-medewerkers	16	5	6	2	5	3
Psychologen	8	2	4	2	4	1
Psychiaters	9	2	6	0	6	0
Polikliniek-medewerkers	25	5	4	2	6	2
PAAZ-medewerkers	22	5	18	4	5	3
APZ-medewerkers	13	5	3	2	5	1

HA = huisarts

MW = maatschappelijk werker

Figuur 6.1 Percentages GGZ-hulpverleners die contacten onderhouden met huisartsen en AMW, en het gemiddelde bereik per GGZ-hulpverlener (berekend over degenen die contacten hebben, zowel percentages als absolute getallen zijn afgerond)



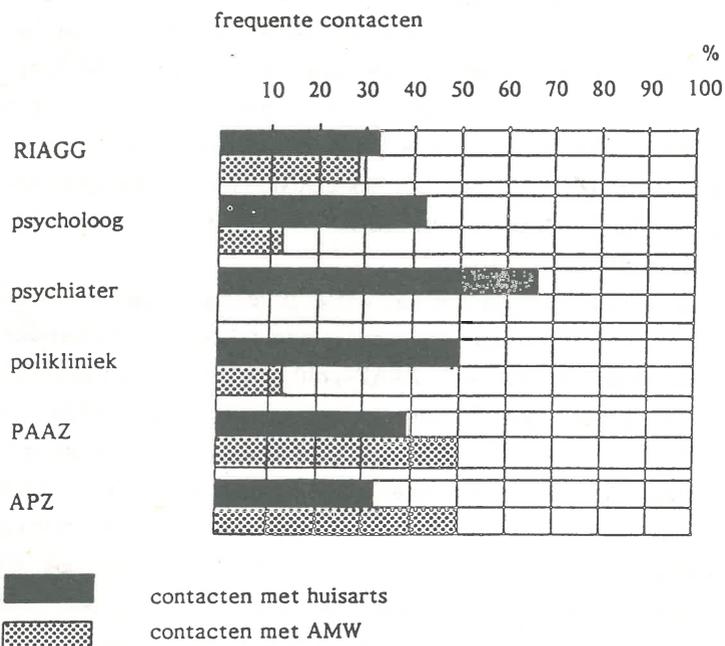
Uit figuur 6.1 blijkt dat minstens driekwart van alle GGZ-respondenten werkcontacten onderhoudt met huisartsen. Vooral polikliniekmedewerkers hebben een groot bereik⁸⁷. Contact met algemeen maatschappelijk werkenden komt minder voor en met name vrijgevestigden hebben een klein bereik⁸⁸. De gemiddelde GGZ-hulpverlener heeft zeven telefoontjes per

maand met huisartsen en drie met het AMW en besteedt zo'n twee uur per maand aan overleg met huisartsen en één uur aan overleg met het AMW⁸⁹.

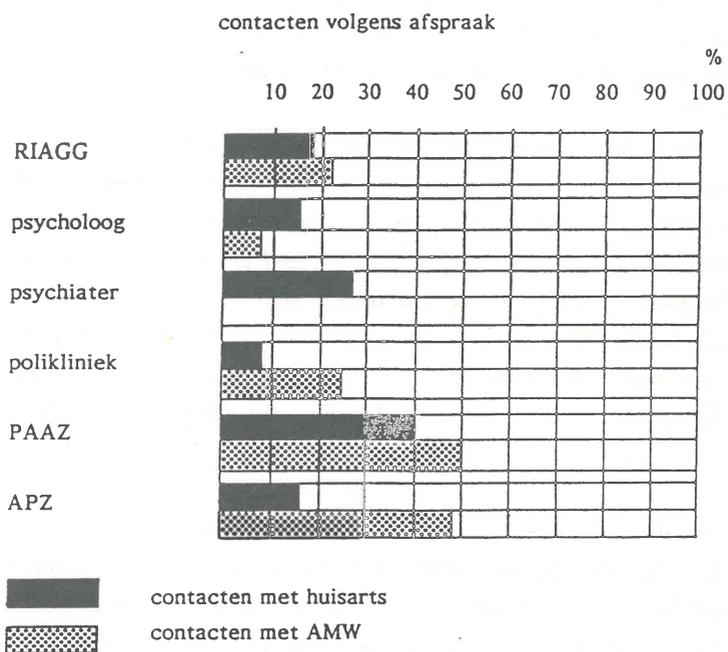
In de RIAGG zijn het vooral sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen,⁹⁰ medewerkers van de afdelingen sociale psychiatrie en psychogeriatric⁹¹ en intakers⁹² die contacten met de eerstelijns hebben. Het blijkt dat het RIAGG-beleid van invloed is op het voorkomen van de contacten met de eerstelijns, met name wat betreft die met het AMW. RIAGG's die het belang van inhoudelijke taakafbakening met het AMW benadrukken en zich als niet te zeer 'specialistisch' profileren hebben meer contacten met het AMW dan RIAGG's die zich in sterke mate profileren als specialistische tweedelijnsvoorzieningen⁹³. Deze laatste RIAGG's hebben niet méér contacten met huisartsen.

In de poliklinieken zijn het veelal psychiaters die de externe contacten afhandelen. Deze contacten hebben vooral betrekking op patiëntenzorg⁹⁴. PAAZ-poliklinieken, kleinschalig van opzet, hebben daarbij meer contacten met de eerstelijns dan APZ-poliklinieken⁹⁵. Bij de vrijgevestigden, van wie het gros slechts part-time als vrijgevestigde werkzaam is (zie bijlage III, tabel 3), hangt het aantal contacten nauw samen met de omvang van de praktijk⁹⁶. Bij hen speelt echter ook de taakopvatting een rol: indien ze zichzelf een brede taak toeschrijven (psychologen) of de huisarts (psychiaters) zijn er meer contacten⁹⁷. Er zijn verder geen verschillen tussen vrijgevestigde psychologen en psychiaters⁹⁸.

Figuur 6.2 Percentages GGZ-hulpverleners die gemiddeld minstens één maal per maand contact hebben met huisartsen en AMW (berekend over degenen die contacten hebben)



Figuur 6.3 Percentages GGZ-hulpverleners die volgens afspraak contact hebben met huisartsen en AMW (berekend over degenen die contacten hebben)



De aard van de contacten tussen GGZ en eerstelijns krijgt al iets meer reliëf, wanneer we niet alleen kijken naar het voorkomen, maar ook naar de frequentie van de contacten. Een groot deel van de contacten tussen GGZ en huisarts blijkt

incidenteel van aard, vooral wat betreft polikliniek- en RIAGG-medewerkers. De contacten van de vrijgevestigden en APZ-medewerkers zijn beperkt in aantal en strekken zich slechts uit tot enkele huisartsen met wie frequent contact bestaat⁹⁹. Ook tussen GGZ en AMW zijn er weinig frequente contacten of contacten volgens afspraak. PAAZ- en APZ-respondenten die contacten hebben met het AMW geven aan dat de helft tot driekwart daarvan incidenteel van aard is¹⁰⁰. Vrijgevestigden hebben daarbij het kleinste bereik onder het AMW¹⁰¹.

De RIAGG vormt een uitzondering binnen de GGZ. Weliswaar zijn er, evenals bij de overige GGZ-respondenten, minder contacten met het AMW dan met huisartsen, maar als ze er zijn zijn ze vaker intensief¹⁰². Wat betreft de verschillen in frequentie binnen de RIAGG tekent zich hetzelfde patroon af als bij het voorkomen van contacten: medewerkers van de afdelingen psychotherapie (OEP) en LGV hebben niet alleen minder contacten, maar ook minder vaak frequente contacten¹⁰³.

Samengevat vallen er een aantal dingen op in het contact van de GGZ met de eerstelijns. Ten eerste blijkt de GGZ meer contacten met huisartsen dan met het AMW te hebben: GGZ-medewerkers hebben meer contacten met huisartsen, hebben een groter bereik onder huisartsen en besteden meer tijd aan dat contact. De extramurale GGZ heeft niet meer contacten met huisartsen dan de intramurale GGZ, hoewel zich, gezien per individuele GGZ-medewerker, wel verschillen voordoen in het aantal huisartsen met wie men contact heeft. Ten tweede blijken RIAGG en polikliniek een groot bereik onder huisartsen te hebben, maar de contacten zijn veelal incidenteel - waarschijnlijk hebben de contacten vooral betrekking op verwij-

zingen (vergelijk paragraaf 6.2). Ten derde blijken vrijgevestigden en APZ-medewerkers een kleiner bereik onder huisartsen te hebben, maar de contacten zijn, als ze er zijn, intensiever. Verder blijkt dat de contacten tussen GGZ en AMW beperkt zijn. Alleen de RIAGG heeft, als ze al contact heeft met het AMW, frequente contacten.

Het is interessant na te gaan of het al dan niet voorkomen van (frequent) contact, samenhangt met andere factoren. Behalve het reeds vermelde verband tussen RIAGG-afdeling en het voorkomen van contacten, blijkt er nauwelijks een patroon te ontwaren in de invloed van individuele hulpverlenerskenmerken op contacten met de eerstelijns. Individuele hulpverlenerskenmerken correleren nauwelijks met de frequentie van contacten. Blijkbaar zijn mening en achtergrond van een hulpverlener redelijk onafhankelijk van de noodzaak die gevoeld wordt om overleg te plegen met de eerstelijns¹⁰⁴.

6.1.2 *De visie van de eerstelijns*

In deze paragraaf geven we een schets van de mate waarin huisartsen en maatschappelijk werkers in de door ons onderzochte regio's werkcontacten onderhouden met elkaar en met de instellingen in de GGZ.

In tabel 6.1 staan de percentages huisartsen en maatschappelijk werkers die in 1985 werkcontacten met de verschillende instellingen hebben onderhouden, zowel voor de hele groep respondenten als voor de drie regio's afzonderlijk.

Tabel 6.1 Werkcontacten tussen huisartsen, AMW en GGZ-instellingen, volgens opgave van huisartsen en maatschappelijk werkers (over 1985); hele groep en drie regio's afzonderlijk

Instelling	Percentage respondenten met werkcontacten							
	Huisartsen				AMW			
n=	Tot.	I	II	III*	Tot.	I	II	III*
	209	80	65	64	76	33	24	19
met:								
Huisartsen	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
AMW	88%	93%	83%	88%	-	-	-	-
RIAGG	97	94	99	100	100	100	100	100
Psycholoog	24	28	29	14	16	21	17	5
Psychiater	35	34	40	30	13	21	13	-
Poli-PAAZ	75	90	86	45	56	82	37	32
Poli-APZ	58	71	59	41	29	36	25	21
Kliniek- PAAZ	64	90	74	23	37	60	33	-
Kliniek- APZ	58	76	62	33	24	39	16	5

- * I: plattelandsregio
- II: verstedelijkt gebied
- III: grootstedelijk gebied

Van de huisartsen onderhouden vrijwel alle respondenten werkcontacten met het AMW en – nog méér – met de RIAGG. De in belangrijkheid derde partner is de PAAZ, en daarvan in de eerste plaats de polikliniek. Met vrijgevestigde psychologen en psychiaters onderhoudt ongeveer een kwart, respectievelijk een derde van de respondenten werkcontacten. Deze laatste cijfers liggen beduidend lager dan die welke in de landelijke steekproef onder huisartsen werden gevonden: van deze artsen onderhoudt iets minder dan de helft contact met vrijgevestigde psychologen en psychiaters.

Uit de tabel blijkt ook dat de huisartsen in de drie regio's nogal van elkaar verschillen: de artsen in regio III (het grootstedelijk gebied) beperken zich in hun contacten in meerderheid tot AMW en RIAGG; hun collega's elders hebben in meer 'richtingen' contact, waarbij vooral de grote belangstelling voor de PAAZ in de plattelandsregio opvalt.

De afstand tussen de 'gemiddelde' huisartspraktijk en de verschillende voorzieningen is in de drie regio's ongeveer gelijk, op een tweetal uitzonderingen na. In de stad is de RIAGG dichterbij dan in het verstedelijkt gebied en in de plattelandsregio (5, respectievelijk 7 en 9 kilometer); datzelfde geldt voor het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (15 respectievelijk 21 en 25 kilometer). De PAAZ is voor de doorsnee huisarts ongeveer 10 kilometer ver.

Maatschappelijk werkers onderhouden (vrijwel) allemaal werkcontacten met één of meer huisartsen en met de RIAGG.

Wat het eerste betreft: 17% van de respondenten beperkt zich daarbij tot één, twee of drie huisartsen, 55% heeft contacten met vier tot zes huisartsen, terwijl 28% de aandacht spreidt over zeven of meer.

Naast contacten met huisartsen en RIAGG onderhoudt meer dan de helft van de maatschappelijk werkers werkcontacten met de polikliniek van een PAAZ; met de andere instellingen hebben maatschappelijk werkers duidelijk minder contact.

In de cijfers over de drie regio's is hetzelfde patroon te zien als in de cijfers van de huisartsen: in het grootstedelijk gebied zijn de werkcontacten zeer sterk op huisartsen en RIAGG gericht (met daarnaast een relatief groot aantal respondenten met contact met poliklinieken), terwijl de contacten in de beide andere regio's meer divers zijn. Opvallend is weer het

hoge percentage respondenten in de plattelandsregio dat contacten met de poli-PAAZ vermeldt (82%).

In tabel 6.2 staan de percentages huisartsen met werkcontacten met de verschillende instellingen, opgesplitst naar samenwerkingsvorm¹⁰⁵.

Tabel 6.2 Werkcontacten van huisartsen met AMW en GGZ-instellingen, onderscheiden naar samenwerkingsvorm (1985)

n= Instelling	Percentage artsen met werkcontacten		
	monodisciplinair 134	hometeam 40	gezondheidscentrum 23
AMW	83%	98%	100%
RIAGG	99	90	100
Psycholoog	26	23	14
Psychiater	32	40	41
Poli-PAAZ	78	88	44
Poli-APZ	61	63	46
PAAZ	69	73	32
APZ	58	68	50

In vergelijking met de anderen onderhouden minder artsen in gezondheidscentra werkcontacten met (de polikliniek van) een PAAZ. Opvallend in de cijfers is verder dat - afgezien van de contacten met AMW en met psychiaters - de verschillen tussen monodisciplinair werkende artsen en artsen in hometeams kleiner zijn dan die tussen deze laatste en artsen in gezondheidscentra. Daarbij speelt overigens wel de regio een rol: juist in de plattelandsregio - met véél contacten met poliklinieken en relatief weinig met de RIAGG - zijn de meeste hometeams gevestigd.

Persoons- en praktijkkenmerken hangen nauwelijks samen met het al dan niet aangaan van contacten. Wél hebben artsen

met contacten met psychiaters en met (poliklinieken van) PAAZ en APZ grotere praktijken dan artsen zonder deze contacten ($F = 11.2, 14.3, 14.1, 9.4, \text{ resp. } 7.5; p < .05$).

Verwijzingen van eerstelijns naar GGZ

'Werkcontacten' werden hiervoor breed gedefinieerd als alle contacten tussen eerstelijns en GGZ, variërend van een incidentele verwijzing tot structureel overleg. Voor we verder ingaan op de inhoud van de contacten geven we een beeld van de mate waarin huisartsen en maatschappelijk werkers patiënten naar de GGZ verwijzen (waarbij 'verwijzen' ook wordt opgevat als het geven van een dringend advies om contact op te nemen).

Uit tabel 6.3 blijkt dat iedere *huisarts* jaarlijks gemiddeld ruim dertig patiënten naar AMW en GGZ verwijst, van wie ruim twintig naar de GGZ en daarvan ruim tien naar de RIAGG ¹⁰⁶.

Vergelijking met de resultaten van het onderzoek onder de landelijke steekproef van huisartsen laat weinig verschil zien: alleen het aantal naar de vrijgevestigde hulpverleners verwezen patiënten is onder de 'regionale huisartsen' iets kleiner.

De eerste regio, het platteland, onderscheidt zich door een relatief hoog verwijscijfer, vooral door het grote aantal verwijzingen naar poliklinieken. In de grote stad wordt méér naar de RIAGG verwezen dan in de andere regio's, maar door de geringe aantallen naar andere instellingen verwezen patiënten valt het verwijscijfer lager uit.

Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen gemiddeld méér patiënten naar het AMW (namelijk 15) dan artsen in home-teams (13) en artsen die 'monodisciplinair' werken (9)(p<.05).

Tabel 6.3 Gemiddelde aantallen in 1985 door huisartsen verwezen patiënten, per instelling; totale groep en drie regio's afzonderlijk

	n=	gemiddeld aantal door huisartsen verwezen patiënten				gemiddeld aantal patiënten per huisarts met werkcontacten
		totaal	I	II	III *	
		209	80	65	64	
Instelling						
AMW		9	10	7	10	11 (n = 184)
RIAGG		11	8	10	13	11 (n = 203)
Psycholoog		1	1	1	-	4 (n = 50)
Psychiater		2	2	2	1	5 (n = 72)
Polikliniek		5	8	5	2	7 (n = 157)
PAAZ		2	4	2	-	4 (n = 134)
APZ		2	2	2	1	3 (n = 120)
Totaal:		32	35	29	27	
w.v. naar GGZ:		23	25	22	17	

* I : plattelandsregio

II : verstedelijk gebied

III : grootstedelijk gebied

Daarentegen verwijzen zij minder patiënten naar de RIAGG (10) dan monodisciplinair werkende collega's (12), maar méér dan artsen in hometeams (8) (p<.05)¹⁰⁷. In aantallen verwijzingen naar andere GGZ-voorzieningen is geen verschil te onderkennen.

Voorzover er sprake is van een verband tussen verwijscijfers en persoons- en praktijkkenmerken is dat zwak, zoals blijkt

Tabel 6.4 Correlaties tussen enkele persoons- en praktijk-kenmerken van huisartsen en verwijscijfers naar AMW en GGZ

Instelling	Kenmerk			Oordeel over:		
	Invloed ps.fact.	Taak opv.	Prakt. grootte	AMW	RIAGG	Poli
AMW	n.s.	-.18	n.s.	.24	n.s.	-.18
RIAGG	n.s.	-.16	.14	-.16	.18	-.15
Psychologen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Psychiaters	n.s.	n.s.	.32	n.s.	n.s.	n.s.
Polikliniek	n.s.	n.s.	.19	n.s.	.12	.27
PAAZ	-.16	.13	n.s.	n.s.	n.s.	.20
APZ	n.s.	.20	n.s.	n.s.	.18	n.s.

n.s.: niet significant
 $p < .10$

uit tabel 6.4. Het meest opvallend, maar ook het moeilijkst te interpreteren, zijn de cijfers onder 'taakopvatting' (vergelijk hoofdstuk 2). Naarmate huisartsen meer aspecten van psychosociale hulpverlening tot hun taak rekenen verwijzen zij wat minder patiënten naar AMW en RIAGG en wat meer naar de intramurale sector. Het doet vermoeden dat de door ons geconstrueerde maat enerzijds iets zegt over de mate waarin de arts de wat lichtere psychosociale problematiek zelf behandelt of overlaat aan AMW en RIAGG en anderzijds iets over de mate waarin hij geneigd is om 'actie te ondernemen', ook als hij de behandeling niet zelf uitvoert.

Artsen die gunstig oordelen over AMW, RIAGG of polikliniek (vergelijk hoofdstuk 5) verwijzen daar ook wat meer patiënten heen. Een gunstig oordeel over de polikliniek gaat zwak samen met minder verwijzingen naar AMW en RIAGG, maar omgekeerd is dat niet zo: artsen die gunstig oordelen over de RIAGG verwijzen ook (iets) méér naar de polikliniek. Veron-

dersteld kan worden dat huisartsen in dat geval onderscheid maken naar de aard van de problemen en patiënten met minder ernstige problematiek naar de RIAGG verwijzen en patiënten met ernstige problemen naar de polikliniek.

Die veronderstelling leidt tot de vraag, in hoeverre in de hier gepresenteerde verwijscijfers de aard van de problematiek een rol speelt: maken huisartsen op grond daarvan een onderscheid tussen de instellingen, en zo ja, hoe dan?

Een exacte registratie van verwijzingen is in het kader van dit onderzoek niet mogelijk. Om toch enig inzicht te krijgen in de manier waarop huisartsen uit de verschillende mogelijkheden een keus maken, hebben wij hun een aantal problemen voorgelegd (gerelateerd aan typen interventies) met de vraag te willen aangeven naar welke instellingen zij patiënten zo nodig verwijzen¹⁰⁸.

Uit de onderste regel van tabel 6.5 blijkt dat voor het behandelen van chronische moeheid veel artsen (47%) nooit tot verwijzen overgaan; datzelfde geldt, in mindere mate, voor het behandelen van hyperventilatie en het bespreken van problemen op het werk.

Voorzover artsen tot een verwijzing besluiten, is een onderscheid zichtbaar tussen klachten die in de eerstelijns worden behandeld en problemen waarvoor hulp door de geestelijke gezondheidszorg wordt gezocht. Het bespreken van langdurige problemen op het werk, het geven van ontspanningstherapie bij spanningsklachten en behandeling van hyperventilatie behoren tot de eerste categorie, waarbij – in beide laatste gevallen – de rol van de fysiotherapeut opvalt.

In alle andere gevallen is het percentage huisartsen dat een tweedelijnsvoorziening zegt in te schakelen groter; hulp bieden

Tabel 6.5 Mate waarin huisartsen voor verschillende aspecten van hulpverlening bij psychosociale problematiek een beroep doen op andere instellingen of personen (n=102), in percentages

Huisarts ver- wijst naar:	Problematiek *											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Eerstelij w.v.	13	2	30	-	12	59	59	37	3	1	-	14
AMW	5	1	28	-	9	40	6	5	1	1	-	14
Fysiotherapie	-	-	-	-	1	-	47	28	-	-	-	-
Overig **	8	1	2	-	2	19	6	4	2	-	-	-
2 GGZ w.v.	69	84	47	92	63	14	26	24	33	19	98	14
RIAGG	65	59	38	41	42	11	19	16	18	6	32	12
Psycholoog	1	-	2	-	6	1	4	1	2	-	-	1
Psychiater	-	3	1	7	1	1	-	-	4	2	19	1
Polikliniek	-	5	1	6	4	1	-	1	2	1	11	-
PAAZ/APZ	-	5	1	18	3	-	2	1	-	1	18	-
Overig **	3	12	4	20	7	-	1	5	7	9	18	-
3 Medisch specialisten	2	-	-	1	-	-	-	-	20	-	2	18
4 Eerstelij en GGZ	8	6	20	6	10	5	8	14	4	5	1	2
5 Overig	1	1	-	1	-	1	1	1	32	75	1	7
6 Huisarts ver- wijst nooit	10	8	5	1	17	22	8	28	9	3	-	47

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| * 1 opvoedingsproblemen | 7 spanningsklachten |
| 2 ex-psych. patiënten | 8 hyperventilatie |
| 3 relatieproblemen | 9 seksuele problemen |
| 4 poging tot suïcide | 10 verslaving |
| 5 straatvrees | 11 wanen |
| 6 problemen op het werk | 12 moeheid |

** Hieronder zijn ook combinaties van instellingen begrepen.

bij suïcidale neigingen, het behandelen van wanen en het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten is daarbij vrijwel exclusief een taak van de geestelijke gezondheidszorg, met – in de eerste twee gevallen – een relatief zware nadruk op de intramurale zorg; voor het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten schakelt meer dan de helft van de artsen (59%) de RIAGG in. Een ruime meerderheid van de artsen kiest ook voor de RIAGG indien hulp wordt gezocht bij opvoedingsproblemen en bij fobieën. In twee gevallen wordt door veel huisartsen een beroep gedaan op categoriale of gespecialiseerde voorzieningen: driekwart van de respondenten zegt bij verslavingsproblematiek de hulp in te roepen van een CAD of 'verslavingskliniek', terwijl voor hulpverlening bij seksuele problemen door 26% een Rutgershuis of de NVSH wordt ingeschakeld, en door 20% een medisch specialist (inclusief een seksuoloog). Ook bij het behandelen van chronische moeheid is het aandeel van een medisch specialist (hier veelal: de internist) veel groter dan bij de andere activiteiten.

De grootste overlap tussen AMW en RIAGG lijkt zich voor te doen bij het bespreken van relatieproblemen: 28% van de artsen zegt hier uitsluitend het AMW in te schakelen, 38% verwijst patiënten naar de RIAGG en 19% noemt beide instellingen. De in het vorige hoofdstuk geconstateerde overlap in taken tussen AMW en RIAGG is in het verwijsgedrag van de huisartsen dus terug te vinden.

Het geheel overziend is de centrale plaats van de RIAGG in het oog vallend. Van de huisartsen die voor hulp bij de verschillende problemen een beroep zeggen te doen op de GGZ, noemt telkens een grote meerderheid de RIAGG; dat geldt ook voor problemen waarvoor relatief vaak de psychiatrische ziekenhuizen en hun poliklinieken worden ingeschakeld.

Alleen problemen op het werk, spanningsklachten, hyperventilatie en chronische moeheid worden door een meerderheid van de artsen in de eerstelijns 'gehouden', terwijl verslavingsproblemen in meerderheid aan het CAD worden voorgelegd.

Vergelijking met de gegevens uit de landelijke enquête laat zien dat in deze regio's relatief weinig gebruik wordt gemaakt van de diensten van psychologen en wat méér van die van de RIAGG. Ook het aandeel van de categoriale voorzieningen (CAD, Rutgershuis) is wat groter. In grote lijnen echter is het hierboven beschreven patroon gelijk.

Hoewel *maatschappelijk werkers* in het AMW formeel niet naar de RIAGG mogen verwijzen (tenzij in samenwerking met een arts) komt dat in de praktijk wel degelijk voor. Gemiddeld verwijzen maatschappelijk werkers, volgens onze cijfers, vijf patiënten per jaar¹⁰⁹. De spreiding is groot: de helft van de respondenten verwijst minder dan vier patiënten, 12% tien of meer. Kenmerken als taakopvatting en samenwerkingsvorm spelen daarbij geen rol. Wèl verwijzen maatschappelijk werkers met een grote caseload méér cliënten naar de RIAGG ($r=.38, p<.05$).

Duur van het overleg

Dat een huisarts of maatschappelijk werker werkcontacten met een GGZ-instelling onderhoudt, betekent niet dat hij of zij daarmee ook daadwerkelijk overleg voert.

Tabel 6.6 Overleg tussen huisartsen en AMW en GGZ-instellingen: percentages respondenten met mondeling en telefonisch overleg en gemiddelde duur, respectievelijk frequentie van dat overleg (in uren, resp. keren per maand).

Overleg met:	Mondeling overleg		Telefonisch overleg		N
	%	duur	%	frequentie	
AMW	80 (70)	1.8	84 (74)	1.5	184
RIAGG	59 (57)	.9	88 (85)	1.7	203
Psycholoog	62 (15)	1.8	80 (19)	1.5	50
Psychiater	44 (15)	1.0	75 (26)	1.0	72
Polikliniek	49 (37)	0.6	91 (68)	1.2	157
PAAZ	55 (35)	0.7	86 (55)	1.2	134
APZ	42 (24)	0.7	72 (42)	0.7	120

In tabel 6.6 staan de percentages *artsen* voor wie dat wèl geldt, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen mondeling en telefonisch overleg¹¹⁰; de cijfers zijn zowel gereleateerd aan de groep die werkcontacten onderhoudt (= N) als (tussen haakjes) aan de hele groep respondenten (n = 209).

Wat betreft het telefonisch overleg bestaat er tussen de verschillende instellingen niet veel verschil. Absoluut gezien wordt met de RIAGG door de meeste artsen (en ook het meest frequent) telefonisch overleg gevoerd.

Mondeling, dus 'face-to-face', wordt door de meeste huisartsen (80% van de betrokkenen) met het AMW overlegd. Binnen de GGZ neemt de RIAGG de eerste plaats in: 59% van de artsen met werkcontacten voert (ook) overleg. Ook met vrijgevestigde psychologen voeren relatief veel artsen overleg, maar door het kleine aantal artsen met werkcontacten met

psychologen is dat overleg voor de hele groep van weinig betekenis.

Voor zover overleg plaats vindt, is dat – zo blijkt uit de weergegeven gemiddelde tijdsduur – het meest frequent met het AMW en – binnen de GGZ – met vrijgevestigde psychologen. Door het voorkomen van enkele veel overleggende artsen zijn de cijfers wat 'geflatteerd'. Voor de modale arts duurt het overleg met iedere GGZ-instelling afzonderlijk een kwartier tot een half uur per maand.

Tabel 6.7 Overleg van huisartsen met AMW en GGZ-instellingen, in percentages (n=201)

Aantal uren per maand	AMW en GGZ	alleen GGZ
< 1 uur	27%	55%
1 – 2 uren	38	30
3 – 4 uren	18	7
5 – 6 uren	7	5
> 6 uur	9	3
	\bar{x} 2.51	1.29
	sd 2.75	2.02

Tellen we de cijfers over de verschillende instellingen bij elkaar op, dan blijkt, volgens tabel 6.7, dat huisartsen tweeënhalve uur per maand met de betrokken instellingen overleggen, waarvan één uur en één kwartier met de GGZ. Uit de tabel blijkt overigens een grote spreiding in de mate van overleg: 27% van de artsen overlegt minder dan één uur met alle instellingen samen, 16% besteedt vijf uur of meer aan overleg.

Vergelijking met de resultaten van de landelijke enquête laat zien dat de daarbij betrokken huisartsen méér tijd besteden aan overleg met de betrokken instellingen (bijna drie en

een half uur per maand). Het verschil wordt vooral veroorzaakt door intensiever overleg met het AMW, dat landelijk gemiddeld een half uur méér in beslag neemt. Ook onder deze artsen is de spreiding groot.

Maken we een onderscheid tussen artsen naar vestigingsplaats en persoons- en praktijkkenmerken, dan blijkt dat in de grotestadsregio méér met het AMW en met de RIAGG wordt overlegd: 1.8 uur, resp. .9 uur, tegen 1.4, resp. .5 uur voor alle artsen gezamenlijk ($p < .05$)¹¹¹. Ook in gezondheidscentra is het overleg met AMW en RIAGG intensiever dan elders (3.7 uur,¹¹² resp. 1 uur). Vooral over niet-patiëntgebonden zaken wordt in gezondheidscentra méér overlegd: bijna veertig minuten per maand, ongeveer drie maal zoveel als wordt opgegeven door monodisciplinair werkende artsen.

Tabel 6.8 Correlaties tussen enkele persoons- en praktijkkenmerken van huisartsen en frequentie van het overleg met AMW en GGZ-instellingen

	Kenmerk					
	Invloed ps.fact.	Taak opv.	Prakt. grootte	Oordeel over AMW	Oordeel over RIAGG	Poli
Instelling						
AMW	n.s.	n.s.	-.28	.22	-.16	n.s.
RIAGG	n.s.	n.s.	-.11	n.s.	.10	-.16
Psychologen	n.s.	.24	n.s.	.31	n.s.	.28
Psychiaters	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.22	n.s.
Polikliniek	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
PAAZ	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
APZ	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

$p < .10$

n.s. = niet significant

Tabel 6.8 laat zien dat de correlaties tussen de frequentie van het overleg en andere kenmerken uiterst gering zijn. Artsen in kleine praktijken overleggen wat meer met het AMW en met de RIAGG; de taakopvatting speelt – met uitzondering van het overleg met psychologen – geen rol. Het oordeel over de instelling hangt, behalve ten aanzien van de poliklinieken, zwak samen met de aan overleg bestede tijd.

Niet uit de tabel af te lezen is dat – vanzelfsprekend – méér overleg wordt gevoerd naarmate er méér patiënten worden verwezen.

Ook *maatschappelijk werkers* besteden, zoals blijkt uit tabel 6.9, veel tijd aan overleg binnen de eerstelijns.

Tabel 6.9 Overleg tussen maatschappelijk werk en GGZ-instellingen: percentages respondenten met mondeling en telefonisch overleg en gemiddelde duur, resp. frequentie van dat overleg (in uren, resp. keren per maand)

Overleg met:	Mondeling overleg		Telefonisch overleg		N
	%	duur	%	frequentie	
Huisarts	98 (98)	2.4.	98 (98)	3.9	76
RIAGG	88 (88)	.9	98 (98)	1.1	76
Psycholoog	92 (15)	.3	100 (16)	1.1	12
Psychiater	90 (12)	.3	100 (13)	.5	10
Poli-PAAZ	88 (49)	.3	96 (54)	.5	42
Poli-APZ	95 (28)	.6	96 (28)	.9	22
PAAZ	96 (36)	.3	93 (34)	.5	28
APZ	100 (24)	.3	100 (24)	.5	18

Absoluut en relatief is, na de huisarts, de RIAGG veruit de belangrijkste partner, op afstand gevolgd door de poli-PAAZ. Het overleg met de RIAGG is niet alleen frequenter, het heeft

ook een hechtere basis: 41% van de respondenten zegt (ook) volgens vaste afspraak met de RIAGG te overleggen, terwijl niet meer dan 16% van degenen die met de poli-PAAZ overleggen dat (ook) volgens vaste afspraak doet.

Tabel 6.10 Overleg van maatschappelijk werkers met huisartsen en GGZ-instellingen, in percentages (n=76)

Aantal uren per maand	AA AMW en GGZ	alleen GGZ
< 1 uur	12%	62%
1 - 2 uren	34	24
3 - 4 uren	29	12
5 - 6 uren	15	3
> 6 uur	11	-
	\bar{x}	3.35
	sd	2.41
		1.09
		1.24

Bij het optellen van de cijfers blijkt (tabel 6.10) dat maatschappelijk werkers, in vergelijking tot huisartsen, gemiddeld bijna een uur per maand méér besteden aan al het overleg met huisartsen en GGZ. Aan overleg met uitsluitend GGZ-instellingen zijn zij juist minder tijd kwijt, wellicht doordat de aandacht méér op één instelling is geconcentreerd. Ook hier is de spreiding groot: 62% van de respondenten besteedt minder dan één uur per maand aan overleg met GGZ-instellingen, 15% drie uur of méér.

Maatschappelijk werkers in gezondheidscentra overleggen méér met huisartsen dan anderen (4.6 uur per maand), ook méér - bijna twee keer zo veel - dan maatschappelijk werkers die wél deel uitmaken van een overleggroep in de eerstelijns, maar niet gemeenschappelijk zijn gehuisvest (2.2 uur). In het verstedelijkt gebied wordt beduidend minder met de RIAGG

overlegd dan elders: nog geen half uur, tegen ruim een uur in de plattelandsregio. Dat het oordeel van de maatschappelijk werkers zelf desondanks positief uitvalt (volgens hoofdstuk 5) is opvallend: de hoeveelheid overlegtijd is daarvoor kennelijk niet doorslaggevend.

Maatschappelijk werkenden met veel cliënten overleggen niet meer of minder met huisartsen en GGZ-instellingen dan anderen; de mate waarin psychosociale problemen worden gesignaleerd en de opvatting over de eigen taak zijn daarop evenmin van invloed.

6.2 *Inhoud van contacten*

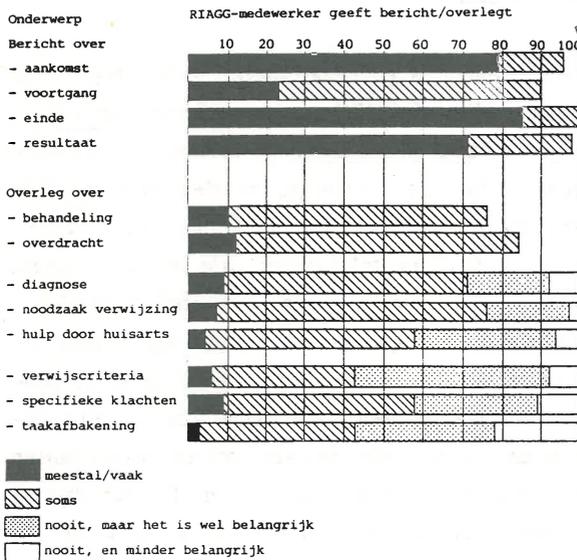
Individuele hulpverleners is gevraagd welke onderwerpen hun contacten met eerstelijns of GGZ bestrijken. Rond een viertal thema's werd informatie verzameld: de formele afhandeling van *verwijzingen* vanuit de eerstelijns, overleg over of *naar aanleiding van verwijzingen*, overleg over *zorg aan patiënten die (nog) niet bij de GGZ in behandeling zijn* en, als laatste, overleg dat *de directe zorg aan concrete patiënten overstijgt*.

De antwoorden van de respondenten zijn teruggebracht tot drie categorieën: ze hadden meestal/vaak, soms of nooit contact, waarbij in het laatste geval een onderscheid wordt gemaakt tussen respondenten die contact wél en respondenten die dat minder belangrijk zeggen te vinden. De navolgende cijfers zijn telkens gerelateerd aan het aantal respondenten dat contact met de betreffende instelling onderhoudt.

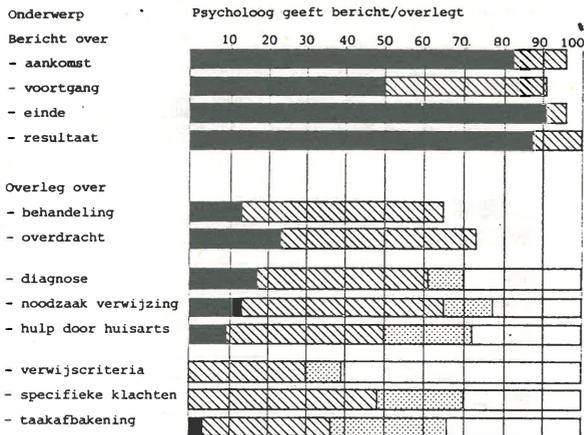
6.2.1 De visie van de GGZ

In de volgende zes figuren staat, geordend per GGZ-voorziening de frequentie van het contact over verschillende onderwerpen aangegeven¹¹³. Tevens is aangegeven in hoeverre men ontbrekend overleg wel van belang acht.

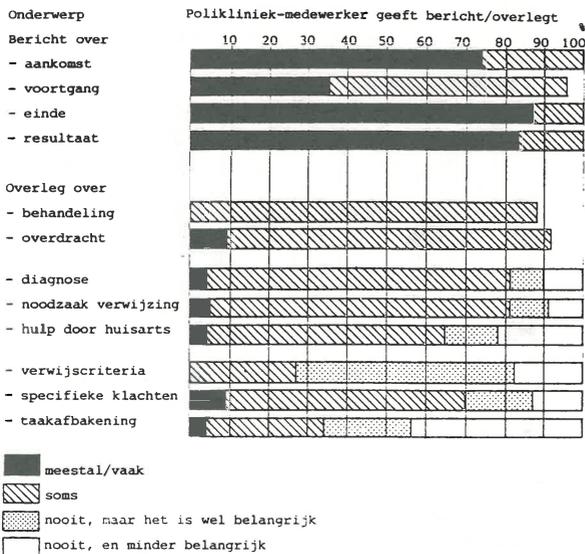
Figuur 6.4 Berichtgeving aan en overleg met huisartsen: de visie van de RIAGG-medewerkers (percentages respondenten; n = 168)



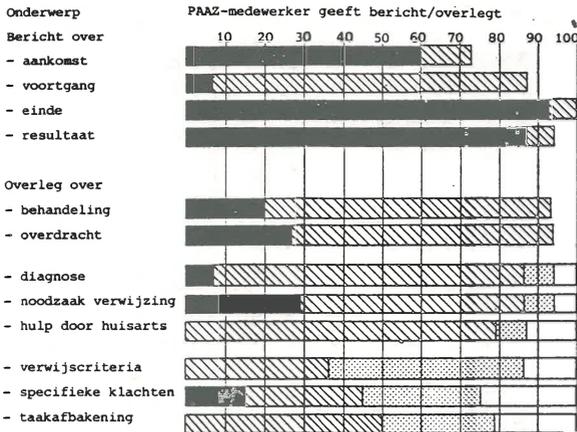
Figuur 6.5 Berichtgeving aan en overleg met huisartsen: de visie van vrijgevestigde psychologen (percentages respondenten; n = 23)



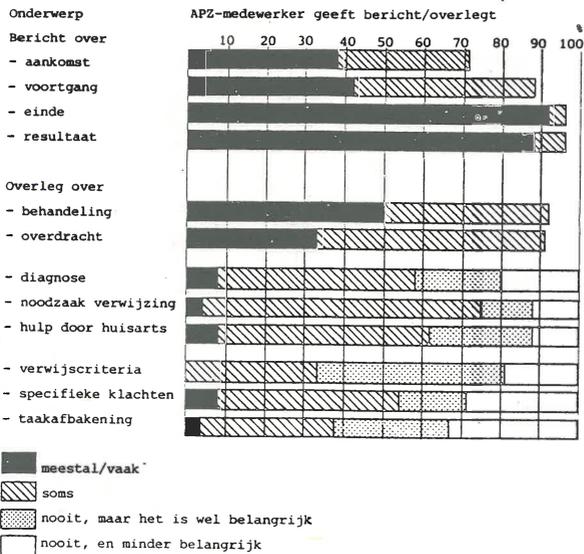
Figuur 6.6 Berichtgeving aan en overleg met huisartsen: de visie van de polikliniek-medewerkers (percentages respondenten; n = 24)



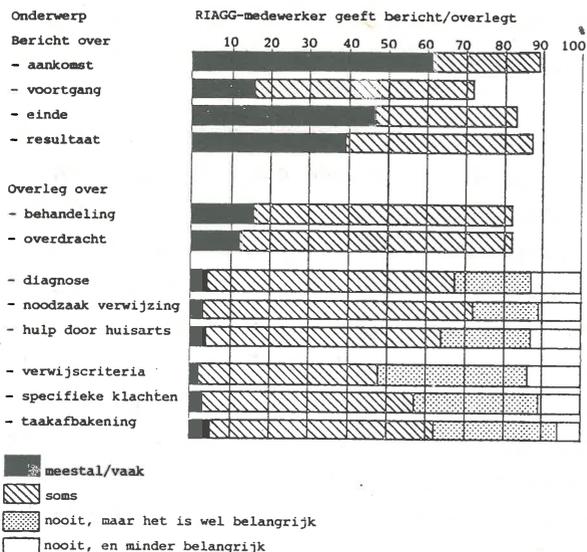
Figuur 6.7 Berichtgeving aan en overleg met huisartsen: de visie van PAAZ-medewerkers (percentages respondenten; n = 14)



Figuur 6.8 Berichtgeving aan en overleg met huisartsen: de visie van APZ-medewerkers (percentages respondenten; n = 25)



Figuur 6.9 Berichtgeving aan en overleg met AMW-hulpverleners: de visie van RIAGG-medewerkers (percentages respondenten; n = 124)



GGZ en huisarts

We zullen per thema de contacten tussen GGZ en eerstelijns nalopen. Ten eerste *verwijzing*. Hoewel voor de huisarts de GGZ een relatief geringe plaats inneemt als verwijsmogelijkheid – in vergelijking met de somatische specialisten –, vormt de huisarts met circa een derde van alle verwijzingen wel een belangrijk aanvoer kanaal voor de GGZ¹¹⁴. In de contacten tussen GGZ en huisartsen neemt de formele afhandeling van verwijzingen dan ook een grote plaats in. Ruim driekwart van alle GGZ-respondenten geeft frequent bericht van aanvang of beëindiging van de behandeling. Medewerkers

van APZ'en doen dat in mindere mate, hetgeen verklaarbaar is in het licht van de differentiatie van afdelingen. Opname vindt meestal plaats in de opname-afdeling (en dan veelal nog via de RIAGG of via een opnameteam) en bij doorplaatsing naar andere afdelingen wordt meestal niet meer bericht aan de huisarts.

Veel minder frequent vindt er overleg plaats *voorafgaande aan een verwijzing of voorafgaande aan beëindiging van de behandeling*, slechts 10% tot 25% van de GGZ-respondenten doet dat regelmatig. Een uitzondering in gunstige zin vormt het APZ. Evenmin is er sprake van het regelmatig op de hoogte houden van de huisarts van de voortgang van de behandeling (met uitzondering van de PAAZ, in een kwart tot de helft van de gevallen), of het informeren van huisartsen over patiënten (niet vermeld in het figuur, 10 à 15% van RIAGG- en polikliniek-medewerkers doet dat frequent).

De nadruk in het contact ligt dus op het minst inhoudelijke element van overdracht van eerstelijns naar GGZ en andersom. Dat is in overeenstemming met de visie van de GGZ op de taak van de huisarts. In de regel bouwt de GGZ de behandeling zelf af en het is dan ook niet gebruikelijk een patiënt over te dragen aan de huisarts indien er geen sprake is van een irreguliere beëindiging van de behandeling. Uit de gesprekken met de instellingen bleek dat het meer dan louter (schriftelijk) op de hoogte stellen van het einde van de behandeling (met speciale aandacht voor medicatie en soms een telefonische toelichting) vaak berust op een negatieve indicatie (bijvoorbeeld voortijdig afbreken van de behandeling of wegblijven van de patiënt zonder bericht). De intramurale GGZ laat de nazorg wel deels aan anderen over, maar verkiest RIAGG en polikliniek boven de huisarts - waarbij de PAAZ iets gunstiger over de huisarts oordeelt dan het APZ. Driekwart van PAAZ- en APZ-mede-

werkers vindt nazorg in de regel een taak van RIAGG of polikliniek; de helft van de PAAZ-medewerkers en een derde van de APZ-medewerkers vindt nazorg in de regel ook een taak van de huisarts. Deze resultaten zijn in overeenstemming met recent onderzoek van Van Ommen e.a.¹¹⁵. Zij constateerden dat van 100 ex-psychiatrische patiënten 79% binnen 3 maanden contact had met de huisarts, van wie de helft binnen een week, maar dat het initiatief vooral uitging van patiënten zelf.

Een derde thema waarnaar gevraagd is betreft het *overleg over patiënten voor wie de huisarts zorg draagt*. Zo'n 50% à 60% van de GGZ-respondenten adviseert huisartsen incidenteel over diagnosestelling en probleemverheldering, behandelen en verwijzen. Zo'n 10% tot 25% van degenen die dit niet doen, acht het wel van belang. Het bestaan van dit soort contacten is voor een groot deel afhankelijk van initiatieven van de huisarts, althans de GGZ is weinig actief in het aanbieden van dit soort services. De GGZ-voorzieningen blijken niet veel te verschillen (vrijgevestigden wijken niet af in positieve zin en de RIAGG niet in negatieve zin).

Niet-patiëntgebonden thema's blijken weinig onderwerp van overleg tussen GGZ en eerstelijns. Maximaal de helft van de GGZ-respondenten werkt van tijd tot tijd samen met huisartsen op het vlak van niet-patiëntgebonden thema's als het ontwikkelen van verwijscriteria, taakafbakening en hulp bij specifieke klachten – contacten die meer gericht zijn op het functioneren van de huisarts als hulpverlener dan op de patiënten van de huisarts. Deze dienstverlening van de GGZ aan de huisarts blijkt een ad-hoc karakter te hebben. Gemeten aan de frequentie lijken gestructureerde contacten als cursussen, trainingen of andere vormen van bijscholing niet bijzonder vaak voor te komen.

Hoewel alle GGZ-instellingen in meerdere of vooral mindere mate aan dit type dienstverlening doen, is het vooral de RIAGG die hierin een centrale rol vervult. De RIAGG heeft deze taak ook expliciet opgedragen gekregen (RIAGG-Erkenningnormen). Desondanks kost het de RIAGG moeite om op dit vlak contacten te leggen met huisartsen, met name als het gevoelige terrein van elkaars professionele deskundigheid ter discussie gesteld lijkt te kunnen worden. Hoewel bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering geen eenrichtingsverkeer hoeft te zijn, prevaleren concretere onderwerpen zoals overleg over de behandeling van specifieke klachten.

Vergelijkbaar met de contacten over deskundigheidsbevordering en consultatie zijn de contacten van de RIAGG met huisartsen over *preventie* (niet in het figuur): men heeft ze nauwelijks. Alhoewel er goede argumenten zijn te bedenken waarom RIAGG-preventie zich sterk op de huisarts zou moeten richten (de huisarts ziet bijvoorbeeld veel patiënten, hetgeen de mogelijkheid tot vroegtijdige onderkenning biedt) en ondanks het feit dat in het onderzoek een ruime definitie van preventie is gehanteerd (gevraagd is naar contacten over preventie met huisartsen door alle RIAGG-medewerkers en niet alleen preventie-functionarissen), blijkt de RIAGG-preventie zich nauwelijks op samenwerking met huisartsen te richten. Slechts een kwart van de RIAGG-medewerkers heeft overleg, en dan nog incidenteel, met huisartsen over preventie en signaleert risico-indicatoren, terwijl 10% van de RIAGG-medewerkers betrokken is bij projecten waarin huisarts en RIAGG beide participeren. Opvallend is dat huisartsen aangeven in tegenstelling tot deskundigheidsbevordering en consultatie, dergelijke activiteiten wel van belang vinden.

Maken we de balans op, dan zijn er twee duidelijke tendensen aanwezig in het contact van GGZ met huisartsen. Ten eerste, formele berichtgeving prevaleert boven inhoudelijk overleg. En, ten tweede, minder vrijblijvende contacten die verder gaan dan elkaar wederzijds informeren hebben geen prioriteit. Zowel qua vorm als qua inhoud, voeren 'afstandelijke' contacten de boventoon. Hoe minder vrijblijvende contacten, hoe lager de frequentie: die verbanden vinden we bij alle GGZ-voorzieningen terug.

Verder valt op dat er geen bijzonder grote verschillen zijn tussen instellingen en dat er, binnen de instellingen, geen kenmerken zijn die differentiëren naar frequentie en type van contacten met een bepaalde inhoud. De enige uitzondering op deze regel vormt de RIAGG. Zowel per RIAGG als per RIAGG-afdeling lopen de contacten uiteen. De afdelingen sociale psychiatrie en sociale geriatrie hebben op meerdere fronten frequenter contact, waarbij opvalt dat ook de OEP zeer frequent aan berichtgeving doet¹¹⁶.

Tussen RIAGG's onderling zien we duidelijk verschillen optreden. De RIAGG's in de verstedelijkte en grotestadsregio hebben frequenter contact met huisartsen dan die in de plattelandsregio. Uit de gesprekken met de RIAGG-directies blijkt dat hier vooral een beleidskeuze van de RIAGG aan ten grondslag ligt. De grootstedelijke RIAGG en die in het verstedelijkte gebied hechten veel belang aan het opbouwen van een specialistische RIAGG waarbij de huisarts een centrale rol als verwijzer vervult. Ondanks de ontevredenheid van de RIAGG's over het beter stroomlijnen van contacten (zie hoofdstukken 3 en 4) hebben deze RIAGG's relatief veel contact.

De afwezigheid van een duidelijke invloed van instellings- en hulpverlenerskenmerken op de hoeveelheid contac-

ten, en de grote regionale verschillen tussen vooral RIAGG's, lijken de conclusie te rechtvaardigen dat de GGZ-voorzieningen hun contacten met huisartsen kunnen sturen. Daaruit kan echter niet de conclusie getrokken worden dat ook de *kwaliteit* van de relatie tussen eerstelijns en RIAGG te sturen is. In hoofdstuk 5 zagen we al dat de frequentie van contacten geen garantie is voor tevredenheid over het verloop van de contacten.

GGZ en AMW

Zoals uit paragraaf 6.1 al bleek, komt overleg tussen GGZ en AMW minder vaak voor dan dat tussen GGZ en huisarts. In de contacten die er wel zijn tussen GGZ en AMW blijken *verwijzingen* een belangrijk onderwerp. Dat is opvallend, want formeel is het AMW geen verwijzer naar de GGZ. Berichtgeving over verwijzing vindt in een aantal gevallen echter wel plaats (bijna de helft van alle polikliniekmedewerkers en bijna een vijfde van de vrijevestigden informeert het AMW frequent over aanvang en einde van de behandeling). Als er geen contact is, en dat is in de meerderheid van de gevallen, wordt dat in de regel niet als een gemis ervaren. PAAZ en vooral APZ zijn negatief over de nazorgtaak van het AMW; slechts 20% van de PAAZ en 7% van het APZ-medewerkers vindt dat het AMW in meerdere gevallen een taak op het gebied van nazorg heeft.

'Inhoudelijke' contacten zijn er weinig. Voor zover ze er zijn, zijn ze gericht op de specifieke deskundigheid van het AMW: ze betreffen de inschakeling van het AMW op het gebied van huisvesting, arbeid en financiën etcetera en lopen dan vaak nog via de maatschappelijk werkende die aan de GGZ-instelling verbonden is.

De contacten van de RIAGG met het AMW wijken duidelijk af van de contacten van de andere GGZ-voorzieningen met het AMW. De contacten zijn frequenter en, hoewel RIAGG-medewerkers in het algemeen meer contacten hebben met huisartsen, zijn de contacten met het AMW, als ze er zijn, vaak inhoudelijker. Zo vraagt de helft van de RIAGG-medewerkers frequent informatie bij het AMW over patiënten en hebben meer RIAGG-medewerkers incidenteel contacten in het kader van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden dienstverlening. Van de RIAGG-hulpverleners behandelt 53% van tijd tot tijd patiënten in overleg met het AMW. Ruim 10% doet dat regelmatig. Dat RIAGG en AMW meer inhoudelijke contacten hebben, is in overeenstemming met de eerder genoemde constatering dat de RIAGG een positiever beeld heeft van het AMW dan van de huisarts als het aankomt op de behandeling van psychosociale problemen (hoofdstuk 5). Een groot aantal RIAGG-hulpverleners ervaart het ontbreken van dienstverleningscontact met het AMW dan ook als een gemis. Er zijn echter, zoals opgemerkt, grote verschillen tussen RIAGG's. Meer specialistisch opererende RIAGG's (in de grootstedelijke en verstedelijkte regio) hebben minder contacten met het AMW dan hun collega's in de plattelandsregio.

6.2.2 *De visie van de eerstelijns*

In deze paragraaf geven we een overzicht van de inhoud van de samenwerking zoals die volgens huisartsen en maatschappelijk werkers tussen de eerstelijns en de GGZ bestaat¹¹⁷. Daarbij onderscheiden we dezelfde aspecten als in de vorige paragraaf.

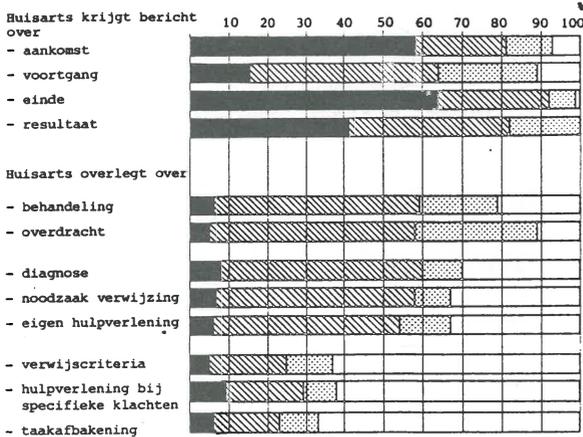
Berichtgeving over patiënten

Berichtgeving over verwezen patiënten is een belangrijke voorwaarde om samenwerking tot stand te brengen. Als een huisarts of maatschappelijk werker een patiënt verwijst, kan het voor hem of haar van belang zijn te weten of deze ook bij de GGZ-instelling is aangekomen, hoe de voortgang van de behandeling verloopt, wanneer de hulpverlening is beëindigd en wat daarvan het resultaat is.

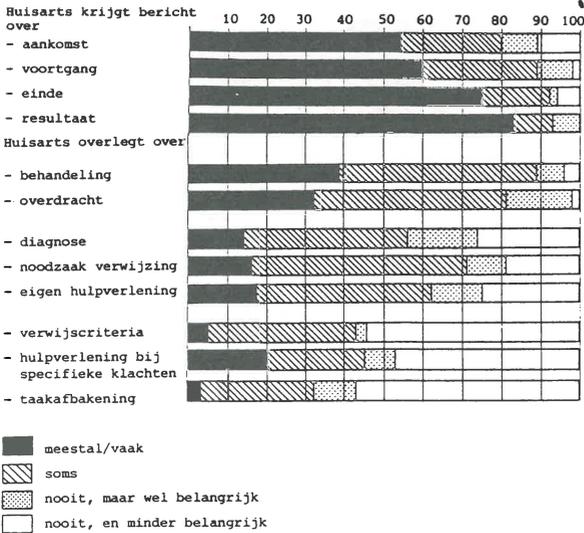
Uit de figuren blijkt dat de meeste huisartsen van alle instellingen tenminste incidenteel bericht ontvangen over alle genoemde onderwerpen. Wel wordt de voortgang van de behandeling wat onderbelicht: ongeveer een vijfde tot een kwart van de huisartsen zegt daarover nooit bericht te ontvangen en dat wel belangrijk te vinden. Eveneens een vijfde van de respondenten mist berichtgeving van de RIAGG over het resultaat van de behandeling.

In de berichtgeving zijn regionale verschillen te zien. Huisartsen in de grotestadsregio zeggen méér bericht te ontvangen van de RIAGG, collega's in de plattelandsregio memoreren méér bericht vanuit de poliklinieken.

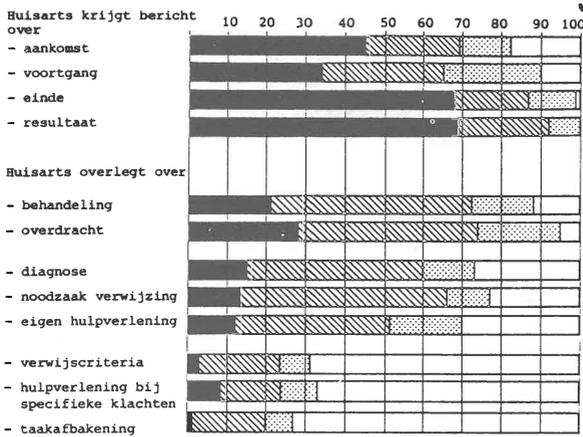
Figuur 6.10 Berichtgeving van en overleg met RIAGG-medewerkers: de visie van huisartsen (percentages respondenten; n = ca. 195)



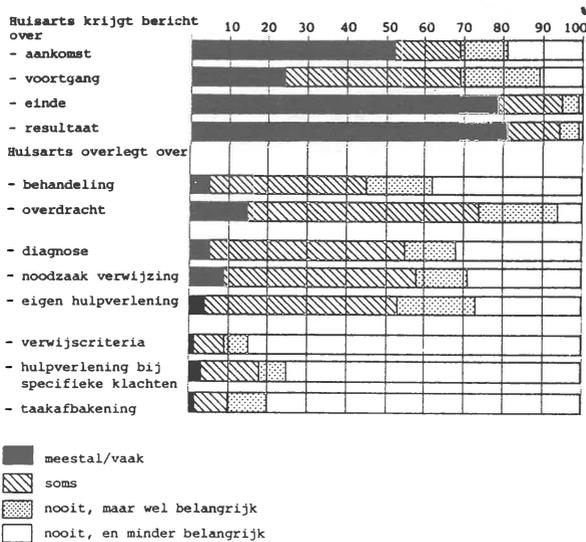
Figuur 6.11 Berichtgeving van en overleg met vrijgevestigde psychologen: de visie van huisartsen (percentages respondenten; n = ca. 45)



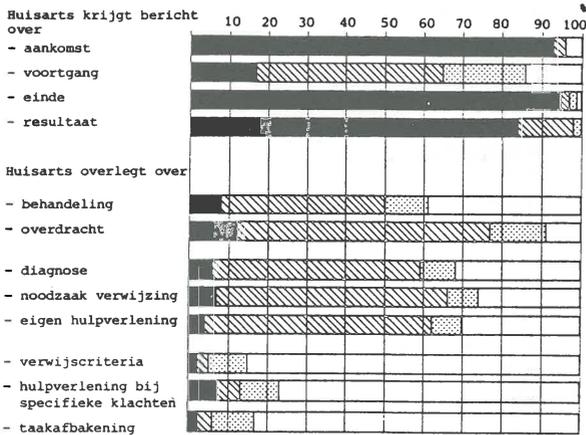
Figuur 6.12 Berichtgeving van en overleg met vrijgevestigde psychiaters: de visie van huisartsen (percentages respondenten; n = ca. 60)



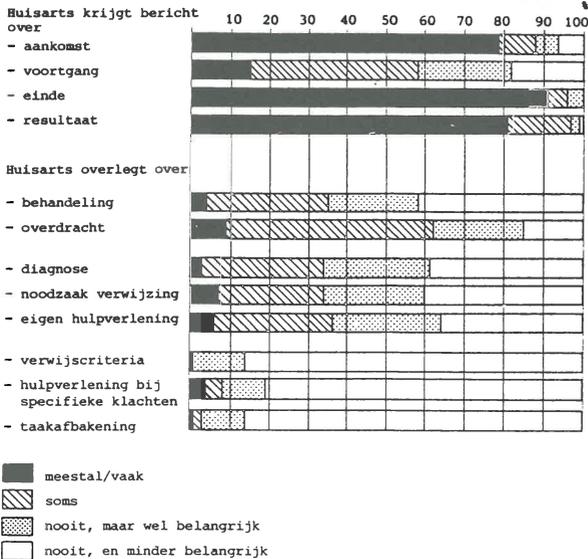
Figuur 6.13 Berichtgeving van en overleg met polikliniekmedewerkers: de visie van huisartsen (percentages respondenten; n = ca. 150)



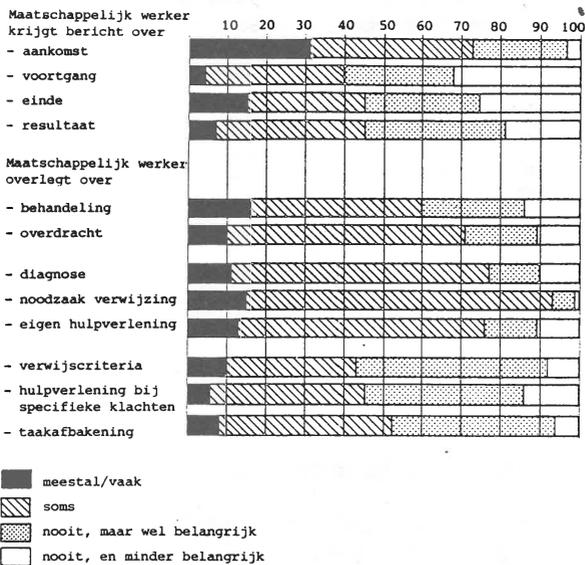
Figuur 6.14 Berichtgeving van en overleg met PAAZ-medewerkers: de visie van huisartsen (percentage respondenten; n = ca. 120)



Figuur 6.15 Berichtgeving van en overleg met APZ-medewerkers: de visie van huisartsen (percentages respondenten; n = ca. 100)



Figuur 6.16 Berichtgeving van en overleg met maatschappelijk werkers en RIAGG-medewerkers: de visie van maatschappelijk werkers (percentages respondenten; n = ca. 70)



Van de maatschappelijk werkers geeft een kleiner deel aan bericht van de RIAGG te krijgen over de genoemde onderwerpen, dan van de huisartsen.

Overleg over verwezen patiënten

Van overleg over de behandeling van verwezen patiënten is minder sprake dan van (meer routinematige) berichtgeving daarover. Met vrijgevestigde hulpverleners - en dan vooral

met psychologen – vindt dat overleg frequenter plaats dan met anderen.

Overleg over de overdracht van de behandeling komt wat vaker voor. Desondanks zijn de percentages huisartsen die dergelijk overleg missen, vrij groot: eenderde van de artsen met contacten met de RIAGG, ongeveer een vijfde van de artsen met contacten met poliklinieken, psychiaters en APZ. In de grotestadsregio vindt dit overleg met de RIAGG iets méér plaats dan elders, terwijl in de plattelandsregio méér met de poliklinieken over de overdracht wordt gepraat.

Overigens voelen huisartsen zich betrokken bij de nazorg aan patiënten die na een opname worden ontslagen. Van de artsen met contacten met PAAZ of APZ (n=120) noemt 51% de nazorg aan deze patiënten wèl een taak van de huisarts en slechts 1% niet. In de praktijk is 47% van de artsen vaak, 50% soms en slechts 3% nooit bij nazorg betrokken.

In vergelijking met de huisartsen melden méér maatschappelijk werkers overleg met de RIAGG over verwezen patiënten. Toch mist een kwart van hen overleg over de hulpverlening door de RIAGG.

Patiëntgebonden dienstverlening

Onder patiëntgebonden dienstverlening verstaan we alle hulp die door GGZ-instellingen aan de eerstelijns wordt gegeven ten einde hulpverlening aan (nog) niet verwezen patiënten mogelijk te maken. Van de huisartsen heeft de helft tot tweederde contacten waarin advies wordt gegeven over het stellen van de diagnose, de noodzaak van de verwijzing of de aard van de hulp die de arts zelf kan geven. Daarbij wordt even vaak de hulp ingeroepen van RIAGG, poliklinieken, vrijgevestigde hulpver-

leners en PAAZ; ten aanzien van het APZ bestaat kennelijk enige aarzeling.

Van de maatschappelijk werkers heeft ongeveer viervijfde overleg met de RIAGG over deze onderwerpen. Niet uit het figuur af te leiden is dat maatschappelijk werkers met een smalle taakopvatting en met weinig cliënten met psychosociale problematiek wat vaker de hulp van de RIAGG inroepen dan anderen ($r=.20$, resp. $.30$, $p<.05$).

Niet-patiëntgebonden dienstverlening

De eerstelijns en de GGZ kunnen met elkaar in contact treden over algemene thema's die niet rechtstreeks betrekking hebben op een patiënt: het ontwikkelen van verwijscriteria, hulp bij specifieke problemen, taakafbakening.

Van de huisartsen maken maar kleine groepen melding van dergelijke contacten, waarbij vooral vrijgevestigde psychologen betrokken zijn. De intramurale sector benadert men zelden met dergelijke vragen en ook van de artsen met contacten met de RIAGG voert niet meer dan telkens een kwart overleg over deze onderwerpen. Van de mogelijke onderwerpen komt de hulpverlening bij specifieke klachten relatief het meest frequent aan de orde.

Maatschappelijk werkers blijken iets eerder geneigd te zijn met de RIAGG overleg te voeren over algemene onderwerpen. Van de helft die dat niet doet, vindt het grootste deel het wèl belangrijk.

In de figuren is het onderwerp preventie niet expliciet aan de orde gesteld, omdat dat in feite alleen in de contacten tussen eerstelijns en RIAGG een rol speelt. Van veel samenwerking op dit gebied is echter geen sprake. 16% van de huisartsen over-

legt incidenteel met de RIAGG over gezondheidsbedreigende problemen, 8% werkt aan gezamenlijke projecten en slechts 5% zegt patiënten te 'werven' ten behoeve van de activiteiten van de RIAGG. Een vrij grote groep (20%) zegt de samenwerking op dit gebied wel te missen.

De cijfers voor de maatschappelijk werkers zijn vergelijkbaar, zij het dat er onder hen méér belangstelling voor preventie blijkt te bestaan: 40 tot 50% zegt samenwerking met de RIAGG te missen.

Waar in deze paragraaf de samenwerking tussen eerstelijns en RIAGG aan de orde werd gesteld, is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende afdelingen. Uit de enquête blijkt dat veel hulpverleners in de eerstelijns de RIAGG als één geheel beschouwen: 52% van de huisartsen en 48% van de maatschappelijk werkers vinden dat de samenwerking met de verschillende afdelingen identiek verloopt. 25% van de huisartsen en 15% van de maatschappelijk werkers vinden dat het contact met de afdeling sociale geriatric beter verloopt; 19%, respectievelijk 21% hebben gunstigere ervaringen met de afdeling sociale psychiatrie.

6.3 *Het ontbreken van samenwerking*

Indien samenwerking tussen eerstelijns en GGZ ontbreekt, zijn daarvoor verschillende redenen denkbaar. Men kan de oorzaken voor het afwezig zijn van contacten terugvoeren op de structuur of het werkterrein van het andere echelon, of op meer subjectieve factoren als de 'houding' en de 'benadering' van de ander. Men kan ook belemmeringen zien in factoren die verband houden met de eigen instelling of de specifieke functie die men daarbinnen bekleedt.

In deze paragraaf geven we een overzicht van de meningen van individuele hulpverleners over het ontbreken van contact. Daarnaast komen ook degenen aan het woord die wel contacten hebben, maar weinig frequent.

6.3.1 *De visie van de GGZ*

In paragraaf 6.1.1 zagen we dat 86% van de RIAGG-medewerkers op een of andere wijze contacten onderhoudt met huisartsen: 14% heeft dus geen contacten met huisartsen. Van de 86% die wel contacten heeft, heeft tweederde (te) weinig contacten. Het resterende deel (eenderde van die 86%) heeft naar eigen idee voldoende overleg. Dat wil zeggen dat 34% van *alle* RIAGG-respondenten tevreden is met de contacten die ze op dit moment onderhouden met huisartsen. Opvallend is dat bijna de helft van de RIAGG-respondenten die tevreden zijn met het contact geen frequente contacten met huisartsen onderhoudt. Men heeft blijkbaar genoeg aan incidentele contacten.

De redenen van degenen die weinig contact met huisartsen hebben (tweederde van alle RIAGG-respondenten), zijn: gebrek aan tijd (20%), contact met huisartsen behoort niet tot de taak van de RIAGG-medewerker (16%), of men vindt dat de huisarts geen belangstelling heeft voor de RIAGG (11%). Minder frequent worden genoemd: geen behoefte aan contact (7%), de organisatiestructuur van de RIAGG (7%), een combinatie van gebrek aan tijd en gemis aan belangstelling van de huisarts (8%) het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (2%). De overige 29% geeft verschillende combinaties van bovengenoemde factoren aan.

Opvallend is dat de RIAGG niet schroomt om de hand in eigen boezem te steken: bijna de helft geeft redenen die te

maken hebben met het functioneren van de RIAGG of de specifieke positie die men hierbinnen inneemt. 'Slechts' 11% verwijt de huisarts gebrek aan belangstelling en niet meer dan 2% wijt het ontbreken van contact aan het niet aanwezig zijn van gemeenschappelijke patiënten. Als tweede valt op dat de redenen gedifferentieerd zijn: behalve de tijdsfactor is er geen substantiële categorie.

Van de RIAGG-medewerkers heeft 60% contact met het AMW. Bijna tweederde van hen acht dat contact onvoldoende. Degenen die weinig contact met het AMW hebben (75% van de RIAGG-respondenten) geven als voornaamste reden het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (45%). Andere redenen zijn van minder groot belang: het zit niet in mijn takenpakket (10%), gebrek aan tijd (9%), de RIAGG-organisatiestructuur (3%) en het ontbreken van behoefte aan contact (5%). Ook wordt genoemd dat het AMW geen belangstelling heeft voor de RIAGG (6%). De overige 22% geeft een combinatie van deze factoren aan.

Terwijl RIAGG-medewerkers ten aanzien van het ontbreken van contacten met huisartsen dus geneigd zijn de hand in eigen boezem te steken, noemen ze inhoudelijke redenen ('geen gemeenschappelijkheid') als voornaamste reden voor het ontbreken van contact met het AMW.

Van de vrijgevestigde psychologen en psychiaters heeft 92% contact met huisartsen; bijna tweederde van hen acht dat onvoldoende. Van de vrijgevestigden heeft 64% dus geen of naar eigen mening onvoldoende overleg met huisartsen. De redenen daarvan lopen uiteen. Men noemt het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (11%), ontbreken van behoefte aan contact (8%), verwaarloosbaar werkzaam als vrijgevestigde in het jaar 1985 (13%) en slechte ervaringen

met huisartsen (5%). De overige redenen vormen een combinatie van deze factoren. Opvallend is dat de meest genoemde reden het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie is.

Van de vrijgevestigden onderhoudt 62% geen contacten met het AMW. Van de overige 38%, acht eenderde de contacten die ze onderhoudt onvoldoende. 76% van de vrijgevestigden heeft dus geen of als onvoldoende aangemerkt contact met het AMW. Redenen daarvan zijn vooral het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (36%), het gemis aan belangstelling bij het AMW (14%) of een combinatie van deze twee (11%). De overige redenen lopen uiteen: slechte ervaringen (7%), geen behoefte aan contact met het AMW (4%), de structurele positie van de vrijgevestigde (14%) of een combinatie hiervan (14%).

Alle polikliniek-medewerkers hebben contacten met huisartsen. De helft van hen vindt die contacten onvoldoende. Wegens gebrek aan tijd (23%) of gebrek aan tijd in combinatie met het ontbreken van behoefte of gemeenschappelijke patiënten (47%) ziet men geen mogelijkheden om die uit te bouwen.

Van de polikliniek-medewerkers heeft 70% contact met het AMW. Zij achten dit voldoende. De 30% die geen contact heeft, voert als reden hiervoor aan: het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie en het ontbreken van tijd.

Wat betreft de intramurale GGZ zagen we al dat zowel PAAZ- als APZ-medewerkers in vrijwel alle gevallen contact hebben met huisartsen. Dertig procent vindt die contacten onvoldoende en bijna de helft van hen voert het takenpakket als reden hiervoor aan.

De helft van de PAAZ- en APZ-medewerkers heeft contacten met het AMW. Wanneer men geen contact heeft (de andere helft dus) geeft men als reden daarvoor aan: geen gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (PAAZ 20%, APZ 50%), geen behoefte aan contact (PAAZ 10%, APZ 20%), niet in het takenpakket (PAAZ 50%, APZ 10%).

Samengevat: de meeste GGZ-hulpverleners hebben naar eigen zeggen (te) weinig contact met de eerstelijns. In een beperkt aantal gevallen wil men het niet, en dan gaat het vooral om contact tussen AMW enerzijds en vrijgevestigden, poliklinieken en intramurale GGZ anderzijds. Over het contact met de huisarts is de onvrede groter. Sommigen geven aan dat een deel van het gebrek aan contact te verklaren is uit het ontbreken van een gemeenschappelijk patiëntenpopulatie (vooral vrijgevestigden en polikliniekmedewerkers), maar de meeste noemen daarnaast technische redenen als tijdgebrek en een onduidelijke structuur van de eigen organisatie (RIAGG).

6.3.2 *De visie van de eerstelijns*

In deze paragraaf bekijken we de keerzijde van de samenwerking en beantwoorden de vraag waarom huisartsen en maatschappelijk werkers in het geheel geen contacten met GGZ-instellingen onderhouden of, als ze dat wèl doen, in die contacten naar eigen zeggen weinig frequent overleg voeren. Uit tabel 6.11 blijkt dat voor de *huisartsen* de afwezigheid van de voorziening de belangrijkste reden is voor het ontbreken van contacten: bijna 20% van de respondenten heeft om die reden geen contact met de polikliniek van de APZ, terwijl ongeveer de helft aangeeft geen vrijgevestigde hulpverleners in de buurt te kennen.

Voor zover huisartsen wèl contact onderhouden met de verschillende instellingen is gebrek aan belangstelling (volgens de onderste helft van de tabel) telkens de meest genoemde reden voor het – in de ogen van de huisartsen zelf – weinig frequent voorkomen van overleg. 15% van alle artsen geeft aan weinig met de RIAGG te overleggen omdat men niet weet wie daarvoor te benaderen.

Tabel 6.11 Redenen voor het ontbreken van werkcontacten of van frequent overleg tussen huisartsen en AMW en GGZ-instellingen; percentages respondenten (n=209)*

	Psycho- loog	Psychi- ater	Poli PAAZ	Poli APZ	PAAZ	APZ
% Artsen zonder contact**	76	65	25	42	36	42
Niet aanwezig***	34	30	9	19	10	14
Aanbod onbekend	19	11	3	6	6	6
Hulpverleners onbek.	27	20	7	11	8	10
Aanbod niet geschikt	11	9	3	4	6	5
Overig	12	9	8	10	7	9
Onbekend	10	12	7	10	14	16
	AMW	RIAGG	vrij- gevest.	poli kliniek	PAAZ/ APZ	
% Artsen met 'weinig' overleg	31	46	21	39	35	
Tijdgebrek***	9	10	1	5	6	
Onbekendheid instel.	2	15	-	9	8	
Onvoldoende nut	13	13	2	8	6	
Weinig behoefte	10	18	11	22	19	
Overig	6	8	7	5	4	

* De genoemde percentages zijn telkens berekend over alle respondenten.

** AMW en RIAGG zijn buiten beschouwing gelaten omdat vrijwel alle huisartsen daarmee contact onderhouden.

*** Meerdere redenen konden worden aangegeven.

Tabel 6.12 Redenen voor het ontbreken van werkcontacten of van frequent overleg tussen maatschappelijk werkers en huisartsen en GGZ-instellingen; percentages respondenten (n=76)*

	Psycho- loog	Psychi- ater	Poli- klinik	PAAZ/ APZ
% MW'ers zonder contact**	84	87	36	59
Niet aanwezig***	38	42	7	4
Geen gemeensch. cliënten	32	33	28	45
Geen behoefte	11	11	-	3
Weinig belangstelling ander	9	9	5	14
Overig	12	9	3	1
Onbekend	7	7	-	1
		Huisarts		RIAGG
% MW'ers met weinig 'overleg'		39		67
Tijdgebrek***		9		7
Onbekendheid instelling		-		9
Onvoldoende nut				7
Weinig behoefte		-		5
Weinig gemeensch. cliënten		7		41
Weinig belangstelling ander		33		28
Slechte ervaringen		5		11
Onbekend		3		11

* De genoemde percentages zijn telkens berekend over alle respondenten.

** Huisarts en RIAGG zijn buiten beschouwing gelaten omdat alle maatschappelijk werkers daarmee contact onderhouden.

*** Meerdere redenen konden worden aangegeven.

Ook voor maatschappelijk werkers (tabel 6.12) is de afwezigheid van voorzieningen de belangrijkste reden voor het ontbreken van contacten: ongeveer 40% van de respondenten geeft aan om die reden geen contact met vrijgevestigde psychologen of psychiaters te onderhouden.

Kijken we naar de redenen die maatschappelijk werkers aangeven voor het weinig frequent voorkomen van overleg met huisartsen en RIAGG – de andere voorzieningen laten we, door het geringe aantal respondenten dat daarmee contacten onderhoudt, buiten beschouwing – dan blijkt een ervaren gebrek aan belangstelling bij de ander een belangrijke rol te spelen: ongeveer een derde van de respondenten geeft dat als reden aan, zowel ten aanzien van huisartsen als ten aanzien van de RIAGG. Wat die laatste instelling betreft speelt ook het vrijwel ontbreken van gemeenschappelijke cliënten een rol.

6.4 *Samenvatting en conclusie*

In dit hoofdstuk is een gedetailleerd beeld geschetst van de samenwerking tussen eerstelijns en GGZ, zoals die in de praktijk gestalte krijgt. Daarbij is achtereenvolgens aandacht besteed aan de frequentie van de werkcontacten en aan de inhoud daarvan, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen overleg rond verwijzingen, nazorg, patiëntgebonden dienstverlening, niet-patiëntgebonden dienstverlening en preventie. In deze laatste paragraaf worden de resultaten geordend naar de inhoud van deze contacten en worden enkele conclusies getrokken.

Een redelijk tot groot percentage van eerstelijns- en GGZ-hulpverleners heeft contact met elkaar. Daarbinnen nemen RIAGG en huisarts de belangrijkste plaats in. Wanneer men echter kijkt naar de hoeveelheid tijd die zowel GGZ- als eer-

stelijns hulpverleners aan die contacten besteden, dan blijkt dat die contacten vrij minimaal zijn: de gemiddelde eerstelijns- of GGZ-hulpverlener besteedt er ongeveer een half uur per week aan. Die tijd lijkt dan vooral besteed te worden aan contact over verwijzingen naar de GGZ, en meer in het algemeen aan direct-patiëntgebonden contacten. Contacten die betrekking hebben op andere onderwerpen dan de directe zorg voor patiënten, zoals deskundigheidsbevordering of preventie, nemen een kleine plaats in.

Dat men in het algemeen meer gericht is op contacten rond concrete patiënten, en binnen die categorie contacten vooral op berichtgeving (de formeel-administratieve kant), kan als een indicatie gezien worden voor het feit dat 'functionele' contacten als vanzelfsprekender, althans als 'gemakkelijker' beschouwd worden.

Meer dan de helft van de hulpverleners van beide echelons zegt weinig contacten te hebben. Als belangrijkste redenen voor het ontbreken van (frequent) contact worden genoemd: tijd en het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie (GGZ), geen behoefte (huisarts) en geen belangstelling vanuit de GGZ (AMW). Deze gegevens zijn opvallend, want ze betekenen dat het intensiveren van contacten moeilijk zal zijn. Behalve tijd, zijn belemmeringen als het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie en het ontbreken aan behoefte niet zonder meer en op korte termijn van buitenaf te veranderen.

Nagegaan is verder of bepaalde kenmerken van hulpverleners een structurele invloed hebben op samenwerking. Er komt geen coherent beeld naar voren. De invloed van kenmerken varieert met het type contact en de inhoud ervan en met de gene met wie men dat contact heeft. Dit sluit aan bij conclusies uit andere hoofdstukken, in die zin dat samenwerking niet

simpelweg de afhankelijke variabele is in een samenspel van factoren, maar ook (en vooral) bepaald wordt door een (beleids)keuze van betrokkenen en de bereidheid tot medewerking van de andere partij.

De verschillende thema's die onderwerp van contact kunnen zijn, zullen we in het navolgende nalopen. Allereerst de *verwijzingen*.

Wat betreft verwijzingen neemt de RIAGG een centrale plaats in voor zowel huisarts als AMW. De gemiddelde huisarts verwijst per jaar ruim dertig patiënten naar AMW en GGZ, waarvan een derde naar het AMW, een derde naar de RIAGG en een derde naar de overige GGZ-voorzieningen. Op het aantal verwijzingen heeft de praktijkvorm van de huisarts enige invloed: artsen in gezondheidscentra verwijzen meer naar het AMW en minder naar de RIAGG dan solisten. Andere kenmerken (als taakopvatting, praktijkgrootte of oordeel over de GGZ) zijn nauwelijks van invloed. Problemen die men naar de GGZ verwijst zijn van verschillende aard en ernst.

Het AMW verwijst alleen naar de RIAGG (verwijzingen van niet-medici naar (poli)klinieken zijn niet mogelijk). Het gaat om ongeveer 5 patiënten per jaar (relatief veel in het licht van de Erkenningsnormen RIAGG, en meer dan uit de JOINT-gegevens blijkt). Het aantal verwijzingen van AMW naar de RIAGG hangt positief samen met de caseload van het AMW.

Verwijzingen vinden meestal zonder overleg plaats. Huisartsen met contact met vrijgevestigde psychologen overleggen naar eigen zeggen frequent over de behandeling (maar dat aantal huisartsen is vrij klein). Met de RIAGG, waarnaar huisartsen veruit het meeste verwijzen, hebben huisartsen veel incidenteler overleg. Van de huisartsen heeft 40% geen overleg over verwijzing met de RIAGG en de helft daarvan ervaart het

ontbreken niet als een gemis. De RIAGG-medewerkers zelf noemen een hoger percentage verwijsoverleg dan de huisartsen, en ervaren het ontbreken van overleg ook meer als een gemis.

De discrepantie tussen eerstelijns en GGZ wat betreft contacten over verwijzing laat zich aldus samenvatten. De eerstelijns pleegt weinig overleg over een voorgenomen verwijzing, op de hoogte gehouden worden van de GGZ-behandeling stelt ze zeer op prijs. Bovendien zou ze graag na het einde van de GGZ-behandeling worden benaderd voor overleg. De GGZ draait dat om: overleg maar van te voren, maar laat de behandeling en de afsluiting aan ons over.

Verwijzing is dus typisch een onderwerp waarbij beide echelons menen dat de ander de eerste stap moet zetten. Net voor de verwijzing, zo meent de GGZ, zou de huisarts vaker contact moeten opnemen, en na afloop van de behandeling, zo meent de huisarts, zou de GGZ moeten overleggen. Beide vormen van contact komen weinig voor. Verwijzing en 'overdracht' aan de eerstelijns worden daardoor nogal formeel benaderd. Men "doet" wel frequent aan berichtgeving, maar overlegt weinig met elkaar over de zorg.

Tweede van de huisartsen en vierde van de maatschappelijk werkers hebben, zo nu en dan, en naar hun eigen zeggen, contacten met de GGZ waarin hen *advies* gegeven wordt hoe te handelen ten aanzien van een specifieke patiënt. Als de eerstelijns contact zoekt om advies, is ze daarin niet eenkenig: afgezien van een lichte aarzeling ten opzichte van het APZ roepen huisartsen even vaak de hulp in van RIAGG, polikliniek, PAAZ en vrijevestigden. Het advies heeft, in vergelijkbare mate, betrekking op het stellen van de juiste diagnose, de precieze hulp die de eerstelijns zou kunnen geven en de

noodzaak van een verwijzing. Eénderde van de huisartsen en éénvijfde van de maatschappelijk werkers hebben geen overleg, en vinden dat, in de meeste gevallen, ook niet belangrijk. Huisartsen die geen contact hebben (en wensen) zijn oververtegenwoordigd bij de solistisch werkende huisartsen met een grote praktijk. Maatschappelijk werkers die geen contact wensen met de RIAGG zijn vooral zij, die de RIAGG als concurrent lijken te zien. Maatschappelijk werkers met een smalle taakopvatting en weinig patiënten met psychosociale problematiek, roepen significant vaker de hulp van de RIAGG in.

De eerstelijns en de GGZ kunnen met elkaar in contact treden over *algemene thema's* die niet rechtstreeks betrekking hebben op een patiënt. Het gaat dan om onderwerpen als verwijscriteria, taakafbakening en hulp bij specifieke soorten problemen. Het initiatief tot zo'n overleg kan van beide partijen komen. Dit type (niet-patiëntgebonden) contact komt minder voor dan de patiëntgebonden contacten. Minder dan de helft van de eerstelijns werkers maakt melding van dergelijke contacten, en minder dan de helft van de GGZ-medewerkers zegt benaderd te worden over niet-patiëntgebonden thema's. Zo huisartsen al een algemeen advies zoeken, dan is dat in de trant van 'wat moet ik doen als ik met klacht X geconfronteerd wordt'. Zo'n 50% van de huisartsen heeft hierover overleg met het AMW, en zo'n 30% met de RIAGG. Overleg over het ontwikkelen van verwijscriteria en taakafbakening komt bij huisartsen (nog) minder frequent voor, en men hecht er ook weinig belang aan.

In tegenstelling tot de patiëntgebonden adviezen, is de huisarts wat eenkenniger als het gaat om advies in algemene zin. Met de vrijgevestigde psycholoog bestaat het meeste contact op dit gebied (indien de huisarts überhaupt contact

met hem heeft, en dat is de minderheid). De intramurale sector benadert men zelden met algemene vragen, en ook de RIAGG slechts in een kwart van de gevallen.

Maatschappelijk werkers blijken iets eerder geneigd overleg te voeren over algemene zaken met de GGZ, maar ook nu betreft het maar de helft van de beroepsgroep. Van de helft die géén contact heeft, zegt de helft zo'n contact wel belangrijk te vinden. RIAGG-hulpverleners bevestigen dit beeld: ze hebben iets meer overleg met maatschappelijk werkers dan met de huisarts, maar in beide gevallen menen ze dat meer contact beter zou zijn.

Overleg van en samenwerking rond *preventie* tussen de eerstelijns en de GGZ komt over het algemeen weinig voor. Als de beide sectoren contact met elkaar onderhouden gaat dat toch meestal over andere onderwerpen. Het gezamenlijk signaleren van gezondheidsbedreigende problemen blijkt, onafhankelijk van de overlegpunten, daarbij sterk hoger te scoren dan minder vrijblijvende activiteiten als het gezamenlijk opzetten van preventie-activiteiten.

Het ontbreken van preventie-overleg wil niet zeggen dat dit door de betrokkenen als 'onbelangrijk' wordt bestempeld. Kijken we naar het trio huisarts, AMW en RIAGG, dan komt naar voren dat overleg over preventie vooral gemist wordt door maatschappelijk werkers en RIAGG-medewerkers: bij het AMW vooral ten opzichte van de RIAGG (omstreeks de helft van de maatschappelijk werkers signaleert dit gemis), bij de RIAGG vooral ten opzichte van de huisartsen (ongeveer de helft).

7 SAMENVATTING, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een onderzoek naar de samenwerking tussen eerstelijns(gezondheids)zorg en geestelijke gezondheidszorg. De achtergrond van dit onderzoek ligt in het beleid van de landelijke overheid, dat er – in het kort – op is gericht méér samenhang in de zorgverlening tot stand te brengen. Een goede samenwerking tussen eerstelijns en GGZ geldt als een belangrijke voorwaarde om dat doel te bereiken. In dit onderzoek is nagegaan hoe die samenwerking op dit moment gestalte krijgt, welke factoren daarop van invloed zijn, welke knelpunten er zijn en welke wensen er bij de deelnemende partijen leven met betrekking tot een mogelijke verbetering.

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten is een tweetal relativerende kanttekeningen op zijn plaats. In de eerste plaats geeft dit verslag een statisch beeld van een veld dat voortdurend in beweging is. De situatie sinds 1985 – het jaar waarop het onderzoek betrekking heeft – kan veranderd zijn. Bovendien brengt de gehanteerde methode – schriftelijke enquêtes en vraaggesprekken, met zich mee dat het verkregen inzicht vooral gebaseerd is op subjectieve indrukken. Weliswaar kunnen indrukken vergeleken worden met andere indrukken en andere respondenten, 'onomstotelijke gegevens' worden op deze manier niet verkregen. Dit geldt uiteraard voor de resultaten die betrekking hebben op meningen en opvattingen over het andere echelon, maar speelt ook een rol bij de gerapporteerde intensiteit van de samenwerking.

In dit slothoofdstuk wordt op twee manieren een beeld geschetst van het onderzoek: allereerst in de vorm van een samenvatting van de belangrijkste bevindingen, daarna – in de paragraaf 'discussie' – een meer beschouwende bespreking van

de resultaten met als doel het geven van aanbevelingen voor het beleid ten aanzien van de relatie eerstelijns(gezondheids)zorg en geestelijke gezondheidszorg.

7.1 *Samenvatting*

In het kader van het onderzoek zijn – in drie regio's – alle betrokken hulpverleners met een schriftelijke vragenlijst benaderd: huisartsen en algemeen maatschappelijk werkers in de eerstelijns, vrijgevestigde psychologen en psychiaters, medewerkers van de RIAGG's en medewerkers van de poliklinieken, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en algemene psychiatrische ziekenhuizen in de GGZ. Deze opzet maakte het mogelijk om de samenwerking van twee kanten te bekijken. Door het onderzoek tot drie regio's te beperken konden de gegevens uit de schriftelijke vragenlijsten bovendien worden aangevuld met gegevens over de organisatie en het beleid van de betrokken instellingen, verzameld in gesprekken met de directies. De regio's zijn zo gekozen dat verschillen in zorgcapaciteit minimaal zijn, en de geografische verschillen – stad, verstedelijkt gebied, platteland – groot. Overigens is in het kader van dit onderzoek niet precies na te gaan op welke manier die verschillen doorwerken in de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg.

Om de regionaal verzamelde gegevens althans voor een belangrijk deel met landelijke cijfers te kunnen vergelijken, is voor één van de betrokken partijen – de huisartsen – ook op landelijke schaal onderzoek verricht.*

* De resultaten van dit landelijk onderzoek zijn in een apart deelrapport vastgelegd (Visser en De Ridder, 1987).

Bij het analyseren van de gegevens bleken noch de verschillen tussen de 'landelijke' en de 'regionale' huisartsen, noch die tussen de respondenten in de drie regio's onderling bijzonder groot, enkele (opvallende) uitzonderingen daargelaten. Bij het weergeven van de resultaten is daarom gekozen voor een globale ordening per echelon.

In dit rapport wordt het begrip 'psychosociale problematiek' breed opgevat als een overkoepelend begrip waarin zowel psychische en sociale aspecten vallen, met inbegrip van de psychiatrische aspecten.

Ook het begrip 'samenwerking' heeft in dit onderzoek een brede betekenis. Daaronder wordt het geheel van werkcontacten verstaan tussen twee (of meer) hulpverleners van verschillende instanties, ongeacht de inhoud daarvan. Structuur is aangebracht door het begrip in vier hoofdstukken vanuit evenzoveel invalshoeken te belichten: voorwaarden voor samenwerking (de 'onderkant van samenwerking'), afspraken over samenwerking, wederzijdse beeldvorming en de samenwerking in de praktijk (de 'bovenkant van samenwerking').

In deze paragraaf beschrijven we in het kort de belangrijkste karakteristieken van de onderzochte samenwerkingsrelaties. Voor een meer gedetailleerde samenvatting rond de genoemde invalshoeken verwijzen we naar de slotparagrafen van de betreffende hoofdstukken.

Eerstelij n en RIAGG

Van de onderzochte relaties tussen eerstelij n en GGZ komen contacten tussen huisartsen en RIAGG het meest frequent voor. Vrijwel alle artsen (97%) onderhouden contacten met de RIAGG en vrijwel alle medewerkers van de RIAGG (84%) onderhouden contacten met één of meer huisartsen. Ook gaat

ongeveer de helft van de patiënten die door huisartsen naar GGZ-instellingen worden verwezen, naar de RIAGG.

In overeenstemming hiermee is de bevinding dat huisartsen redelijk op de hoogte zijn van het functioneren van de RIAGG en dat de RIAGG dat ook stimuleert: alle instellingen ondernemen – op verschillende manieren – pogingen om huisartsen over hun werkwijze te informeren, waarbij de nadruk ligt op de organisatorische aspecten.

Dit alles betekent niet dat de samenwerking ook probleemloos verloopt. Huisartsen leveren kritiek op de organisatie van de RIAGG: bijna 60% vindt de organisatiestructuur niet inzichtelijk en ongeveer 40% memoreert lange wachttijden. Een even grote groep vindt dat de inbreng van de huisarts onvoldoende wordt gehonoreerd. Ook het oordeel over de hulpverlening zelf is – althans in vergelijking met het oordeel over andere GGZ-voorzieningen – ongunstiger: 38% van de huisartsen acht de behandeling door de RIAGG doorgaans adequaat, terwijl dit percentage bij andere GGZ-voorzieningen uiteenloopt van 56% tot 79%. Het kan overigens wel zo zijn dat de huisarts zich in zijn oordeel laat leiden door het type problemen dat de verschillende GGZ-voorzieningen behandelen. De huisarts schrijft, gezien het uiteenlopende karakter van problemen die hij naar de RIAGG verwijst, de RIAGG een breed hulpaanbod toe. Huisartsen die RIAGG-medewerkers persoonlijk zeggen te kennen (en dat is een grote meerderheid: 78%), laten zich overigens positiever over de RIAGG uit dan anderen.

Anderzijds vinden de medewerkers van de RIAGG de huisartsen wel geïnteresseerd in het verloop van de behandeling van verwezen patiënten, maar onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden die de RIAGG – inhoudelijk – heeft te bieden. Een kwart van hen vindt dat huisartsen patiënten door-

gaans te laat verwijzen. De goede wil, zo lijkt het, loopt stuk op de organisatie: de RIAGG krijgt moeilijk toegang tot de 'versnipperde' huisartsenwereld, huisartsen weten niet bij wie ze in de RIAGG terecht kunnen.

Ondanks die organisatorische problemen wordt in de praktijk vrij veel overleg gevoerd: zowel van de huisartsen als van de RIAGG-medewerkers overlegt ruim de helft wel eens met 'de ander', met een frequentie van één tot twee uur per maand. Het zijn vooral de afdelingen sociale psychiatrie en psychogeriatric die in dit opzicht actief zijn; omgekeerd zijn het ook juist deze afdelingen waarmee volgens de huisartsen de contacten beter verlopen.

Contacten tussen huisartsen en RIAGG zijn vooral patiëntgericht, met een zwaar accent op de berichtgeving over en weer. Zo geeft ongeveer 80% van de RIAGG-medewerkers huisartsen vaak bericht over de aankomst van patiënten en over het einde en het resultaat van de behandeling; over de voortgang van de behandeling bericht slechts een kwart van de respondenten vaak. Vergelijkbare cijfers onder de huisartsen zijn lager (circa 60%), hetgeen erop zou kunnen wijzen dat de RIAGG vooral met een beperkt aantal - bekende - huisartsen contact heeft. Overleg over algemene onderwerpen (verwijscriteria, taakafbakening) komt minder vaak voor. Ongeveer vijf tot tien procent van de respondenten - zowel onder de huisartsen als onder de RIAGG-medewerkers - heeft dergelijk overleg.

Is het bovenstaande beeld dat de huisarts en de RIAGG van de feitelijke samenwerking schetsen redelijk consistent, op het punt van de behoefte aan (meer) samenwerking lopen de wensen aanzienlijk uiteen. De huisarts mist vooral overleg met de RIAGG over wat hij na beëindiging van de RIAGG-behandeling moet doen (30% van de huisartsen) en in veel mindere mate

overleg over algemene onderwerpen (10% van de huisartsen); de RIAGG-medewerkers melden juist dat ze over algemene onderwerpen als verwijscriteria, taakafbakening en dergelijke overleg met huisartsen missen (afhankelijk van het onderwerp een derde tot de helft van de medewerkers).

Het stroef verlopen van de contacten tussen huisartsen en RIAGG lijkt vooral terug te voeren op organisatorische zaken. In de samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk en RIAGG spelen ook problemen van inhoudelijke aard een belemmerende rol. Maatschappelijk werkers en RIAGG-medewerkers bewegen zich voor een deel immers op hetzelfde terrein, hetgeen – bij het ontbreken van een door alle partijen geaccepteerde taakverdeling – conflicten haast onvermijdelijk maakt. Voorzover AMW- en RIAGG-instellingen structureel overleg met elkaar voeren (maar dat is, in de door ons onderzochte regio's, slechts zeer gedeeltelijk het geval) is die overlap in taken, vooral zichtbaar in hulpverlening bij relatieproblemen, dan ook een belangrijk onderwerp van gesprek.

Voor maatschappelijk werkers lijkt de taakverdeling overigens wel duidelijk te zijn: zij menen dat de RIAGG zich vooral met ernstige problematiek moet bezighouden (en dat ook kan, voegt de helft daaraan toe) waardoor cliënten met lichte problemen door het AMW geholpen zouden kunnen worden: een kwart van de AMW-respondenten is van mening dat veel patiënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht zouden kunnen. Het is overigens de vraag in hoeverre zo'n globale aanduiding aanknopingspunten biedt voor taakafbakening.

In de praktijk is het oordeel van de maatschappelijk werkers over de RIAGG wat ongunstiger dan dat van de huisartsen. Bijna driekwart van hen vindt de organisatiestructuur van de RIAGG niet inzichtelijk en bijna de helft memoreert lange

wachttijden. Daarnaast vindt niet meer dan een kwart de behandeling adequaat, heeft slechts 15% de indruk dat de eigen inbreng voldoende wordt gehonoreerd en meent 60% dat cliënten verbaal begaafd moeten zijn om voor RIAGG-hulp in aanmerking te komen.

RIAGG-medewerkers - van hun kant - hebben een vrij positief beeld van het AMW. Zo vinden in vergelijking met andere hulpverleners in de GGZ méér RIAGG-medewerkers dat het AMW een taak heeft bij het behandelen van psychosociale problematiek en meent bijna 20% van hen dat veel patiënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht zouden kunnen. Toch is 43% van de RIAGG-medewerkers van mening dat het AMW cliënten die hulp van de RIAGG nodig hebben vaak te laat verwijst. Het onderscheid tussen 'lichte' en 'zware' problematiek is dus blijkbaar niet eenduidig. Het lijkt aannemelijk dat de RIAGG zich in haar oordeel over de vraag of er RIAGG-hulpverlening geboden moet worden, meer laat leiden door het aangewezen type interventie dan door de aard of ernst van problemen.

Vanuit de RIAGG bezien komt samenwerking met het AMW minder vaak voor dan met huisartsen: 60% van de RIAGG-medewerkers heeft op enigerlei wijze contact met maatschappelijk werkers, minder dan de helft overlegt wel eens met hen. Omgekeerd hebben negen van de tien maatschappelijk werkers wel eens overleg met de RIAGG, hetgeen deze instelling, net als voor de huisartsen, ook voor maatschappelijk werkers vanuit de belangrijkste samenwerkingspartner in de GGZ maakt.

Hoewel algemeen maatschappelijk werkers formeel niet naar de RIAGG mogen verwijzen (tenzij zij in een samenwerkingsverband met een huisarts functioneren), komt dat in de praktijk regelmatig voor: gemiddeld verwijst ieder van hen vijf cliënten per jaar naar de RIAGG, hetzij 'rechtstreeks', hetzij

door sterk op contact aan te dringen. De meerderheid van de GGZ-respondenten – en zelfs 80% van de RIAGG-medewerkers – vindt dat alle maatschappelijk werkers rechtstreeks naar de RIAGG zouden moeten kunnen verwijzen.

Algemeen maatschappelijk werkers overleggen, evenals huisartsen, weinig met de RIAGG over meer algemene onderwerpen als taakafbakening, verwijscriteria en samenwerking. In tegenstelling tot huisartsen, missen de algemeen maatschappelijk werkers dit overleg wel (40%), evenals de RIAGG-medewerkers (40%).

Eerstelij en vrijevestigden

De samenwerkingsrelatie tussen huisartsen enerzijds en vrijevestigde psychologen en psychiaters anderzijds is de enige waarbij uitsluitend zelfstandige beroepsbeoefenaars zijn betrokken. De aantallen psychologen en psychiaters in de drie regio's zijn maar klein, waardoor niet meer dan 24%, respectievelijk 35% van de huisartsen aangeeft contacten met deze hulpverleners te onderhouden, opvallend minder dan in de landelijke steekproef onder huisartsen: van deze artsen zegt bijna de helft contacten te hebben met psychologen en psychiaters.

Voorzover huisartsen deze contacten onderhouden, is hun oordeel, zeker over de vrijevestigde psychologen, positief: zij waarderen de korte wachttijd, vinden de behandeling adequaat en hebben de indruk dat psychologen voldoende gebruik maken van hun inbreng. Daar staat tegenover dat voor veel artsen de niet-verzekerde kosten een bezwaar vormen om te verwijzen en dat bijna de helft (45%) van de betrokken artsen van mening is dat cliënten verbaal begaafd moeten zijn om voor behandeling in aanmerking te komen (ter vergelijking: 25% van de

artsen was deze mening ten opzichte van de RIAGG toege-
daan).

Omgekeerd - en dat is opvallend - laten de vrijgevestigden zich nauwelijks positiever over huisartsen uit dan RIAGG-medewerkers. Niet meer dan een derde deel van de psychologen en psychiaters noemt psychosociale hulpverlening een wezenlijk onderdeel van de taak van de huisarts en ruim 40% vindt de gemiddelde arts niet competent genoeg om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen. Vrijgevestigden achten voor zichzelf een taak weggelegd in de behandeling van psychosomatische klachten, zoals hyperventilatie en chronische moeheid.

Artsen die contacten met psychiaters en - vooral - psychologen onderhouden, geven aan dat die intensiever zijn dan die met de RIAGG: er is méér overleg, zowel over patiënten als over onderwerpen van algemene aard. Psychiaters overleggen relatief veel over patiënten en meer algemene onderwerpen. Psychologen echter overleggen minder dan RIAGG-medewerkers. De verklaring zou kunnen zijn dat van de psychologen slechts een klein deel 'werk maakt' van de contacten met huisartsen, maar dan wel intensief (en naar tevredenheid).

Het contact tussen maatschappelijk werkers en vrijgevestigden is zeer beperkt: ruim een derde van de psychologen en psychiaters en niet meer dan 16% van de maatschappelijk werkers hebben contact met elkaar. Vrijgevestigden laten zich daarbij weinig positief over het AMW uit (een groot deel vindt dat maatschappelijk werkers zich zouden moeten beperken tot hulpverlening bij materiële problematiek), hetgeen het gevolg kan zijn van een zekere concurrentie: behandeling van (lichte) fobieën wordt in het onderzoek door beide beroepsgroepen tot de eigen taak gerekend.

Eerstelij en psychiatrische poliklinieken

In tegenstelling tot de RIAGG ondernemen de poliklinieken van de psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen nauwelijks initiatieven om de samenwerking met huisartsen structureel te intensiveren. Wel bestaan er individuele contacten.

In het oordeel over de huisarts wijken de medewerkers van de poliklinieken niet veel af van hun collega's in andere GGZ-voorzieningen: men vindt de huisarts geïnteresseerd, maar onvoldoende op de hoogte. Van hun kant vindt ruim de helft van de huisartsen (58%) de hulpverlening door de poliklinieken 'duidelijk verschillend' van die door de RIAGG's: huisartsen vinden poliklinieken echter niet meer aangewezen als behandelaar van psychiatrische problematiek dan RIAGG's. Ook 'ernstige' problemen als wanen en suïcidaliteit verwijst de huisarts nog altijd meer naar de RIAGG dan naar de polikliniek. Voor een belangrijk deel laat de huisarts zich dus leiden door organisatorische kenmerken. Met name de PAAZ-poliklinieken zijn klein hetgeen verklaart dat de organisatie door veel huisartsen overzichtelijk genoemd wordt. Voor een ander deel laat de huisarts zich ook leiden door een oordeel over het RIAGG-concept, dat voor hem nog steeds niet geheel helder is: echt duidelijk geprofileerd vindt hij de RIAGG niet.

Hoewel het onderscheid tussen vrijgevestigde en aan een polikliniek verbonden psychiaters in de praktijk marginaal is, is de samenwerking tussen huisartsen en poliklinieken in zekere zin het spiegelbeeld van die tussen huisartsen en vrijgevestigden: vooral tussen huisartsen en poliklinieken van de PAAZ bestaat veel contact (genoemd door alle polikliniekmedewerkers en door driekwart van de huisartsen), maar vanuit de huisartsen bezien is dat weinig intensief. Voor de polikliniekmedewerkers is dat, begrijpelijk, anders: juist doordat zij

met weinigen zijn, memoreren zij juist veel contact met (veel) huisartsen, over het einde van de behandeling, maar ook over (nog) niet verwezen patiënten. Van de huisartsen mist een vijfde deel berichtgeving door de polikliniek over de voortgang van de behandeling van verwezen patiënten; eenzelfde aantal mist overleg over de behandeling. Polikliniek-medewerkers hebben vooral behoefte aan overleg over verwijscriteria: meer dan de helft mist dergelijk overleg, tegenover slechts 6% van de huisartsen die contact onderhouden met poliklinieken. Dit beeld komt overeen met de relatie huisarts-RIAGG, waar de overlegbehoefte over dit onderwerp ook sterk uiteenliep.

Hoewel opvallend veel maatschappelijk werkers (56%) en medewerkers van poliklinieken (70%) (incidenteel) contact met elkaar hebben, is van een beleid gericht op het verstevigen van die contacten geen sprake.

Eerstelijns en intramurale GGZ

Kijken we, tenslotte, naar de samenwerking tussen huisartsen en de intramurale GGZ, dan blijkt vooral het algemeen psychiatrisch ziekenhuis voor de doorsnee huisarts onbekend terrein te zijn. Dat komt zeker voort uit het feit dat huisartsen maar weinig patiënten naar de intramurale sector verwijzen. Daarnaast heeft ook de vorming van de RIAGG's de afstand groter gemaakt. De algemeen psychiatrische ziekenhuizen doen, evenmin als de PAAZ'en, weinig moeite om de contacten met huisartsen aan te halen: in hun visie behoren verwijsccontacten via de RIAGG te lopen. Wel hebben juist hulpverleners in deze ziekenhuizen kritiek op de geringe belangstelling van huisartsen voor uit hun praktijk opgenomen patiënten, (38% tegenover 20% van de PAAZ-medewerkers).

In de praktijk zijn de contacten weinig intensief. Weliswaar heeft ongeveer 60% van de artsen op enige manier contact met de ziekenhuizen, maar nog niet de helft overlegt. Wel wordt een intensieve berichtgeving gememoreerd, zeker over het ontslag van verwezen patiënten.

De individuele medewerker van de kliniek besteedt – net als zijn collega in de polikliniek – meer tijd aan contacten met huisartsen dan andersom. Desondanks mist ongeveer een kwart van de huisartsen overleg over al dan niet verwezen patiënten en van de hulpverleners in de ziekenhuizen zegt de helft geen overleg te voeren over verwijscriteria en dat wel belangrijk te vinden. Wat betreft de opvattingen van de intramurale GGZ over de taak van de huisarts op psychosociaal gebied is opvallend dat zij de huisarts een grotere taak toekennen dan de overige GGZ-respondenten.

Intermediërende variabelen

Naast het inventariseren van de samenwerking tussen eerste-lijn en GGZ en het opsporen van mogelijke knelpunten had het onderzoek tevens het doel om factoren op te sporen die invloed hebben op samenwerking of op het ontbreken daarvan. In de inleiding werd uiteengezet dat kenmerken van de regio, van de instelling en van hulpverleners als onafhankelijke variabelen werden beschouwd, taakopvatting en het oordeel over eerste-lijn of GGZ als intermediërende variabelen; hun invloed op de omvang van de feitelijke contacten (de afhankelijke variabelen) was onderwerp van onderzoek (vergelijk het schema op pag. 18). We geven hieronder de belangrijkste resultaten weer.

Regionale verschillen en kenmerken van de instellingen

Eerder is al aangegeven dat regionale, dus louter (sociaal-) geografische, verschillen en verschillen in het beleid van de instellingen met elkaar samenhangen. We zullen ze hier dan ook tesamen bespreken.

Hoewel de samenwerking in de drie regio's in globale zin van vergelijkbare aard is, verloopt vooral de samenwerking tussen huisartsen en AMW enerzijds en RIAGG en poliklinieken anderzijds lang niet altijd volgens het eerder geschetste, gemiddelde patroon. Als we de belangrijkste verschillen bekijken dan ontstaat het volgende beeld.

In de plattelandregio nemen de PAAZ'en en daarvan vooral de poliklinieken, een prominente plaats in. Huisartsen oordelen positiever dan elders, er worden meer patiënten verwezen, er is frequenter berichtgeving en meer overleg. Deze samenwerking is des te opvallender omdat van een eerstelijnsgericht beleid van de PAAZ'en evenmin sprake is als in de andere regio's.

Wel het gevolg van expliciete besluitvorming is de ook in deze regio opvallend intensieve samenwerking tussen RIAGG en algemeen maatschappelijk werk. Het beleid van de RIAGG's in deze regio is er immers op gericht niet te 'specialistisch' te opereren en contact met het AMW te zoeken. De samenwerking is op directieniveau vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst en krijgt in de praktijk gestalte in intensief overleg.

In de grote stad zijn de contacten veel meer dan elders toegespitst op de relatie tussen eerstelijns en RIAGG. Er zijn slechts weinig vrijgevestigde hulpverleners en de contacten met de ziekenhuizen zijn er veel minder intensief dan elders. De intensieve samenwerking - vooral tussen huisartsen en

RIAGG-medewerkers vindt veel overleg plaats en wordt frequent informatie uitgewisseld – gaat niet gepaard met een positieve beeldvorming. Integendeel, juist hier is (door het ontbreken van een alternatief?) de kritiek van de huisartsen op de RIAGG groot; vooral lange wachttijden worden gememo-reerd.

Het verstedelijkt gebied (twee middelgrote steden met omringend platteland) neemt een tussenpositie in. Opvallend is hier vooral de relatie tussen AMW en RIAGG. Terwijl contac-ten op directieniveau volledig ontbreken – vooral ook doordat de RIAGG zich hier specialistisch opstelt – en ook tussen uit-voerende hulpverleners minder wordt overlegd dan elders, is het oordeel van maatschappelijk werkers over de RIAGG gunstiger dan in de andere regio's.

Kenmerken van hulpverleners

Verschillen in de samenwerkingsrelaties als gevolg van ken-merken van de praktijk of de persoon van de hulpverlener zijn nauwelijks aantoonbaar, op één opvallende, maar slechts zij-delings in de vraagstelling van het onderzoek passende uit-zondering na: zowel huisartsen als maatschappelijk werkers in gezondheidscentra oordelen gunstiger over elkaar dan collega's elders en hebben méér onderling overleg (over méér door de huisarts verwezen patiënten). In de relatie tussen eerstelijns en GGZ speelt de samenwerkingsvorm van eerstelijns-hulpver-leners echter nauwelijks een rol, afgezien van de bevinding dat in gezondheidscentra méér met de RIAGG over algemene onderwerpen wordt overlegd.

Binnen de RIAGG zijn een aantal medewerkers aanwijsbaar die méér en intensiever contact met de eerstelijns onderhouden dan anderen: in algemene zin zijn het de medewerkers van de

afdelingen sociale psychiatrie en psychogeriatrie en meer in het bijzonder degenen die een functie bij de intake verzorgen en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Gemeenschappelijk hebben deze categorieën (afdeling, functie, discipline) hun betrokkenheid op snel en praktisch kunnen handelen ('doeners').

Taakopvatting en beeldvorming

De opvatting van hulpverleners over hun taak in de behandeling van psychosociale problematiek hangt niet of nauwelijks samen met de intensiteit van de onderlinge contacten. Van samenhang tussen taakopvatting enerzijds en kenmerken van de regio of individuele kenmerken is ook nauwelijks sprake (huisartsen in de plattelandsregio hebben een iets ruimere opvatting dan anderen).

Het oordeel dat hulpverleners over elkaar hebben hangt niet eenduidig samen met de intensiteit van de contacten. Huisartsen op het platteland, met een gunstig oordeel over de poliklinieken, hebben veel contact met de poliklinieken. In de grote stad echter, waar intensief met de RIAGG wordt samengewerkt, is het oordeel over de instelling negatiever dan elders. In de eerstelijns zien we onder maatschappelijk werkers in het verstedelijkt gebied het omgekeerde: een gunstig oordeel, weinig overleg. Van de GGZ-hulpverleners is het oordeel over het AMW onder de RIAGG-medewerkers - die relatief intensief met maatschappelijk werkers samenwerken - juist weer het gunstigst.

We kunnen concluderen dat een rechtstreeks verband niet kan worden aangetoond: een smalle of juist een brede taakopvatting en een positief oordeel leiden niet 'vanzelf' tot een intensiever overleg.

7.2 *Discussie*

Hoewel het onderzoek zich gericht heeft op het inventariseren van de bestaande (samenwerkings)contacten tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, heeft het ook de bedoeling gehad aanknopingspunten te vinden voor hoe het verder moet en kan met de samenwerking tussen beide echelons. Alvorens we daar verder op in gaan, zullen we eerst enkele resultaten in meer beschouwende zin bespreken.

Schaalverschillen, cultuurverschillen en taakopvattingen

Verschillen tussen de eerstelijns – in dit onderzoek beperkt tot de huisarts en het AMW – en de (tweedelijns) geestelijke gezondheidszorg worden veelal aangeduid met de typering generalistisch versus specialistisch. Dit onderscheid blijkt voor een goed begrip van de bestaande samenwerking (en het opheffen van knelpunten daarin) slechts beperkt bruikbaar. Niet alleen verschillen de voorzieningen binnen de echelons sterk wat dit criterium betreft, het zijn ook andere criteria welke volgens onze onderzoeksbevindingen zich laten verklaren en toepassen in de praktijk.

Van veel belang is de bevestiging van het feit dat eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg niet in gelijke mate van elkaar afhankelijk zijn. Zo is de GGZ voor de huisarts slechts van beperkt belang – gemeten aan het aantal verwijzingen – terwijl omgekeerd de huisarts voor de GGZ de belangrijkste 'leverancier' van patiënten is. Binnen deze ongelijke verhouding heeft de RIAGG, als centrale voorziening in de GGZ, van de overheid een brede taak gekregen: ze heeft zowel een groot aantal hulpverleningstaken als taken op het gebied van dienstverlening en preventie. Het gevolg van deze brede

taakopdracht is dat de verwachtingen ten aanzien van de RIAGG hoog zijn en de kritiek, bij het niet voldoen aan die verwachtingen, evenredig zwaar. Bovendien is het gezicht van de instelling voor hulpverleners in de eerstelijns niet erg duidelijk: de RIAGG doet immers 'alles'.

Daarbij komt dat de behoefte van hulpverleners in eerstelijns en GGZ aan (meer) onderlinge samenwerking niet gelijk is. Huisartsen zijn vooral geïnteresseerd in patiëntgebonden overleg, in contacten over al dan niet verwezen patiënten en in een inzichtelijke organisatiestructuur waarbinnen snel 'zaken' gedaan kunnen worden. Dat past in hun werkcultuur met veel en kortstondige contacten en sluit aan op de wijze waarop ze met andere (somatische) disciplines als fysiotherapeuten en medisch specialisten omgaan. De GGZ daarentegen, vooral de RIAGG, onderneemt veel activiteiten om huisartsen (liefst 'als groep') te benaderen en wil vooral uitbreiding van overleg over algemene onderwerpen en deskundigheidsbevordering. Het ontbreken van juist dit overleg echter wordt door huisartsen nauwelijks als een gemis ervaren.

In de samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk en RIAGG speelt dit verschil in (overleg)cultuur veel minder: ook maatschappelijk werkers hebben belangstelling voor meer overleg over algemene onderwerpen. Wel wreekt zich in de onderlinge relatie het ruime takenpakket van zowel RIAGG als AMW: overlap in taken van de beide voorzieningen leidt haast onvermijdelijk tot onduidelijkheid. Het oordeel over elkaars functioneren is al met al dan ook ambivalent te noemen.

Wat betreft de taakopvatting lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in ieder geval GGZ-hulpverleners zich minder laten leiden door aard en ernst van problemen dan door het aangewezen type interventie. Dit verklaart ook voor een deel de overlap in de problemen die eerstelijns en GGZ zichzelf

toeschrijven. Die overlap doet zich voor wat betreft psychosomatische problemen (huisarts en vrijgevestigden), en relatieproblemen (RIAGG en AMW), en is juist afwezig tussen intramurale GGZ en eerstelijns.

7.3 *Aanbevelingen*

Het overheidsbeleid ten aanzien van de relatie eerstelijns - GGZ heeft, onder de noemer 'samenhang', drie doelstellingen: afstemming, substitutie en continuïteit van zorg. Samenwerking geldt als middel om een bijdrage te leveren aan de verwezenlijking van deze doelstellingen. Wanneer we de resultaten van dit onderzoek in ogenschouw nemen, blijkt allereerst dat samenwerking voornamelijk gestalte krijgt in de vorm van zorg voor patiënten. Dat betekent dat de eerstelijns- en GGZ-voorzieningen niet of nauwelijks in staat zijn de abstract geformuleerde doelstellingen van de overheid te herformuleren in concrete plannen. Voor het beleid impliceert deze constatering het volgende.

Ten eerste lijkt het raadzaam eerstelijns en GGZ een handreiking te bieden in het vertalen van beleid in korte termijn-doelstellingen en daarin een prioritering aan te brengen. Een goede verwijsrelatie, substitutie en continuïteit van zorg zijn ieder afzonderlijk moeilijk te realiseren en gezamenlijk vrijwel onhanterbaar voor eerstelijns en GGZ. Een verderstrekkende samenwerking dan die rond verwijzingen is nog nauwelijks verwezenlijkt. Huisartsen, maatschappelijk werkers, psychologen en psychiaters (al dan niet werkend in een RIAGG of polikliniek) verlenen hulp bij psychosociale problematiek, zonder dat duidelijk is, wie wat doet en waar de grenzen liggen. Hoe kleiner de afstand tussen twee hulpverleners, wat betreft de taken, des te groter is de onderlinge concurrentie,

de overlap in taken en de ambivalentie in het oordeel over elkaar. Vooral in de samenwerking tussen AMW en RIAGG spelen dergelijke processen een rol. Hoewel de bereidheid aanwezig lijkt om in onderling overleg tot een duidelijker taakafbakening te komen - maatschappelijk werkers en RIAGG-medewerkers zeggen in grote getale dit overleg te missen - is enige scepsis over de haalbaarheid daarvan gerechtvaardigd: een overlap in taken is, door de geringe eenduidigheid van begrippen als (lichte en zware) psychosociale problematiek, onvermijdelijk.

Een taakverdeling gericht op afstemming en substitutie van zorg, in abstracto geformuleerd, lijkt dan ook niet op korte termijn haalbaar. Wel aanknopingspunten biedt het gegeven dat de verschillende voorzieningen niet alleen differentiëren naar type problemen ('licht of zwaar') maar vooral naar type zorg. Een dergelijke optiek betekent dat de 'overlap van doelgroepen' ook uitgebuit kan worden: eerstelijns en GGZ kunnen bij bepaalde problemen ook ieder afzonderlijk hun geëigende type zorg verlenen. Het verbeteren van kennis over elkaars werkwijze in de vorm van berichtgeving en overleg over individuele patiënten (dus zo concreet mogelijk) kan een eerste stap zijn in die richting.

Ten tweede, samenwerking is slechts in beperkte mate het geëigende beleidsinstrument om afstemming en substitutie te bereiken. In de optiek van het veld is samenwerking geen middel om veranderingen in de structuur van de zorg te realiseren, maar een uitvloeisel van professioneel handelen. Samenwerking is vooral: elkaar op de hoogte houden en, waar nodig en mogelijk, gebruik maken van elkaars kennis en vaardigheden. Onvoldoende oog voor de wijze waarop individuele hulpverleners samenwerking hanteren, doorkruist de samenwerkingsprocessen die reeds bestaan. De hypotheek die van over-

heidswege op samenwerking gelegd wordt, mag niet te zwaar worden.

Ten derde is het wenselijk dat er meer duidelijkheid komt over de rol van het AMW, met name over zijn verwijsbevoegdheid naar de RIAGG. De GGZ ziet in de huisarts de centrale figuur in de eerstelijns. In de praktijk echter verwijst ook het AMW naar de RIAGG; een groot aantal eerstelijns- en GGZ-respondenten meent ook dat het AMW die rol toekomt. De vraag is of deze feitelijk bestaande situatie niet geformaliseerd moet worden. De huidige RIAGG-erkenningnormen leiden in ieder geval tot onduidelijkheid: moet het AMW met de huisarts overleggen over een verwijzing naar de RIAGG, kan het AMW slechts 'via' de huisarts verwijzen of volstaat het om de huisarts van de verwijzing op de hoogte te stellen?

De RIAGG vervult, voortvloeiende uit haar taakopdracht, een belangrijke rol in de relatie eerstelijns - GGZ. Daarom lijkt het zaak apart stil te staan bij mogelijke aanbevelingen voor RIAGG's, die voortvloeien uit dit onderzoek, temeer daar blijkt dat de RIAGG de meeste contacten met de eerstelijns heeft, terwijl die contacten tegelijkertijd het meest omstreden blijken te zijn. De paradox van de RIAGG lijkt te zijn dat zij in haar beleid ten aanzien van de eerstelijns 'eenheid in verscheidenheid' tot uitdrukking moet laten komen: één organisatorisch geheel met een eigen gezicht, en tegelijk een uitgebreid en gedifferentieerd takenpakket.

Ten aanzien van de huisartsen lijkt het primair van belang dat de RIAGG haar organisatiestructuur inzichtelijk maakt - zowel wat procedures als personen betreft -, ten aanzien van het AMW zal de RIAGG zich eerst inhoudelijk moeten profileren.

Wat betreft de contacten rond verwijzing lijkt het scheppen van duidelijkheid over de aard van wachttijden urgent. Hoewel RIAGG's in de regel alleen voor bepaalde vormen van psychotherapie wachtlijsten moeten hanteren (en dus voor een klein deel van hun clientèle), geldt er in de visie van de eerstelijns ook een wachttijd voor intake en andere vormen van hulpverlening. Voor een verbetering van de afstemming van de hulpverlening – méér informatie over de mogelijkheden van de RIAGG, een betere berichtgeving over verwezen patiënten en zo nodig overleg – zijn enkele aanknopingspunten aanwijsbaar. Hoewel zowel huisartsen als maatschappelijk werkers in meerderheid aangeven informatie over de RIAGG bij de hand te hebben, zijn hulpverleners in de RIAGG unaniem van oordeel dat aan de kennis van het hulpaanbod in de RIAGG onder eerstelijns-hulpverleners nogal wat schort. Omgekeerd zeggen veel hulpverleners in de eerstelijns behoefte te hebben aan informatie over wat er met door hen verwezen patiënten gebeurt; in de berichtgeving vanuit de RIAGG is vooral de voortgang van de behandeling een onderbelicht punt. De belangstelling daarvoor onder huisartsen en maatschappelijk werkers geeft de RIAGG's de gelegenheid om langs die weg het eigen werk in de eerstelijns beter bekend te maken.

Wat betreft andere contacten dan die rond verwijzing is van belang dat de RIAGG-directies inspelen op reeds bestaande contacten van individuele hulpverleners. Eén frappant gegeven uit het onderzoek is dat de mening over de samenwerking van individuele hulpverleners en (directieleden van) instellingen niet noodzakelijkerwijze dezelfde is: in de praktijk gebeurt dikwijls meer dan waar in het beleid van wordt uitgegaan, maar op andere wijze dan waar in het beleid de nadruk op ligt. De instellingen zouden meer dan nu kennis kunnen nemen van die ontwikkelingen.

NOTEN

1 C.M.H. Hosman

'Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk: wat betekent dit voor de relatie tussen huisarts en AGGZ?'. In: W.G.W. Boerma en L. Hingstman (red.), De eerstelijns onderzocht. Deventer (Van Loghum Slaterus) 1985, p. 144-154.

C.P. Bruins

'Kan de eerstelijns wat de Nota van haar verwacht?'. In: F. Schrameyer (red.), Nota bene. Utrecht (NcGv) 1985, p.71-80.

2 A. Smits e.a.

Psychologie en eerstelijnszorg. Nijmegen (NUHI) 1984.

3 Zie bijvoorbeeld: J. Ormel en R. Giel, 'Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts'.

In: Tijdschrift voor Psychiatrie 25 (1983) 10, p. 688 e.v. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake samenwerking van eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer (NRV) 1985.

4 Zie bijvoorbeeld: JOINT, De relatie tussen AMW en AGGZ. 's Hertogenbosch (JOINT) 1981; en: Wat wil het AMW met de RIAGG. 's Hertogenbosch (JOINT) 1983.

5 Ministerie van WVC

Gemengde Commissie voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, AGGZ en haar raakvlakken. Leidschendam (WVC) 1983.

- 6 **Ministerie van WVC**
Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam (WVC) 1983, o.m.
p.34-35.
- 7 **Ministerie van WVC**
Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's Gravenhage
(Staatsuitgeverij) 1984.
- 8 **De Nationale Raad voor de Volksgezondheid** (1985 a.w.)
laat zich in dezelfde zin uit (p. 12 en 15).
- 9 Zie bijvoorbeeld: **P.F.M. Verhaak**, Evaluatie Speech; een
evaluatie van de samenwerking tussen huisartsen en psy-
choloog in Capelle aan de IJssel. Utrecht (NHI) 1979.
J. Bensing e.a., Consultatieproject Eindhoven; eind-
evaluatie. Utrecht (NHI) 1980.
F.L. Sanavro, Probleempatiënten in de huisartspraktijk.
Utrecht (NHI) 1982.
- 10 **Chr. Breemer ter Stege e.a.**
Functionele Samenhang in de GGZ (1). Utrecht (NcGv)
1985.
Chr. Breemer ter Stege en P. Meurs
Schimmenspel, samenspel. Utrecht (NcGv) 1985, p.17-23.
- 11 **C. Luscuere**
'Samenwerking tussen organisaties; ideologieën en di-
lemma's.
In: M & O, Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal
beleid, 32 (1978) p.49-60.
- 12 **Chr. Breemer ter Stege e.a.**, 1985 a.w. p.45.

- 13 **M.R. van Gils**
'De organisatie van organisaties: aspecten van interorganisatonele samenwerking'.
In: M & O, 32 (1978) p.9.
- 14 **F.J.L.I. Breuer**
Samenwerking in de eerstelij. Rotterdam (EUR) 1986.
- 15 **E.J.H. ter Heine**
'Wat zijn psychosociale problemen. Een voorstel voor een begripsomschrijving'.
In: Gezondheid & Samenleving, 4 (1983) nr. 2, p. 119-122.
Met reactie van J. Bensing 'Een psychosociaal probleem is net zoiets als een atoom'. Idem p.123-125.
- P.F.M. Verhaak**
'Psychosociale problematiek'.
In: E.M. Sluijs e.a (red.), Overzichtsstudie onderzoek eerstelij. Utrecht (NIVEL) 1985.
- 16 **E.J.H. ter Heine. Ibidem.**
- 17 **Zie H. Lamberts en B. Hartman**
'Psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk, 2'.
In: Huisarts & Wetenschap, 25 (1982) p.333 e.v. en p.376 e.v.
- F.J.A. Huygen**
'A family physicians's concept of mental health and mental health services'.
In: G.J. Visser e.a. (red.), Mental Health and Primary Care: Dutch and Israeli Experience. Utrecht (NIVEL) 1986.

J.M. Bensing en E.M. Sluijs

Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid deel 1. Utrecht (NHI) 1984.

18 **J.M. Bensing en E.M. Sluijs, 1984 a.w.**

19 **P.F.M. Verhaak**

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisarts praktijk. Utrecht (NIVEL) 1986.

20 **F.J.A. Huygen a.w. 1986.**

21 **H. Lamberts en B. Hartman, 1982 a.w.**

22 **J.M. Bensing en E.M. Sluijs, 1984 a.w.**

23 **Lamberts en Hartman (a.w. 1984)** geven de volgende cijfers: 32 procent van de huisartsen doet 'niets', 37 procent schrijft psychofarmaca voor, 17 procent heeft een gestructureerd gesprek en 14 procent geeft een advies.

De cijfers van Verhaak (1986, a.w.) wijken daarvan af: 35 procent doet 'niets', 55 procent heeft een gesprek (waarvan minder dan de helft gestructureerd), 7 procent schrijft psychofarmaca voor en 6 procent geeft een advies.

24 **J.M. Bensing**

'Wat mankeert de RIAGG? Een standpunt vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg'.

In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv)* 41 (1986) 12, p.1211- 1224.

- 25 **J.T. van Busschbach en P.F.M. Verhaak**
'Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen'.
In: MGv 41 (1986) nr. 5, p. 475-492.
- 26 **Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1985 a.w., p.9.**
- 27 **Zie: P.A.H. van Lieshout**
'Commentaar, kritiek en kamervragen. Een jaar Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid'.
In: MGv 40 (1985) 9, p.861-863.
- 28 **P. Schnabel**
Het eigene van de GGZ. Ondersteunende stukken voor de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht (NcGv) 1985, p.19.
- 29 **Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.**
- 30 **In dezelfde zin redeneert de Gemengde Commissie AGGZ 1983 a.w.**
- 31 **In dezelfde zin: Wat wil het AMW met de RIAGG? Standpunt van de AMW-instellingen over hun relatie tot de AGGZ. 's Hertogenbosch (JOINT) 1983.**
De JOINT onderscheidt problemen o.m. in 'psychologische en zware relatieproblemen die tot de taak van de AGGZ behoren' en 'levensproblemen die tot de taak van het AMW behoren'.

- 32 **R. Bijl en J. Mastboom**
Van behoefte naar vraag. Utrecht (NcGv) 1986.
- 33 **Joost Visser en Denise de Ridder**
Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg. Deelrapport van het onderzoek 'Tussen de lijnen'. Utrecht (NIVEL/NcGv) 1987.
- 34 Bij huisartsen echter werd het tweede rappel telefonisch verricht – mede in verband met LHV-acties (medio 1986) waardoor huisartsen hun medewerking aan onderzoek dreigden te staken.
- 35 **R. Grol**
Preventieve attitude van huisartsen. Nijmegen (NUHI) 1987.
- 36 **P.F.M. Verhaak**
Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht (NIVEL) 1986.
- 37 **R. Grol**
Preventieve attitude van huisartsen. Nijmegen (NUHI) 1983.
- 38 In de tabel zijn de uiterste waarden van de oorspronkelijke vijfpuntsschaal bij elkaar opgeteld. De gemiddelde score van iedere respondent is berekend door de scores op de afzonderlijke items bij elkaar op te tellen en vervolgens te delen door het aantal beantwoorde vragen. Daarbij zijn de scores op het slecht spreidende item 'adipositas' buiten beschouwing gelaten.

39 Grol a.w; de vijf niet-gebruikte items uit de lijst van Grol bleken in het onderzoek van Verhaak slecht te spreiden of bij factoranalyse wat los te staan van de andere (vgl. P.F.M. Verhaak, Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek: eerste interimrapport. Utrecht (NHI) 1983.

40 In de tabel zijn de uiterste waarden van de oorspronkelijke vijfpuntsschaal bij elkaar opgeteld. De score van iedere respondent is berekend door de oorspronkelijke scores op de items 'om te polen' (d.w.z. de score 5 voor 'volledig', de score 1 voor 'totaal geen' taak), op te tellen en te delen door het aantal beantwoorde vragen. Bij de optelling zijn in eerste instantie de scores op de slecht spreidende items 'hyperventilatie' en 'chronische moeheid' buiten beschouwing gelaten.

Factoranalyse leverde, na rotatie, één factor op met een eigenwaarde groter dan 1 (verklaarde variantie: 32%), waarop die items laadden die betrekking hebben op de zwaardere psychiatrische problematiek (de items 2, 4, 5, 10 en 11). Bij een gedwongen één-factor-oplossing zijn de ladingen van alle items op deze factor ('taakopvatting') bevredigend (tussen .30 en .57), met uitzondering van het item over opvoedingsproblemen (.22). Bij het berekenen van de somscore is daarom ook dit item buiten beschouwing gelaten.

41 Vgl. Verhaak, 1986 (a.w.).

42 De items werden als driepuntsschaal voorgelegd. Ook nu zijn bij de optelling van de scores (na 'ompoling' van de antwoorden) de slecht spreidende items 8 en 12 en het item 1 buiten beschouwing gelaten. Bij factoranalyse

(gedwongen één-factor-oplossing) variëren de ladingen van de items op de factor 'taakuitoefening' (verklaarde variantie, na rotatie, 29%) van .30 tot .65, met uitzondering van het item 1 over opvoedingsproblemen (.16).

43 Registratiegegevens 1983. 's-Hertogenbosch (JOINT) 1984. De terminologie is hieruit overgenomen.

44 **D. Kersten**

Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht (NIVEL) 1985.

45 Vgl. noot 38. Bij de optelling zijn allereerst de slecht spreidende items 1, 3, 5, 6 en 11 buiten beschouwing gelaten. Bij factoranalyse (gedwongen één-factor-oplossing) variëren de ladingen van de items op de factor 'taakopvatting' (verklaarde variantie, na rotatie, 37%) van .44 tot .69, met uitzondering van het item over seksuele moeilijkheden (item 9: .25). Bij de optelling is daarom ook dit item buiten beschouwing gelaten.

46 **Ministerie van WVC**

Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Leidschendam (WVC) 1984.

47 Bij het interpreteren van de in de tabellen 3.3 en 3.4 gegeven cijfers moet er rekening mee worden gehouden dat de vragen alleen beantwoord werden door respondenten die aangaven met de betreffende instelling werkcontacten te onderhouden (vgl. hoofdstuk 6); vandaar de wisselende en soms kleine aantallen respondenten.

- 48 In de tabel staan de percentages huisartsen en maatschappelijk werkers die aangeven op dit punt 'vaak' of 'soms' met de verschillende instellingen te overleggen, of dat 'nooit' te doen, maar het wèl belangrijk te vinden. De groep respondenten die nooit overlegt en dat ook niet belangrijk vindt, is niet opgenomen.
- 49 In dit hoofdstuk komen geen standaardterugrapportage-regelingen van de GGZ aan de orde. Voorzover deze er zijn, berusten ze namelijk niet op afspraken.
- 50 Dit hoofdstuk is gebaseerd op informatie die verzameld is in de gesprekken met coördinatoren en/of directies van instellingen.
- 51 Daarmee is niet gezegd dat afspraken tussen eerstelijns en GGZ, of eenzijdig door de GGZ genomen maatregelen, niet hun weerslag zouden hebben op het werk van individuele huisartsen. Een voorbeeld is het antwoord van huisartsen (in de enquête) op de vraag of zij patiënten rechtstreeks voor opname naar PAAZ of APZ mogen verwijzen:

	regio	I	II	III
ja, altijd		54%	26%	8%
alleen bij spoed		38%	48%	16%
alleen naar PAAZ		1%	14%	2%
nee		7%	9%	75%
overig		-	3%	-

Het beleid van het APZ in de grote stad (regio III: géén rechtstreekse verwijzingen) en van de PAAZ in het verstedelijkte gebied (regio II: afremmen van rechtstreekse wijzigingen) is in deze cijfers herkenbaar.

- 52 Volgens de ene instelling die samenwerking op het gebied van preventie noemt, betreft het hier een preventiemedewerker van de RIAGG die op verzoek van de RIAGG zelf is toegevoegd aan een bestaand preventie-overleg van AMW en sociaal-cultureel werk.
- 53 In één van deze plaatsen, waar de samenwerking als 'zeer goed' wordt omschreven, heeft de RIAGG belangstelling getoond zich bij het maandelijks overleg tussen AMW en waarnemgroepen van huisartsen aan te sluiten. Hoewel volgens de betrokken AMW-instelling deelname van de RIAGG dat overleg tot een goed 'kristallisatiepunt' zou maken, is men toch wat huiverig omdat het goede overleg met huisartsen er door doorkruist zou kunnen worden.
- 54 Bij geen van de GGZ-voorzieningen vormen de zeven oordelen gezamenlijk een schaal. Op enkele onderdelen is er een zwak verband tussen de oordelen van de RIAGG-medewerkers. Oordeel 4 (voor psychosociale hulp kan men beter terecht bij het AMW dan bij de huisarts) correleert negatief met het oordeel over de taak van de huisarts ($r = -.24, p < .001$) en negatief met het oordeel over de competentie van de huisarts ($r = -.20, p < .01$). Er is tevens een zwak verband tussen oordeel 4 en het oordeel over rechtstreekse verwijzing door het AMW naar de RIAGG ($r = -.19, p < .01$). Blijkbaar vormt het oordeel over het AMW een zekere graadmeter voor het oordeel over de taak van de huisarts.
- 55 De percentages die betrekking hebben op de meningen 'deels eens/deel oneens', 'oneens' en 'helemaal oneens' zijn buiten beschouwing gelaten.

- 56 Verschillen tussen de oordelen van GGZ–respondenten werden beoordeeld met een T–test. Het oordeel van RIAGG–medewerkers verschilt van dat van de polikliniek–medewerkers ($T = 2.32, p < .05$) en van dat van de intramurale GGZ ($T = 2.73, p < .01$). Het oordeel van vrijgevestigden verschilt van dat van polikliniek medewerkers ($T = 3.08, p < .003$) en van de intramurale GGZ ($T = 2.82, p < .01$).
- 57 Oordelen RIAGG en intramurale GGZ ($T = 2.26, p < .05$), oordelen vrijgevestigden en intramurale GGZ ($T = 2.24, p < .05$).
- 58 Oordelen RIAGG en vrijgevestigden ($T = 1.69, p < .05$), oordelen RIAGG en intramurale GGZ ($T = 1.68, p < .05$).
- 59 Oordelen RIAGG en vrijgevestigden ($T = 2.35, p < .05$), oordelen RIAGG en polikliniek ($T = 3.09, p < .01$), oordelen RIAGG en intramurale GGZ ($T = 3.90, p < .001$).
- 60 Oordelen RIAGG en vrijgevestigden ($T = 3.90, p < .001$), oordelen RIAGG en polikliniek ($T = 4.12, p < .001$), oordelen intramurale GGZ en vrijgevestigden ($T = 3.40, p < .001$), oordelen intramurale GGZ en polikliniek ($T = 4.10, p < .001$).
- 61 Oordelen vrijgevestigden en RIAGG ($F = 1.48, p < .05$; sd vrijgevestigden = 1.41, sd RIAGG = .95), oordelen vrijgevestigden en intramurale GGZ ($F = 1.81, p < .05$ sd intramurale GGZ = .78).

- 62 Oordelen intramurale GGZ en RIAGG (T = 2.36, p<.01),
oordelen intramurale GGZ en vrijevestigden (T = 2.50, p<.01),
oordelen intramurale GGZ en polikliniek (T = 1.75, p<.05).
- 63 Oordelen RIAGG en polikliniek (T = 4.21, p<.001)
oordelen RIAGG en intramurale GGZ (T = 4.57, p<.001).
- 64 Oordelen RIAGG en vrijevestigden (T = 4.49, p<.001),
oordelen RIAGG en polikliniek (T = 3.39, p<.001),
oordelen intramurale GGZ en vrijevestigden (T = 3.13, p<.01),
oordelen intramurale GGZ en polikliniek (T = 2.11, p<.05).
- 65 Oordelen RIAGG en vrijevestigden (T = 1.81, p<.05),
oordelen RIAGG en intramurale GGZ (T = 3.50, p<.001),
oordelen intramurale GGZ en vrijevestigden (T = 4.21, p<.001),
oordelen intramurale GGZ en polikliniek (T = 3.03, p<.01).
- 66 Zie noot 35, hoofdstuk 1.
- 67 Gemiddelde scores taakopvattingen GGZ-respondenten

	n	taak van huisartsen			taak van AMW		
		\bar{x}	alpha	s.d.	\bar{x}	alpha	s.d.
RIAGG	200	2.99	(.87)	(.64)	2.92	(.88)	(.77)
Vrijevestigden	37	2.80	(.78)	(.67)	2.38	(.85)	(.94)
Poliklinieken	24	3.15	(.91)	(.78)	2.68	(.84)	(.84)
PAAZ'en	20	3.25	(.86)	(.54)	2.72	(.89)	(.84)
APZ'en	34	3.23	(.86)	(.50)	2.90	(.89)	(.80)

	taak van zichzelf			
	n	\bar{x}	alpha	s.d.
RIAGG	200	4.04	(.78)	(.59)
Vrijgevestigden	37	3.93	(.84)	(.63)
Poliklinieken	24	3.78	(.84)	(.68)
PAAZ'en	20	3.49	(.88)	(.66)
APZ'en	34	3.34	(.88)	(.74)

- 5 = volledig een taak
- 4 = grotendeels een taak
- 3 = enigszins een taak
- 2 = nauwelijks een taak
- 1 = totaal geen taak

Bij de berekening van de somscores zijn ook de slecht spreidende ('scheve') items inbegrepen - de bedoeling van de taakopvattingsschalen was niet om een discriminerend instrument te ontwikkelen. De aldus geconstrueerde schalen volstaan om samenhangen tussen taakopvattingen en oordelen te traceren. Eveneens volstaan deze somscores om verschillen tussen oordelen over de taak tussen respondenten op te sporen (zie noot 68 e.v.).

- 68 Het oordeel van huisarts en RIAGG over de taak van de huisarts verschilt significant ($T = 7.28, p < .001$), evenals dat van huisarts en vrijgevestigde over de taak van de huisarts ($T = 5.16, p < .001$). Het oordeel van AMW en RIAGG over de taak van het AMW verschilt significant ($T = 8.65, p < .001$), evenals dat van AMW en vrijgevestigde over de taak van het AMW ($T = 7.38, p < .001$).
- 69 Het oordeel van vrijgevestigden over hun eigen taak verschilt significant van dat van polikliniek-medewerkers over hun eigen taak ($T = 2.48, p < .05$), en de taak van PAAZ-medewerkers ($T = 3.63, p < .01$). Het oordeel van

RIAGG-medewerkers over hun eigen taak verschilt significant van dat van polikliniek-medewerkers over hun eigen taak ($T = 2.01, p < .05$) dat van PAAZ-medewerkers ($T = 3.93, p < .001$) en dat van APZ-medewerkers ($T = 6.15, p < .001$). Het oordeel van poliklinieken en APZ-medewerkers over hun eigen taak verschil significant ($T = 2.31, p < .05$).

- 70 Oordelen van RIAGG-medewerkers over de taak van de huisarts verschillen significant van die van PAAZ-medewerkers ($T = 1.75, p < .05$) en van die van APZ-medewerkers ($T = 2.08, p < .05$). Oordelen van vrijgevestigden over de taak van de huisarts verschillen significant van die van polikliniek medewerkers ($T = 1.87, p < .05$), van PAAZ-medewerkers ($T = 2.58, p < .01$) en van APZ-medewerkers ($T = 3.04, p < .01$).
- 71 Oordelen van huisarts en RIAGG over hun respectieve taken verschillen significant ($T = 12.49, p < .001$), evenals die van AMW en RIAGG ($T = 5.94, p < .001$).
- 72 Oordelen van vrijgevestigden en RIAGG over de taak van het AMW verschillen significant ($T = 3.78, p < .001$), evenals die van vrijgevestigden en APZ ($T = 2.50, p < .01$).
- 73 Het oordeel van vrijgevestigden over de taak van de huisarts verschilt significant van dat over de taak van het AMW ($T = 2.21, p < .05$).
- 74 $z = 51, p < .001$.

- 75 Oordelen van RIAGG-medewerkers over de taak van de huisarts bij verslavingsproblematiek en wanen hangen samen ($r = .61, p < .001$).
- 76 Oordelen van RIAGG-medewerkers over de taak van de huisarts bij straatvrees en problemen op het werk hangen samen ($r = .60, p < .001$).
- 77 Oordelen van RIAGG-medewerkers over de taak van het AMW bij hyperventilatie en spanningsklachten ($r = .71, p < .001$) en hyperventilatie en straatvrees ($r = .62, p < .001$) hangen samen.
- 78 Oordelen van RIAGG-medewerkers over de taak van de RIAGG bij hyperventilatie en spanningsklachten hangen samen ($r = .67, p < .001$).
- 79 Variantie-analyse toont samenhangen in het oordeel van RIAGG-medewerkers ($F = 4.02, df = 4, p < .01$) en dat van polikliniek-medewerkers ($F = 7.15, df = 4, p < .001$).
- 80 $F = 4.15, df = 3, p < .01$.
- 81 $F = 5.32, df = 4, p < .001$.
- 82 $F = 6.41, df = 3, p < .01$.
- 83 De letterlijke formulering van deze stellingen is als volgt:
- Er is een lange wachttijd (voor alle patiënten).
 - Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te motiveren.
 - Hulpverlening is niet geschikt voor verbaal minder begaafde patiënten.

- Behandeling is doorgaans adequaat.
- Hulpverleners maken voldoende gebruik van de inbreng van de huisarts.
- (Voor AMW, RIAGG en poliklinieken:) de instelling heeft een inzichtelijke organisatiestructuur.
- (Voor vrijgevestigde psychologen en psychiaters:) de kosten vormen een belemmering voor méér verwijzen.

84 Alvorens de scores op te tellen zijn de waarden voor de items over behandeling, inbreng en organisatiestructuur 'omgepoold' (waarde 1 voor 'oneens', waarde 5 voor 'eens'). De totale score is vervolgens gedeeld door het aantal beantwoorde vragen. Van de vragen over het algemeen maatschappelijk werk is die over de wachttijd (slecht spreidend) buiten beschouwing gelaten. Factoranalyse over de resterende items leverde, bij een gedwongen één-factor-oplossing, één factor ('oordeel over AMW') op met een verklaarde variantie van 54%. De ladingen van de items op deze factor variëren van .42 tot .69, met uitzondering van dat over verbale begaafdheid van patiënten (.24); dit laatste item is bij het construeren van de schaal (Cronbach's alpha = .70) eveneens buiten beschouwing gelaten. Dat laatste geldt ook voor de schalen die het oordeel meten over de RIAGG (Cronbach's alpha over de vijf resterende items: .66, ladingen op de factor 'oordeel over RIAGG' - verklaarde variantie 54% - uiteenlopend van .42 tot .69) en de poliklinieken (Cronbach's alpha over de vijf resterende items: .74, ladingen op de factor 'oordeel over poliklinieken' - verklaarde variantie: 49% - uiteenlopend van .48 tot .75). Antwoorden op de vragen over psychologen en psychiaters zijn niet consistent (Cronbach's alpha = .18, respectievelijk .38).

- 85 Vgl. J.M. Bensing
'Wat mankeert de RIAGG? Een standpunt vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg'.
In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid 41 (1986) 12, p.1211-1224.
- 86 Vanwege de geringe consistentie in de antwoorden (Cronbach's alpha over de vragen over huisarts en RIAGG = .63, respectievelijk .52) is van het optellen van de scores afgezien.
- 87 Poliklinieken hebben, afgemeten aan het bereik per medewerker, significant meer contacten met huisartsen dan RIAGG's ($T=2.05$, $p<.05$), vrijgevestigden ($T=3.28$, $p<.01$) en intramurale GGZ ($T=2.05$, $p<.05$). Vrijgevestigden hebben significant minder contacten met huisartsen dan RIAGG's ($T=4.26$, $p<.001$) en intramurale GGZ ($T=2.48$, $p<.01$).
- 88 Vrijgevestigden hebben significant minder contacten met het AMW dan RIAGG's ($T=6.91$, $p<.001$) en polikliniek-medewerkers ($T=3.05$, $p<.01$). De vrijgevestigden zijn echter consistentere wat betreft het gemiddelde aantal maatschappelijk werkenden dat ze bereiken dan RIAGG's ($F=3.02$, $p<.001$) en poliklinieken ($F=3.70$, $p<.001$).
- 89 Percentage GGZ-hulpverleners dat mondeling of telefonisch overlegt met huisartsen en AMW. Tussen haakjes staat de gemiddelde frequentie van dat overleg vermeld (berekend over degenen die overleggen). Het mondeling overleg is weergegeven in uren per maand, het telefonisch

sche in aantal keren per maand. Er zijn geen significante verschillen tussen GGZ-instellingen wat betreft overleg met de huisarts.

	Overleg met: huisartsen	AMW
RIAGG-medewerkers (n=200)		
Mondeling overleg	60% (2.3 uur)	46% (1.5 uur)
Telefonisch overleg	79% (9 keer)	57% (3 keer)
Psychologen (n=26)		
Mondeling overleg	73% (1.7 uur)	31% (0.6 uur)
Telefonisch overleg	85% (4 keer)	27% (2 keer)
Psychiaters (n=11)		
Mondeling overleg	73% (2.2 uur)	-
Telefonisch overleg	71% (3 keer)	34% (2 keer)
Polikliniek medewerkers (n=24)		
Mondeling overleg	71% (2.3 uur)	57% (2 uur)
Telefonisch overleg	100% (9 keer)	67% (3 keer)
PAAZ-medewerkers (n=20)		
Mondeling overleg	60% (3.2 uur)	50% (3.1 uur)
Telefonisch overleg	65% (12 keer)	50% (4 keer)
APZ-medewerkers (n=34)		
Mondeling overleg	66% (1.7 uur)	49% (1 uur)
Telefonisch overleg	73% (8 keer)	50% (2 keer)

90 Wat betreft discipline van de RIAGG-medewerkers zien we het volgende beeld. De gemiddelde RIAGG-medewerker (berekend over alle RIAGG-medewerkers - dus ook degenen die geen contact hebben) heeft contact met 14 huisartsen, een SPV'er met 23 ($F=6.73$, $df=4$, $p<.001$). Een gemiddelde RIAGG-medewerker heeft contact met 3 maatschappelijk werkenden en een SPV-er met 6 ($F=7.63$, $df=4$, $p<.001$).

- 91 Wat betreft de afdeling van RIAGG-medewerkers zijn er de volgende samenhangen: RIAGG-medewerkers hebben contact met 14 huisartsen, sociale psychiatrie-medewerkers met 24, sociale geriatrie met 25, OEP met 8, LGV met 13, en de jeugdafdeling met 10 ($F=7.92$, $df=7$, $p<.001$). Wat betreft contact met het AMW: RIAGG gemiddeld 3, sociale psychiatrie 6 en geriatrie 4 ($F=8.85$, $df=7$; $p<.001$). Ook de intensiteit van het mondeling en telefonisch overleg vertoont samenhang met afdeling (respectievelijk $F=3.25$, $df=7$, $p<.001$ en $F=5.37$, $df=7$, $p<.001$).
- 92 Intakers overleggen 2.1 uur per maand met huisartsen en de gemiddelde RIAGG-medewerker 1.6 uur ($F=4.07$, $df=7$, $p<.001$).
- 93 In onderstaande tabel, zijn per regio, de percentages RIAGG-hulpverleners vermeld die contacten onderhouden met huisartsen en AMW, het gemiddelde bereik per RIAGG-hulpverlener, en het percentage RIAGG-hulpverleners dat mondeling of telefonisch overlegt. Tussen haakjes staat de gemiddelde frequentie van het overleg vermeld (berekend over degenen die overleggen). Het mondeling overleg is weergegeven in uren per maand, het telefonische in aantal keren per maand.

	Met huisartsen					
	I		II		III	
Contacten	92%	met 13	84%	met 18	85%	met 16
Frequente contacten	56	3	29	6	37	9
Vaste contacten	23	2	23	6	23	9
Mondeling overleg	63%	(1.5 uur)	65%	(2.8 uur)	53%	(2.4 uur)
Telefonisch overleg	87%	(6 keer)	80%	(9 keer)	73%	(8 keer)

Met AMW

Contacten	87%	met 7	59%	met 4	53%	met 5
Frequente contacten	48	4	9	1	25	2
Vaste contacten	46	3	7	2	24	2
Mondeling overleg	71%	(2.6 uur)	38%	(0.7 uur)	37%	(1.4 uur)
Telefonisch overleg	77%	(4 keer)	51%	(2 keer)	51%	(3 keer)

- I = plattelandsregio (n=52)
 II = verstedelijkte regio (n=69)
 III = grootstedelijke regio (n=79)

- 94 Aantal uren dat de polikliniekmedewerker aan face-to-face hulpverlening besteedt hangt samen met het aantal huisartsen met wie contact bestaat ($r=.76$, $p<.001$).
- 95 Medewerkers van de PAAZ-polikliniek hebben met gemiddeld 9 huisartsen contact, die van de APZ-polikliniek met 3 ($F= 11.07$, $df=2$, $p<.01$). PAAZ-medewerkers telefoneren 19 keer per maand met huisartsen en APZ-medewerkers 6 keer ($F=9.23$, $df=2$, $p<.01$).
- 96 Er bestaat samenhang tussen het aantal uren dat men als vrijgevestigde werkzaam is en het aantal huisartsen met wie contact bestaat ($r=.69$, $p<.001$), en het aantal maatschappelijk werkenden met wie contact bestaat ($r=.51$, $p<.01$). Het aantal behandelde patiënten hangt eveneens

samen met het aantal huisartsen met wie contact bestaat ($r=.55$, $p<.01$).

- 97 Psychologen met een brede taakopvatting hebben meer contacten met huisartsen ($r=.56$, $p<.01$); psychiaters die huisartsen een brede taak toeschrijven eveneens ($r=.55$, $p<.01$).
- 98 Slechts 6 van de 26 vrijgevestigde psychologen afficheren zich als 'eerstelijnspsycholoog'. Hun gemiddelde bereik is 13 huisartsen.
- 99 Bij medewerkers van de intramurale GGZ hangt het aantal contacten en frequente contacten met huisartsen samen ($r=.69$, $p<.001$). Zo ook bij vrijgevestigden ($r=.73$, $p<.001$).
- 100 Contact van PAAZ- en APZ-medewerkers met het AMW (berekend over degenen die contact hebben).

	Incidenteel
PAAZ-medewerkers (n=10)	
Berichtgeving over patiënten	50%
Overleg over patiënten	60
APZ-medewerkers (n=17)	
Berichtgeving over patiënten	85%
Overleg over patiënten	71

- 101 Bij vrijgevestigden hangt het aantal contacten en frequente contacten met het AMW samen ($r=.81$, $p<.001$), zo ook bij de RIAGG ($r=.54$, $p<.001$). RIAGG en vrijgevestigden verschillen significant wat betreft frequent contact in het gemiddelde bereik onder het AMW ($T=2.88$, $p<.01$). Vrijgevestigden verschillen significant van de RIAGG wat betreft contact volgens afspraak met het MW

($T=3.72$, $p<.001$). RIAGG- en polikliniek-medewerkers vertonen onderling meer variantie in het gemiddelde bereik dan vrijgevestigden (respectievelijk $F=5.69$, $p<.001$ en $F=3.56$, $p<.05$).

102 Contacten van RIAGG met het AMW:

contacten - frequente contacten ($r=.54$, $p<.001$)

contacten - vaste contacten ($r=.48$, $p<.001$)

frequente contacten - vaste contacten ($r=.71$, $p<.001$)

103 $F=4.39$, $df=7$, $p<.001$.

104 Polikliniek-medewerkers met een brede taakopvatting hebben meer frequente contacten met huisartsen ($r=.54$, $p<.01$).

105 Onderscheiden worden:

- monodisciplinair werkenden: artsen in een solo-, duoof groepspraktijk die niet structureel met andere eerste-lijnsdisciplines samenwerken;
- artsen in een solo-, duo- of groepspraktijk die deel uitmaken van een hometeam;
- artsen in een gezondheidscentrum.

106 De cijfers zijn wat hoger dan in eerder onderzoek werden gevonden (vgl. L. Peters, Relatie eerstelijnszorg - geestelijke gezondheidszorg: NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel 2. Utrecht (NHI), 1984).

Ze moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat ze zijn gebaseerd op de (geschatte) opgave door huisartsen zelf, en niet op registratie. Ook kan

enige vertekening zijn ontstaan doordat bij het berekenen van de gemiddelden is uitgegaan van de middens van de klassen waaruit de respondenten konden kiezen. Tenslotte is het begrip 'verwijzen' door ons breed opgevat.

107 Deze cijfers zijn gerelateerd aan de groep huisartsen met werkcontacten met AMW en RIAGG (vgl. de rechterkolom in tabel 6.3).

108 De twaalf voorgelegde items zijn dezelfde die eerder werden gebruikt bij het meten van de taakopvatting en -uitoefening (vgl. hoofdstuk 2). Het antwoord op de vraag was open: huisartsen konden zelf de meest in aanmerking komende instelling(en) noteren. In tabel 6.5 hebben de cijfers achter de afzonderlijke instellingen (AMW, RIAGG, enz.) alleen betrekking op het percentage artsen dat uitsluitend die instelling als mogelijkheid noemt. Combinaties van instellingen zijn opgenomen onder de rubrieken 'overige eerstelijns' (b.v. AMW en fysiotherapeut), 'overige GGZ' (b.v. RIAGG en psychiater), 'eerstelijns' en 'GGZ' (b.v. AMW en RIAGG) en 'overig' (b.v. AMW en medisch specialist).

109 Volgens gegevens van de JOINT werd in 1985 3% van de cliënten naar de RIAGG verwezen. Ervan uitgaande dat de gemiddelde fulltime werkende maatschappelijk werker in 1985 75 hulpeenheden afsloot (AMW in beeld, 1985), dan komt dat neer op ruim twee verwijzingen per jaar. Het verschil kan worden verklaard uit verschillen in definiëring. Ook zijn in de bovenstaande redenering de korte contacten buiten beschouwing gelaten en kan een 'hulpeenheid' uit meerdere personen bestaan.

- 110 Ook deze cijfers zijn gebaseerd op schattingen door de respondenten zelf. In een tijd waarin veel nadruk wordt gelegd op samenwerking en overleg is enige vertekening 'ten gunste' niet ondenkbaar.
- 111 Deze cijfers geven de gemiddelde tijdsduur aan van het mondeling overleg, berekend over alle respondenten met werkcontacten met de verschillende instellingen, dus ook over die huisartsen die nooit overleggen.
- 112 Dit cijfer is lager dan in recent onderzoek naar werkoverleg in gezondheidscentra werd gevonden (vgl. Boerma, W.G.W. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1987). Daarin is sprake van 4.1 uur patiëntenoverleg en daarnaast 4.2 uur overleg over organisatorische zaken en het functioneren van de samenwerking.
- 113 De contacten tussen vrijgevestigde psychiater en huisarts, en die tussen andere GGZ-voorzieningen dan de RIAGG en het AMW blijven buiten beschouwing.
- 114 L. Peters, a.w. Utrecht (NHI) 1984.
- 115 R. van Ommen e.a.
Het aandeel van de eerstelijns(gezondheids)zorg in de nazorg voor een kohort ontslagen psychiatrische patiënten. Groningen (RUG) 1986.
- 116 De frequentie van de berichtgeving hangt samen met de RIAGG-afdeling. Alle medewerkers van OEP en LGV

geven de huisarts frequent bericht van aankomst, 85% van sociale psychiatrie en geriatrie doen dat (Cramer's $V=.42$, $p<.001$). 97% van de medewerkers van sociale psychiatrie, 95% van de OEP en 92% van het LGV en 79% van de sociale geriatrie berichten de huisarts frequent van het einde van de behandeling (Cramer's $V=.36$, $p<.01$). 82% van de medewerkers van de afdeling sociale psychiatrie, 86% van de OEP, 75% van het LGV en 62% van de jeugd-afdeling geven de huisarts frequent bericht van resultaat (Cramer's $V=.29$, $p<.01$).

Alle medewerkers van de afdeling sociale geriatrie, 92% van sociale psychiatrie, 45% van de OEP en 25% van het LGV geven de huisarts frequent een advies inzake verwijzing (Cramer's $V=.38$, $p<.001$).

- 117 Wat betreft het AMW beperken we ons tot de relatie AMW - RIAGG. Ook de samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werk blijft hier buiten beschouwing. Gegevens daarover zijn te vinden in bijlage 4.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
GCAGGZ	Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JOINT	Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening
LGV	Bureau voor Levens- en Gezinsvragen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NNGV	Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
OEP	Organisatorische Eenheid Psychotherapie
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PHV	Plaatselijke Huisartsen Vereniging
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIGG	Regionale Instelling Geestelijke Gezondheidszorg
SPD	Sociaal-Psychiatrische Dienst
SPV	Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige

BIJLAGE I

Regio-keuze en regio-kenmerken

Het onderzoek is uitgevoerd in drie RIGG-regio's, die gekozen zijn conform het SHB-rapport 'Regio-indeling GGZ' (maart 1984). Op het moment dat het onderzoek uitgevoerd werd, waren nog niet van alle drie die gebieden de grenzen van de RIGG-regio definitief vastgesteld (mondelijke informatie Ministerie van WVC). Evenmin was in alle drie de gebieden een RIGG in het leven geroepen of een RIGG-functionaris werkzaam.

De RIGG-regio's variëren in urbanisatiegraad. De urbanisatiegraad wordt vastgesteld door het CBS. De indeling van gemeenten naar urbanisatiegraad is niet alleen gebaseerd op inwoneraantal en bevolkingsdichtheid, ook wordt gekeken naar de werkzaamheid van de beroepsbevolking, het aandeel forensen en het 'stadse karakter' van een gemeente. Onze indeling is deels ontleend aan Ypema en de Haen (1983) die werkten met gegevens van het CBS uit 1973, en aan de CBS-gegevens betreffende inwoneraantallen uit 1985.

Regio I is een RIGG-regio die gekarakteriseerd kan worden als een plattelandsregio. Volgens de indeling in economisch-geografische gebieden van het CBS heeft deze regio 26 gemeenten: 7 plattelandsgemeenten (meer dan 20% agrarische beroepsbevolking), 10 agrarische gemeenten (minder dan 30.000 inwoners), 3 forensen-gemeenten (meer dan 30% forensen), 3 plattelandsstadjes (2.000 - 10.000 inwoners) en 3 kleine steden (10.000 - 30.000 inwoners).

Regio II is een verstedelijkt plattelandsgebied, met dien verstande dat in deze regio ook steden aanwezig zijn. Volgens de CBS-indeling zijn er 25 gemeenten: 10 plattelandsge-

meenten, 7 agrarische gemeenten, 5 forensengemeenten, 1 plattelandstadje en 2 steden (50.000 – 100.000 inwoners).

Regio III is een grote stad (met randgemeenten). De RIGG-regio strekt zich niet uit over het gehele grootstedelijke gebied.

Tabel 1 Beschrijving van regio's

	Platte-lands-regio (I)	Verstedelijke regio (II)	Grootstedelijke regio (III)
Aantal gemeenten	26	25	
Aantal inwoners	404.000	371.000	330.000
Urbanisatiegraad*	5.4	7.2	19**
Aantal huisartsen	160	156	127
Aantal AMW-instellingen	7	4	2
AMW-formatieplaatsen	45.5	24.9	22
Aantal vrijgevestigden	19	20	2
Aantal RIAGG's	2	2	1
Aantal RIAGG-medewerkers	67	86	115
Aantal PAAZ'en ***	3	2	1
Aantal PAAZ-bedden	72	****	90
Aantal APZ'en ***	1	1	1
Aantal APZ-bedden	580	500	940

* De urbanisatiegraad is gebaseerd op de gemiddelden van de urbanisatiegraad van RIAGG-regio's die tezamen de RIGG-regio's vormen. Bronnen: Bevolking der gemeenten van Nederland op 01.01.1985 (CBS 1985); E. Ypema, F. de Haen, Verdelen naar behoefte, Utrecht (NcGv) 1983.

** Schatting

*** Alle intramurale instellingen beschikken over een eigen polikliniek.

**** Deze PAAZ'en beschikken niet over een aanwijzing ex art. 7 krankzinnigenwet. Schatting ca. 40.

De RIGG-regio's benaderen elkaar waar het de capaciteit van de diverse voorzieningen betreft. Helaas was het niet mogelijk om de drie regio's zo te selecteren dat alle voorzieningen het gemiddelde van Nederland benaderen. Daarom is gekozen voor regio's waar de voorzieningen die de meeste variatie vertonen - de intramurale GGZ - het dichtst de norm benaderen.

De keuze voor RIGG-regio's is gebaseerd op de overweging om samenwerking op een kleine schaal te beschrijven. Cijfers over voorzieningen zijn echter alleen voorhanden op het grootschalig WZV-regio-niveau. De WZV-gezondheidsregio's zijn planningsregio's en omvatten in de regel een groter gebied dan de RIGG-regio's. De cijfers over de RIGG-regio's zijn gebaseerd op schattingen en berekeningen op basis van de informatie op WZV-niveau.

De 'maat' voor intramurale GGZ-capaciteit is het aantal erkende bedden per 1.000 inwoners. De WZV-(plannings)norm bedraagt 1,2 o/oo (1,2 bed per 1.000 inwoners). Het landelijk gemiddelde ligt daarboven, dat was in 1985 1,6 o/oo. Per RIGG-regio hebben we het promillage berekend aan de hand van beschikbare gegevens over inwoneraantal en aantal PAAZ/APZ/PUK-bedden. Hierbij is niet gedifferentieerd naar soorten bedden (bijvoorbeeld psychogeriatrische of supraregionale). Voor regio I is het promillage 1,6 o/oo (652 bedden voor 404.000 inwoners), voor regio II 1,5 o/oo (540 bedden, dit is inclusief de 'grijze' (niet erkende) bedden van de PAAZ) voor 371.000 inwoners) en voor regio III 3,2 o/oo (1.030 bedden voor 327.000 inwoners; dit is inclusief bedden met een supra-regionale functie. Het 'echte' promillage ligt dus lager).

Regio I en II benaderen aldus het landelijk gemiddelde. Voor regio III is niet na te gaan in hoeverre het promillage afwijkt van het gemiddelde.

Ter completering geven we nog een overzicht voor de RIAGG-capaciteit per regio in vergelijking met het gemiddelde. De RIAGG-capaciteit wordt afgemeten aan de salariskosten van de RIAGG gerelateerd aan het inwoneraantal. Het COTG heeft de richtlijn gesteld op 100 en de capaciteit van de RIAGG wordt uitgedrukt als afwijking van die richtlijn. Er zijn RIAGG's die onder de richtlijn van 100 zitten en nog mogen uitbreiden (max. 10% in 1985): de zogeheten groei-RIAGG's. Er zijn RIAGG's die boven de richtlijn van 100 zitten en dus moeten afbouwen (max. 5% in 1985). Het gemiddelde van de RIAGG's bedroeg in 1983 95. De RIAGG's in de drie onderzochte RIGG-regio's zitten onder de richtlijn of zijn gelijk aan de richtlijn.

Regio I : (2 RIAGG's gemiddeld): 94.1

Regio II : (2 RIAGG's gemiddeld): 99.9

Regio III : (1 RIAGG) : 86.1

In regio III zit de RIAGG dus onder de richtlijn.

De huisartsen-capaciteit wordt uitgedrukt in huisartsen per 10.000 inwoners. Het gemiddelde in Nederland bedroeg op 01.01.1985: 3.92 huisartsen per 10.000 inwoners. Alleen de verstedelijkte regio's wijken daarvan iets af met 4.20 huisartsen (er zijn dus veel huisartsen, maar zij hebben gemiddeld kleinere praktijken). Voor regio I bedraagt het aantal huisartsen 3.96 per 10.000 inwoners en voor regio III 3.85.

BIJLAGE II

Responsepercentages

Overzicht van de verzonden enquêtes (tussen haakjes het bruto-aantal*) en de response in absolute aantallen per regio. Per voorziening is het responsepercentage van de drie regio's gezamenlijk vermeld. Achter de instellingen staat tussen haakjes het totaal aantal instellingen vermeld.

	Aangeschreven			Respons (absoluut)			Respons totaal %
	regio I **	regio II	regio III	regio I	regio II	regio III	
Huis- artsen ***	153 (160)	152 (156)	123 (127)	80	65	64	49
AMW(15)	37 (38)	31 (34)	26	33	24	19	81
Psycho- logen	13 (28)	15 (43)	4 (6)	12	14	-	81
Psychia- ters	6 (10)	5 (10)	5 (9)	4	4	3	69
RIAGG's (5)	65 (69)	87 (88)	118 (146)	52	69	79	74
Polikliniek PAAZ(6)	4 (4)	3 (4)	2 (2)	2	2	2	67
Polikliniek APZ(3)	11 (12)	12 (13)	2 (2)	10	6	2	72
PAAZ(6)	13 (13)	7 (7)	6 (8)	10	6	4	79
APZ(3)	13 (13)	24 (26)	12 (12)	11	13	10	70

- * Het peiljaar van de samenwerking was 1985. De netto-percentages laten buiten beschouwing: gepensioneerden, overledenen, verhuizingen (vrijgevestigden en huisartsen), vertrokken wegens andere baan (instellingen) en degenen die pas sinds 1986 werkzaam zijn. Het grote verschil tussen bruto- en netto-aantallen bij vrijgevestigde psychologen en psychiaters moet toegeschreven worden aan de onduidelijke status van veel vrijgevestigden. Een groot deel bleek voornamelijk in dienstverband te werken en niet noemenswaardig als vrijgevestigde werkzaam te zijn.
- ** Regio I = plattelandsregio, regio II = verstedelijkte regio, regio III = grootstedelijke regio.
- *** Hierbij is de landelijke huisartsenenquête buiten beschouwing gelaten.

BIJLAGE III

Hulpverlenerskenmerken

In deze bijlage is een beschrijving van de individuele respondenten op grond van hun hulpverlenerskenmerken opgenomen. Per regio en voor het totaal van de drie regio's wordt voor elke voorziening een overzicht gegeven van de relevante kenmerken. Tabel 1 tot en met 6 beschrijven respectievelijk de kenmerken van huisartsen, AMW, vrijgevestigde psychologen en psychiaters, RIAGG's, poliklinieken en PAAZ en APZ.

Tabel 1 Beschrijving van de huisartsen-respondenten naar praktijkvorm, praktijkgrootte en samenwerkingsvorm per regio en voor de drie regio's gezamenlijk (in percentages)

	totaal	regio I	regio II	regio III
Praktijkvorm				
solisten	56%	60%	45%	63%
duopraktijken	26	31	32	14
groepspraktijken	7	6	11	3
gezondheidscentra	11	3	12	20
Praktijkgrootte				
<1000	3%	1%	2%	8%
1000-1500	5	1	5	9
1500-2000	21	27	11	23
2000-2500	39	37	48	33
2500-3000	23	25	25	19
>3000	9	9	9	8
\bar{X}	2359	2405	2441	2220
Samenwerkingsvorm				
monodisciplinair*	69%	61%	79%	68%
hometeam**	20	36	8	12
gezondheidscentrum	11	3	12	20

* Monodisciplinair: niet structureel samenwerkend met andere eerstelijnsdisciplines.

** Hometeam: samenwerkingsverband van ten minste huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleging, echter niet onder één dak.

Wat betreft de *praktijkvorm* zijn er in regio I (de plattelandsregio) relatief weinig gezondheidscentra, in regio II (verstedelijkt gebied) relatief veel groepspraktijken en in regio III (grote stad) relatief veel solisten en veel gezondheidscentra. Wat betreft de *samenwerkingsvorm* zijn er in regio I relatief veel hometeams. De samenwerkingsvorm (monodisciplinair, hometeam of gezondheidscentrum) hangt samen met de praktijkgrootte: solisten hebben grotere praktijken (2450) dan artsen in hometeams (2294) en gezondheidscentra (1859).

Tabel 2: Beschrijving van AMW-respondenten naar samenwerkingsvorm en aantal hulpeenheden, per regio en voor de drie regio's gezamenlijk (n = 76).

Samenwerkingsvorm	totaal	regio I	regio II	regio III
- geen structureel overleg elz	21%	9%	29%	32%
- gestructureerd overleg*	66	85	50	53
- gezondheidscentra	13	6	21	16
Aantal hulpeenheden (1985)	93	92	88	101

* Het betreft overleg in een of meer groepen van eerste-lijnshulpverleners; echter geen gemeenschappelijke huisvesting.

Tabel 3 Beschrijving van vrijgevestigde psychologen- en psychiater-respondenten naar beroepsbenaming, behandelaanbod, behandelduur, aantal in 1985 behandelde patiënten en de omvang van hun praktijk-uitoefening (n = 37)

	Totaal
Beroepsbenaming	
psycholoog	11%
psychiater	14
eerstelijnspsycholoog	16
psychotherapeut	35
psychoanalyticus	8
anders	16
Behandelaanbod	
langdurig*	3%
kortdurend*	16
langdurig/kortdurend*	51
gedrags	11
overig*	19
Behandelduur	
<1 maand	8%
1-3 maanden	11
3-6 maanden	40
>6 maanden	41
Behandelde patiënten in 1985	
1-10	36%
11-20	19
21-30	11
31-40	6
>40	28
Omvang praktijkuitoefening (per week)	
0-16 uren	57%
17-32 uren	26
32-40 uren	17

* Het betreft hier zowel meer inzichtgevende als meer steunende behandeling.

** Waaronder: medicamenteuze behandeling, hypnose en echtpaartherapie.

De beroepsbenaming is een aanduiding voor de wijze waarop vrijevestigden zich profileren. De categorie 'psychotherapeuten' bestaat dan ook zowel uit psychologen als psychiaters. Van de behandelde patiënten is 52% door huisartsen en 8% door AMW verwezen. Het merendeel van de vrijevestigden is parttime als vrijevestigde werkzaam: 54% heeft een neven-taak in dienstverband (waarvan de helft bij de RIAGG). Niet in de tabel, maar wel vermeldenswaardig zijn de volgende ge-

Tabel 4 Beschrijving van RIAGG-respondenten naar afdeling, functie en discipline per regio en voor de drie regio's gezamenlijk (n = 200)

	totaal	regio I	regio II	regio III
Afdeling				
Preventie	2%	2%	3%	-%
Sociale Psychiatrie	18	17	19	17%
OEP	17	4	22	20
Jeugd	32	34	32	30
Geriatricie	7	10	4	9
LGV	7	8	4	14
Generalistisch	2	2	-	-
Combinatie*	15	23	15	10
Functie				
Hulpverlening	65%	71%	66%	60%
Hulpverlening/Coördinatie	10	11	5	13
Hulpverlening/Intake	4	-	6	4
Intake	14	10	13	19
Hulpverlening/Preventie	7	8	10	4
Discipline				
psychiater	15%	12%	12%	19%
psycholoog	27	23	24	32
SPV	24	33	24	19
maatsch.werker	20	17	22	19
overig**	14	15	18	11

* Het betreft hier RIAGG-medewerkers die in verschillende RIAGG-afdelingen werkzaam zijn.

** Zoals bijvoorbeeld pedagogen, andragogen en artsen.

vens: 57% van de respondenten was reeds als vrijgevestigde werkzaam voor 1980, 86% geeft een behandeling die vergoed wordt door ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekering of door een bedrijfsfonds.

In de plattelandsregio zijn medewerkers van de OEP enigszins ondervetegenwoordigd. Voor de RIAGG's van de drie regio's gezamenlijk zijn hulpverleners van de jeugdafdeling wel oververtegenwoordigd. Verder kan nog toegevoegd worden dat gemiddeld 60% van de RIAGG-hulpverleners voor de RIAGG-vorming werkzaam was in de (A)GGZ (regio I: 39%, regio II 78% en regio III 54%). Veelal bij een IMP (gemiddeld 13%), maar ook SPD (5%), MOB (6%) of LGV (4%). Het betreft hier percentages van het totale aantal respondenten.

Tabel 5 Beschrijving van respondenten van poliklinieken van PAAZ en APZ naar functie, behandel aanbod en discipline (n = 24)

Functie	Totaal
Behandeling	71%
Coördinatie/behandeling	29
Behandelaanbod	
kortdurend	9%
kortdurend/langdurig*	28
idem, en medicamenteus	27
idem, en intake	9
idem, en gezinsgroepstherapie	18
overig	9
Discipline	
psychiater	46%
psycholoog	33
SPV/B-verpleging	13
maatsch.werker	4
anders	4

* Het betreft hier zowel inzichtgevende als ondersteunende vormen van behandeling.

Opgemerkt moet nog worden dat 54% van de polikliniek-respondenten minder dan 24 uur werkzaam is in de polikliniek. Veelal heeft men ook een functie in het moederinstituut (PAAZ of APZ).

Tabel 6 Beschrijving van respondenten van PAAZ en APZ naar functie, discipline en afdeling (n = 54)

	Totaal
Functie	
behandeling	57%
behandeling/coördinatie	41
behandeling/diagnostiek	2
Discipline	
psychiater	41%
psycholoog	13
SPV/B-verpleging	30
maatsch. werker	9
overigen	7
Afdeling	
opname algemeen	53%
opname geriatrie	6
opname & resocialisatie	19
longstay	9
vervolgbehandeling & resocialisatie	13

26% van de respondenten is minder dan 24 uur werkzaam op de betreffende afdeling.

BIJLAGE IV

De inhoud van contacten tussen huisartsen en algemeen maatschappelijk werk.

Zoals in paragraaf 6.2 een overzicht is gegeven van de inhoud van de contacten tussen hulpverleners in de eerstelijns en de GGZ, zo kan ook een beeld worden geschetst van de onderwerpen waarover huisartsen en maatschappelijk werkers onderling overleg voeren. Hoewel de relatie tussen de bij het onderzoek betrokken eerstelijnsdisciplines buiten de vraagstelling van het onderzoek valt, kan worden aangenomen dat de intensiteit daarvan van invloed is op hun contact met de GGZ.

Tabel 1 geeft een overzicht van de samenwerking zoals die door de huisartsen wordt ervaren; in tabel 2 staat de visie van het algemeen maatschappelijk werk.

Tabel 1 Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en algemeen maatschappelijk werk: de visie van huisartsen (n=ca. 175)

Huisarts krijgt bericht over	meestal/vaak	soms	nooit, wel belangrijk
- aankomst	38	29	17
- voortgang	45	30	15
- einde	48	26	21
- resultaat	48	33	19
Huisarts overlegt over			
- behandeling AMW	34	44	10
- overdracht	30	44	18

Huisarts krijgt bericht over	meestal/vaak	soms	nooit, wel belangrijk
- diagnose	12	52	8
- noodzaak verwijzing	16	52	7
- eigen hulpverlening	14	46	8
- verwijscriteria	7	33	9
- hulpverlening bij specifieke klachten	13	37	7
- taakafbakening	6	37	8

Tabel 2 Berichtgeving en overleg tussen maatschappelijk werk en huisartsen: de visie van maatschappelijk werkers (n=ca. 75)

Maatschappelijk werker geeft bericht over	meestal/vaak	soms	nooit, wel belangrijk
- aankomst	76	23	
- voortgang	49	51	
- einde	61	36	
- resultaat	60	39	
Maatschappelijk werker overlegt over			
- behandeling AMW	39	61	-
- overdracht	12	53	10
- diagnose	7	71	20
- noodzaak verwijzing	16	71	14
- hulpverlening huisarts	3	59	27
- verwijscriteria	8	65	23
- hulpverlening bij specifieke klachten	16	57	18
- taakafbakening	5	69	22

Bij een onderlinge vergelijking van de twee tabellen blijkt dat méér maatschappelijk werkers zeggen minstens incidenteel bericht te geven dan huisartsen zeggen te ontvangen, terwijl ook het beeld van het overleg in beide tabellen niet congruent

is. De verklaring van de verschillen, die we ook aantreffen bij een vergelijking van de visies van huisartsen en GGZ op de onderlinge samenwerking, is te vinden in wat we 'schaalverschillen' kunnen noemen: één maatschappelijk werker heeft doorgaans met meerdere huisartsen te maken (28% zelfs met zeven of méér), terwijl een huisarts veelal contact zal onderhouden met één maatschappelijk werker. Daarnaast kan een rol spelen dat een patiënt in zijn contact met de maatschappelijk werker de rol van de 'verwijzende' huisarts niet ter sprake hoeft te brengen; van berichtgeving en overleg over een 'verwezen' patiënt kan in dat geval geen sprake zijn.

Uit de tabellen blijkt dat huisartsen vooral geïnteresseerd zijn in uitgebreidere berichtgeving. Voor méér overleg bestaat minder belangstelling, maar in vergelijking met het overleg tussen huisartsen en GGZ is dat tussen huisartsen en AMW ook veel intensiever.

Maatschappelijk werkers hebben vooral belangstelling voor intensiever overleg over de behandeling, door de huisarts, van nog niet verwezen patiënten en over algemene onderwerpen als taakafbakening en het ontwikkelen van verwijscriteria. In vergelijking met het overleg tussen maatschappelijk werkers en RIAGG-medewerkers vindt ook nu al met de huisartsen intensiever overleg over deze onderwerpen plaats.