
NcGv

Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg

Deelrapport van het onderzoek
'Tussen de lijnen'


Joost Visser
Denise de Ridder

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid

Nederlands instituut voor onderzoek van
de eerstelijnsgezondheidszorg

Utrecht, september 1987

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

 **NIVEL**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Visser, G.J.

Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg: deelrapport van het onderzoek 'Tussen de lijnen' / G.J. Visser, D.T.D. de Ridder. - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL); (S.1.): Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-051-X

SISO 614.1 UDC 614.23:364.442/.444

Trefw.: geestelijke gezondheidszorg.

typewerk: Els van Baal

vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius

VOORWOORD

Het rapport 'Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg' is een deelrapport van een onderzoek naar de relatie tussen de eerstelijns- en de geestelijke gezondheidszorg dat is uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv). Uitgebreide verslaglegging van dit onderzoek is te vinden in: Denise de Ridder, Joost Visser 'Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en GGZ onderzocht'. Utrecht, NcGv/NIVEL, 1987.

De uitvoering van dit onderzoek was in handen van mw. drs. D. de Ridder (NcGv) en drs. J. Visser (NIVEL). De projectleiding berustte bij drs. P. van Lieshout (NcGv) en drs. L. Peters (NIVEL).

	pag.
INLEIDING	1
1. BESCHRIJVING VAN DE RESPONDENTEN	4
1.1. Respons en non-respons	4
1.2. Enkele gegevens van de respondenten	7
1.3. Samenvatting	9
2. PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE HUISARTSPRAKTIJK	10
2.1. Enkele gegevens uit de literatuur	10
2.2. Onderzoekresultaten	12
2.3. Samenvatting	18
3. HET OORDEEL OVER ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	20
3.1. Het globale oordeel over AMW en GGZ	20
3.2. Het oordeel over de afzonderlijke instellingen	22
3.3. Samenvatting	26
4. CONTACTEN MET HET ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK EN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	28
4.1. Werkcontacten met AMW en GGZ	28
4.2. Verwijzingen naar AMW en GGZ	31
4.3. Overleg met de instellingen	37
4.4. Het ontbreken van contacten	40
4.5. Samenvatting	41
5. DE INHOUD VAN CONTACTEN: BERICHTGEVING EN OVERLEG	43
5.1. Berichtgeving over verwezen patiënten	43
5.2. Overleg over verwezen patiënten	51
5.3. Overleg over (nog) niet verwezen patiënten	51
5.4. Overleg over algemene onderwerpen	52
5.5. Preventie	52
5.6. Overleg in verschillende samenwerkingsvormen	53
5.7. Samenvatting	55

	pag.
6. SAMENVATTING EN CONCLUSIE	56
NOTEN	61
LITERATUUR	63
BIJLAGE	

INLEIDING

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een schriftelijke enquête onder de Nederlandse huisartsen over hun contacten met het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De enquête maakt deel uit van een onderzoek, uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), naar de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg.

De **achtergrond** van dit onderzoek ligt in het beleid van de overheid en in activiteiten door de beroepsorganisaties. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt gesignaleerd dat het aanbod aan psychosociale problematiek bij huisarts en algemeen maatschappelijk werk groot is (en nog toeneemt) en wordt vastgesteld dat de noodzakelijke samenwerking tussen eerstelijns en ambulante geestelijke gezondheidszorg 'nog lang niet overal even soepel verloopt'.

In het rapport 'Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en haar Raakvlakken', dat in hetzelfde jaar door de Gemengde Commissie voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg werd opgesteld, wordt als ideaal een situatie geschetst waarin in de eerste lijn integrale zorg wordt verleend en waarin, met behoud van de zelfstandigheid van de cliënt, zo nodig tijdig gespecialiseerde zorg wordt ingeroepen. De commissie noemt een aantal knelpunten die een goede samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg in de weg staan. Enerzijds maken kenmerken van de eerstelijnszorg, zoals de onvoldoende onderlinge samenwerking en afstemming, gecombineerd met een onvoldoende vaardigheid voor de opvang van psychosociale problematiek en onvoldoende kennis van het hulpaanbod van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, realisering van het geschetste ideaal moeilijk; anderzijds noemt de commissie ook knelpunten in de AGGZ zelf, zoals een onvoldoende bereikbaarheid en onvoldoende aandacht voor psychiatrische problematiek.

In de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) krijgt de eerstelijns nadrukkelijk een taak toegekend in de behandeling van 'psychosociale problematiek' en wordt de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) primair verantwoordelijk gesteld voor behandeling van 'ernstige psychische problemen'.

Ook stelt de Nota dat geformaliseerde werkafspraken tussen de beide echelons in wettelijke richtlijnen opgenomen zullen moeten worden. Aandacht in het 'veld' voor het verbeteren van de relatie eerstelijns - geestelijke gezondheidszorg blijkt ondermeer uit het overleg dat al enige tijd door de Joint (namens het algemeen maatschappelijk werk) en de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) wordt gevoerd en uit de pogingen die door verschillende instellingen worden ondernomen om de contacten met eerstelijns hulpverleners in de eigen regio nauwer aan te halen.

Tegen deze achtergrond kan het **doel** van het onderzoek worden gedefinieerd als het vaststellen van de omvang, de aard en de waardering van werkcontacten tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg en van de factoren die daarop van invloed zijn. Daartoe zijn, in drie regio's, alle betrokken hulpverleners ondervraagd: huisartsen, maatschappelijk werkers, vrijgevestigde psychologen en psychiaters en medewerkers van GGZ-instellingen. Op die manier is een, tweezijdig, beeld ontstaan van de opvattingen over en de ervaringen met de onderlinge samenwerking (De Ridder en Visser, 1987).

Alleen onder huisartsen is, naast het onderzoek in de drie regio's, ook op landelijke schaal onderzoek verricht, met het doel de regionaal verzamelde gegevens met landelijke cijfers te kunnen vergelijken. De resultaten van dat (deel-)onderzoek, uitgevoerd met een schriftelijke enquête onder een representatieve steekproef van de Nederlandse huisartsen, worden in dit rapport beschreven.

De **vraagstelling** van dit (deel-)onderzoek kan als volgt worden gedefinieerd:

- wat is de opvatting van huisartsen over hun taak bij het behandelen van psychosociale problematiek?
- wat is het oordeel van huisartsen over het algemeen maatschappelijk werk en de voorzieningen in de GGZ?
- wat is de omvang van de feitelijke werkcontacten tussen huisartsen enerzijds en algemeen maatschappelijk werk en GGZ-voorzieningen anderzijds?
- hoe hangen taakopvatting, oordeel en omvang van de feitelijke contacten met elkaar samen en door welke factoren worden ze beïnvloed?
- welke wensen bestaan er ten aanzien van het verbeteren van de contacten?

De aan de huisartsen toegezonden vragenlijst (zie bijlage I) betaamt uit enkele onderdelen. Het grootste deel wordt in beslag genomen door vijf, vrijwel identieke, vragenlijsten, waarin de respondent gevraagd wordt zijn of haar* contacten te beschrijven met, achter-eenvolgens:

- het algemeen maatschappelijk werk (AMW);
- de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG);
- vrijgevestigde psychologen en psychiaters;
- de polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) en/of van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ);
- APZ en/of PAAZ zelf.

Aan deze vijf vragenlijsten gaat een deel vooraf waarin vragen worden gesteld over de respondent zelf en over de praktijkvoering. Alle vragen zijn gesteld over het jaar 1985.

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 1 geven we een beschrijving van de respondenten, mede in vergelijking met de artsen die niet aan de enquête hebben meegedaan. Hoofdstuk 2 beschrijft de psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de mate waarin huisartsen psychosociale problemen waarnemen, hun taakopvatting en taakuitoefening. Na het oordeel van huisartsen over AMW en GGZ (hoofdstuk 3) komen de feitelijke werkcontacten aan de orde, eerst globaal (hoofdstuk 4), daarna meer gedetailleerd. Het rapport wordt afgesloten met een samenvatting en conclusie.

* In dit rapport zal verder de mannelijke vorm worden gebruikt voor alle huisartsen.

1. BESCHRIJVING VAN DE RESPONDENTEN

1.1. Respons en non-respons

Van de enquête werden - eind 1985 - exemplaren gestuurd aan 654 huisartsen. Daarvan werden er, na twee herinneringsbrieven en een telefonisch rappel onder 15% van de non-respondenten op dat moment (45 huisartsen), uiteindelijk 318 (49%) ingevuld geretourneerd.

Tabel 1.1 (zie volgende blz.) geeft enkele gegevens weer op grond waarvan we de wel en niet reagerende artsen met elkaar kunnen vergelijken. Deze gegevens, die ontleend zijn aan het registratiesysteem dat het NIVEL bijhoudt van alle in Nederland praktizerende huisartsen zijn de volgende: geslacht, leeftijd, het jaar van vestiging als huisarts, een eventueel lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG, de wetenschappelijke organisatie van de huisartsen), de streek van vestiging en de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats.

Verschillen zijn slechts minimaal. Zoals bij enquête-onderzoek onder huisartsen vaker het geval is, is de groep respondenten iets jonger en iets minder lang als huisarts werkzaam dan de non-respondenten. Ook zijn er in deze groep meer NHG-leden: als het lidmaatschap een maat is van de betrokkenheid van de arts bij een verdere ontwikkeling van het beroep, steekt de groep respondenten in dat opzicht gunstig af bij de overigen.

Voor ons onderzoek van bijzonder belang is een ander kenmerk waarover zowel voor de respondenten als de non-respondenten gegevens bekend zijn: de praktijkvorm van de huisarts. Verwacht mag immers worden dat een huisarts in een gezondheidscentrum meer samenwerkt met het algemeen maatschappelijk werk - en misschien, door een grotere bereidheid tot overleg, ook met de voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg - dan een solistisch werkende huisarts. Om er voor te zorgen dat in ons onderzoek gegevens over een voldoende grote groep artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken verzameld zouden worden, is de steekproef in dat opzicht niet representatief getrokken: tabel 1.2 laat zien in welke verhouding artsen in, respectievelijk, solopraktijken, duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra, vertegenwoordigd zijn in het totale Nederlandse

Tabel 1.1.: geslacht, leeftijd, NHG-lidmaatschap en plaats van vestiging: respondenten en steekproef vergeleken (in procenten)

	respondenten (N=318)	steekproef (N=645)
Geslacht		
man	88	89
vrouw	12	11
Leeftijd		
≤ 30 jaar	3	3
31-40 jaar	59	54
41-50 jaar	20	23
51-60 jaar	15	17
>60 jaar	4	4
Vestigingsjaar		
1980-1985	35	32
1970-1979	42	42
1960-1969	13	16
1940-1959	10	10
NHG-lidmaatschap		
wel lid	47	40
geen lid	53	60
Vestigingsplaats		
Noord-Nederland	12	11
Oost-Nederland (inclusief Flevoland)	20	21
West-Nederland	45	44
Zuid-Nederland	23	24
Urbanisatiegraad		
platteland	10	11
verstedelijkt platteland	36	37
steden	54	53

Tabel 1.2.: praktijkvorm van de huisarts in Nederland, in de steekproef en onder de respondenten (in procenten)

	Nederland* (N=5748)	steekproef (n=645)	respondenten (n=318)
solist	60	45	38
duopraktijk	28	29	32
groepspraktijk	5	12	11
gezondheidscentrum	7	15	18

* situatie per 1 januari 1984

huisartsenbestand, in onze steekproef en in de groep respondenten. Bij het trekken van de steekproef is het aantal artsen in groepspraktijken en gezondheidscentra iets meer dan verdubbeld, ten koste van het aantal solisten. Doordat ook de respons onder de samenwerkende artsen groter is dan onder de anderen, is hun aandeel in de uiteindelijke onderzoeksgroep nog groter geworden.

Om op grond van de gegevens uit de teruggestuurde enquêtes toch uitspraken te kunnen doen die beter generaliseerbaar zijn voor 'de' Nederlandse huisarts, zijn de antwoorden van de respondenten dusdanig 'gewogen' dat de juiste verhouding tussen de artsen in de vier praktijkvormen weer werd bereikt: ieder antwoord van een arts in een gezondheidscentrum telt bij het berekenen van de score voor de hele artsengroep mee voor .39; ieder antwoord van een solist voor 1.57. Tabel 1.3 geeft weer, hoe de verhouding tussen de vier praktijkvormen na weging verandert.

Telkens wanneer in dit rapport uitspraken worden gedaan over de hele groep huisartsen, is deze weging toegepast.

Tabel 1.3.: praktijkvorm van de respondenten, voor en na weging

	voor weging		weegfactor	na weging	
	abs	%		abs	%
solo	122	38	$60/38=1.57$	190	60
duopraktijk	103	32	$28/32=.86$	89	28
groepspraktijk	36	11	$5/11=.44$	16	5
gezondheidscentrum	57	18	$7/18=.39$	22	7

In gevallen waarin cijfers over artsen in gezondheidscentra worden gepresenteerd of waarin de groepen onderling worden vergeleken, wordt de weging achterwege gelaten. De groepen zijn dan groot genoeg om conclusies te kunnen trekken.

Ook al wijkt de groep artsen die de enquête heeft ingevuld op voor ons te controleren punten nauwelijks af van de 'weigeraars', toch is de respons teleurstellend te noemen. Een verklaring kan worden afgeleid uit de reacties van enkele van de 'weigeraars', namelijk van die artsen die het niet-ingevulde formulier terugstuurden en van commentaar voorzagen. Bovendien werd aan de huisartsen die telefonisch werden benaderd, naar de reden van hun weigering gevraagd. Van de 31 artsen die schriftelijk commentaar gaven, bleken er zeven te kort of juist niet meer als huisarts werkzaam te zijn; de anderen zeiden overspoeld te worden met enquêtes (zeven maal genoemd), het nut van enquêtes niet in te zien (zes), geen tijd te hebben (zeven) of deze enquête te lang (vier) of te ingewikkeld (vijf) te vinden. Ook werd door vier van deze artsen geopperd dat het invullen van een (tijdrovende) enquête als deze gehonoreerd zou moeten worden. Van de (twintig) telefonisch benaderde artsen die medewerking bleven weigeren gaven er acht aan (te) veel enquêtes te krijgen; zeven vonden juist deze enquête te lang of te moeilijk.

Uit deze summiere gegevens kunnen moeilijk verstrekkende conclusies worden getrokken. Wel is duidelijk dat onder artsen, door het grotere aanbod, 'enquête-moeheid' is ontstaan, waardoor medewerking aan een enquête, zeker als die niet gehonoreerd wordt, niet meer zo makkelijk wordt gegeven. Daarnaast speelt de lengte en de opzet van juist deze enquête een rol. Ook kan worden vastgesteld dat het onderwerp van de enquête waarschijnlijk geen bijzondere belemmering is geweest: voor zover dat valt na te gaan zijn (positieve of negatieve) ervaringen van de respondenten met maatschappelijk werk of geestelijke gezondheidszorg niet van invloed geweest op hun besluit de enquête oningevuld te laten. Evenmin lijken deze artsen in het aantal van hun contacten met de voor ons relevante instellingen af te wijken van de anderen.

1.2. Enkele gegevens van de respondenten

In de tabellen 1.1 en 1.2 zagen we al enkele gegevens van de antwoordende huisartsen, gerelateerd aan de artsen die niet aan de en-

quete hebben meegedaan.

In deze paragraaf geven we nog enkele kenmerken van de huisartsen, zoals die blijken uit de enquêtes zelf. Volgens opgave van de artsen loopt hun praktijkgrootte uiteen van 200 tot 4.800, met een gemiddelde van 2.300 (zie tabel 1.4). Het aantal ziekenfondsverzekerden bedraagt (in 1985) gemiddeld 67%.

Volgens eigen opgave zien de respondenten dagelijks gemiddeld 29 patiënten tijdens het spreekuur en zeven patiënten tijdens visites thuis. Gemiddeld zeggen zij voor iedere patiënt tijdens het spreekuur tien minuten uit te trekken.

Natuurlijk zijn deze laatste cijfers afhankelijk van het aantal patiënten waarvoor een arts zorg draagt. Tabel 1.4. laat zien hoe met de praktijkgrootte ook het aantal patiënten dat een arts dagelijks ontmoet, toeneemt; de tijd die hij aan ieder van hen besteedt neemt af.

Tabel 1.4.: gemiddeld aantal patiënten per huisarts per dag en aantal minuten voor ieder van hen, gerelateerd aan de praktijkgrootte (n=ca.314)

praktijk- grootte	percentage huisartsen	patiënten op spreekuur	patiënten thuis	aantal minuten per patiënt
≤1000	6	11	2	13
1100-1500	8	22	4	11
1550-2000	15	26	6	10
2050-2500	33	29	7	10
2550-3000	30	34	8	9
>3000	8	36	8	9
\bar{x} 2300		29	7	10

In de steekproef zijn de artsen die in gezondheidscentra werken, oververtegenwoordigd. We merkten al op dat deze groep voor een onderzoek naar de relatie tussen huisartsen en GGZ interessant is, omdat intensieve samenwerking met maatschappelijk werkers, zoals in een gezondheidscentrum verwacht mag worden, de samenwerking met de GGZ zou kunnen beïnvloeden. Datzelfde geldt ook voor artsen in een home-team, die eveneens structureel met maatschappelijk werkers (en wijkverpleegkundigen) samenwerken, zonder echter gezamenlijk gehuisvest te zijn. In tabel 1.5. staan de aantallen respondenten die,

respectievelijk, niet structureel met andere eerstelijnsdisciplines samenwerken (in deze rapportage noemen we hen 'monodisciplinair' werkend), in een home-team gevestigd zijn en werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. We geven cijfers voor en na 'weging' voor de oververtegenwoordiging van artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken (vgl. par. 1.1).

Tabel 1.5.: samenwerkingsvorm van de respondenten, voor en na weging

	voor weging		na weging	
	abs.	%	abs.	%
monodisciplinair	165	55	198	67
hometeam	80	27	77	26
gezondheidscentrum	57	19	22	7

Tussen een kwart en een derde van de huisartsen werkt in een home-team, iets meer dan de helft werkt niet structureel met eerstelijnsdisciplines samen. Vergelijking van de drie groepen laat in twee opzichten verschillen zien. Artsen in gezondheidscentra zijn jonger dan artsen in hometeams en monodisciplinair werkenden (38, resp. 42 jaar) en hebben kleinere praktijken (ruim 2000 tegen ruim 2200 van artsen in hometeams en ruim 2300 van de overige artsen ($p < .05$)).

1.3. Samenvatting

Bijna de helft (318) van de respondenten (654) heeft de enquête ingevuld geretourneerd. Deze groep wijkt nauwelijks af van de groep non-respondenten: wel zijn de respondenten iets jonger en zijn er meer leden van het NHG onder. Voor de (bewuste) oververtegenwoordiging van artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken wordt in deze rapportage gecorrigeerd, behalve daar waar deze groepen met andere artsen worden vergeleken.

De redenen voor non-respondenten om de enquête niet in te vullen zijn deels van algemene aard - huisartsen krijgen veel enquêtes toegestuurd, waardoor 'enquête-moeheid' ontstaat - en deels van bijzondere aard: de enquête is lang en niet eenvoudig in te vullen. Het onderwerp van de enquête echter lijkt in dit opzicht geen invloed gehad te hebben.

2. PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Voordat we, in de volgende hoofdstukken, een beeld geven van de contacten tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, bespreken we in dit hoofdstuk in het kort de mate waarin huisartsen in hun werk met psychosociale problemen worden geconfronteerd en de manier waarop zij op die problemen ingaan. Het ligt immers voor de hand te veronderstellen dat beide factoren van invloed zijn op hun behoefte aan contact met de geestelijke gezondheidszorg en op de mogelijkheden voor verdergaande samenwerking.

2.1. Enkele gegevens uit de literatuur*

Bij het interpreteren van cijfers uit recent Nederlands onderzoek naar de omvang van het psychosociaal probleemaanbod in de eerstelijns zijn een paar kanttekeningen te maken.

In de eerste plaats ontbreekt een eenduidige definitie of begripsomschrijving van wat als psychosociale problematiek beschouwd moet worden (vg. Verhaak, 1985).

Voorts moet in het oog gehouden worden dat deze cijfers geen maat kunnen zijn voor het vóórkomen van psychosociale problematiek onder 'de bevolking'. Niet ieder probleem wordt immers aan de huisarts voorgelegd en niet ieder voorgelegd probleem wordt door de hulpverlener ook als zodanig gezien of benoemd (Bensing en Sluijs, 1984). Tenslotte hebben de cijfers soms betrekking op expliciet geformuleerde psychosociale problematiek, soms ook op de 'verhulde' problemen, die de patiënt in lichamelijke klachten heeft vertaald.

Een vergelijking van drie in Nederland uitgevoerde onderzoeken op dit gebied - dat van het Rotterdamse Monitoring Project (Lamberts en Hartman, 1982), van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (geciteerd in Huijgen, 1986) en van het NIVEL (Bensing en Sluijs, 1984; Verhaak, 1986) - laat zien tot welke verschillen deze (definitie)problemen leiden.

De cijfers uit Nijmegen, verzameld in het kader van de Continue Mor-

* Voor een uitgebreider overzicht verwijzen we naar Verhaak (1985)

biditeits Registratie, en Rotterdam zijn gebaseerd op registratie door de huisarts zelf van al zijn contacten met patiënten. In de Nijmeegse registratie zijn in 10% van de consulten psychosociale problemen het onderwerp van gesprek, in de Rotterdamse in 14%. Daarbij gaat het uitsluitend om de expliciete psychosociale problematiek, ook al omdat iedere klacht slechts in één categorie kon worden ondergebracht. Bensing en Sluijs vinden een hoger percentage, dat op observatie is gebaseerd: in 19% van op videoband opgenomen consulten (n= 1320) werd volgens onafhankelijke observatoren expliciete psychosociale problematiek naar voren gebracht.

Nog hoger zijn de cijfers als niet alleen de duidelijk als zodanig gepresenteerde, maar ook de 'verhulde', in lichamelijke klachten vertaalde psychosociale problematiek wordt meegerekend. Bensing en Sluijs rapporteren dat volgens de aan het video-onderzoek deelnemende huisartsen zelf in 43% van de consulten van dergelijke problematiek sprake is: de klacht is somatisch, maar de arts vermoedt of constateert dat ook psychosociale problemen een rol spelen. Op grond van deze en bovenstaande cijfers constateert Bensing (1986) dat de gemiddelde huisarts per jaar 1700 spreekuurgesprekken voert die expliciet over psychische of psychosociale problematiek gaan en nog eens 3800 spreekuurgesprekken waarin verhulde of verweven psychische of psychosociale problematiek ter sprake komt.

Het noemen van een gemiddelde van de door huisartsen gesignaleerde psychosociale problematiek is overigens maar één kant van de zaak. Van minstens zo groot belang is de bevinding dat huisartsen onderling zeer verschillen in de mate waarin zij oog hebben voor het vóórkomen van dergelijke klachten. Zo vindt Verhaak (1986) weliswaar dat ongeveer 45% van de klachten door de artsen niet puur somatisch worden gevonden, maar ook dat dat percentage varieert van 20% bij de ene tot 70% bij de andere arts.

Psychosociale problematiek brengt voor de huisarts een niet geringe werkbelasting mee. Consulten met patiënten met dergelijke klachten duren langer en veel patiënten komen vaker terug. In veel gevallen beperken huisartsen zich tot het geven van ondersteuning en het luisteren naar de klachten. In het Rotterdamse monitoringproject wordt in 32% van de gevallen 'niets' gedaan; in 37% van de consulten wordt een recept voor psychofarmaca uitgegeven, in 17% worden gestructureerde gesprekken gevoerd en 14% wordt afgerond met een advies. Verhaak vindt, op grond van video-materiaal, andere cijfers:

35% 'niets', 55% 'gesprek' (in minder dan de helft 'gestructureerd'), 7% psychofarmaca en 6% advies.

Slechts een zeer gering aantal patiënten wordt door de huisarts naar AMW en GGZ verwezen. Gezien de aard van de aangeboden problematiek zijn deze cijfers begrijpelijk. Veel van de problemen die met de huisarts worden besproken 'horen bij het leven', zijn tijdelijk van aard, gaan ook zonder professionele hulp over.

Een ander deel van de problematiek, daarentegen, is langdurig van aard en feitelijk onoplosbaar. Het is, zo stelt Huygen (1986), niet realistisch te streven naar het oplossen van dergelijke complexe problematiek. Eerder zal de huisarts genegen moeten zijn patiënten die hem bij herhaling daarmee consulteren, te 'accepteren' en hen moeten leren met hun 'geneigdheid tot klagen' te leven.

2.2. Onderzoekresultaten

Zoals in de vorige paragraaf uiteen is gezet verschillen artsen onderling zeer in de mate waarin zij oog hebben voor psychosociale problematiek. Om de aan het onderzoek deelnemende huisartsen in dit opzicht te kunnen 'plaatsen', is van twee instrumenten gebruik gemaakt, die wij ontleenden aan Grol (1983):

- gevraagd werd het percentage klachten te schatten waarbij psychosociale factoren 'een rol spelen';
- gevraagd werd van een twaalftal 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 51% van de bij hen gepresenteerde klachten psychosociale factoren een rol spelen. De schattingen lopen, zoals verwacht, sterk uiteen: van 10% tot 100% (sd = 21). Benaadrukt moet worden dat de genoemde percentages geen maat zijn voor het werkelijk vóórkomen 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 problematiek onderkennen. In tabel 2.1 staan de antwoorden op de vraag in hoeverre psychosociale factoren een rol spelen bij het ontstaan of het acuut verergeren van twaalf lichamelijke aandoeningen.

Ook nu verschillen de artsen onderling van elkaar: bij optelling van de uiterste waarden scoort slechts bij één item (adipositas) meer

Tabel 2.1: geschatte invloed van psychosociale factoren bij het ontstaan of acuut verergeren van twaalf aandoeningen, in procenten (n=ca.307)

	totaal geen	weinig	niet veel/ niet weinig	veel	zeer veel
hartinfarct	1	20	28	45	6
obstipatie	2	24	27	42	5
dysmenorroe	1	20	38	39	3
hypertensie	-	12	23	57	8
eczeem	-	13	32	47	9
hyperthyroidie	25	37	24	12	2
adipositas	2	7	19	58	14
rheumatoïde arthritis	26	39	26	9	1
colitis ulcerosa	3	9	30	44	14
brachialgie	4	30	29	32	5
tracheïtis	24	39	24	11	2
zwangerschapsbraken	2	15	30	44	10

dan 70% van de respondenten op een van de uiteinden van de schaal; ook is dat het enige item waarop - omgekeerd - minder dan 10% van de respondenten op een van de uiteinden scoort.

Aan zes 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 kunnen samen als een schaal worden gezien (Cronbach's $\alpha=.72$), waardoor de antwoorden van iedere arts op elk van de vragen zonder veel bezwaar bij elkaar opgeteld mogen worden; de daardoor ontstane score kan dan variëren van 1 voor de arts die geen enkele invloed toekent aan psychosociale factoren, tot 5 voor de arts voor wie bij elk van de genoemde ziektebeelden psychosociale factoren een rol spelen. De scores van de respondenten liggen tussen 1.80 en 5.00 ($\bar{x}=3.07$, $sd=.47$); daarmee wijken de artsen niet af van de respondentengroep van Verhaak (1983).¹

Beide maten om de 'gevoeligheid' van artsen voor psychosociale problematiek te meten zijn aan elkaar gerelateerd ($r=.45$, $p<.05$). Een verband is ook aantoonbaar tussen deze beide maten enerzijds en de leeftijd van de arts anderzijds; jongere artsen zien meer psychoso-

ciale problemen ($r=.30$, $p<.05$) en kennen meer invloed toe aan psychosociale aspecten van somatische klachten ($r=.20$, $p<.05$) dan oudere artsen. Voor artsen in kleine praktijken geldt hetzelfde ($r=.20$, $p<.05$), hetgeen het verband kan beïnvloeden: jonge artsen hebben immers kleinere praktijken. Nadere analyse laat zien dat leeftijd en praktijkgrootte ook los van elkaar verband houden met de hoeveelheid gesignaleerde psychosociale problematiek ($F=22.5$, resp. 7.76) en de aan psychosociale factoren toegekende invloed ($F=8.25$, resp. 7.47).

De samenwerkingsvorm, tenslotte, is gedeeltelijk van belang: artsen in gezondheidscentra zien beduidend méér psychosociale problematiek (66%) dan artsen in hometeams (55%) en artsen die niet gestructureerd in de eerstelijnsamenwerken (50%) ($p<.05$). Bij controle voor leeftijd en praktijkgrootte blijft het verschil significant. In de mate waarin zij invloed toekennen aan psychosociale factoren bij lichamelijke klachten, is geen (statistisch significant) verschil aantoonbaar.

Zelfs als een huisarts veel invloed toekent aan psychosociale factoren bij het ontstaan of verergeren van lichamelijke aandoeningen, dan hoeft dat niet te betekenen dat hij het ook tot zijn taak rekent om zijn patiënten in dit opzicht zelf te behandelen: hij kan van mening zijn dat dat meer op de weg ligt van andere hulpverleners, of hij kan hulpverlening door wie dan ook niet nodig 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 toegevoegd.² Op die manier ontstond een lijst waarin de hulpverlening bij ernstige en minder ernstige en bij chronische en niet-chronische problematiek een plaats vond.

In tabel 2.2 (zie volgende bladzijde) staan de antwoorden van de respondenten. Duidelijk is dat deze veel minder goed gespreid zijn dan de antwoorden op de vragen naar de invloed van psychosociale problematiek: bij acht items (1,2,3,4,6,8,9 en 10) scoort minder dan 10% van de respondenten op een van de uiterste waarden; bij twee van deze items (de vragen naar hulp bij hyperventilatie en behandeling van chronische moeheid) scoort tevens meer dan 70% op het andere uiteinde: zeker het behandelen van chronische moeheid wordt door vrijwel alle respondenten tot hun taak gerekend. Activiteiten die

Tabel 2.2.: hulpverlening bij psychosociale problematiek: taakopvatting van de huisartsen, in procenten (n=ca.303)*

Activiteit:	mate waarin de activiteit tot de taak van de huisarts behoort:		
	volledig of grotendeels	enigszins	nauwelijks of totaal niet
1 adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	39	53	7
2 begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	49	44	7
3 bespreken relatieproblemen echtpaar	47	48	5
4 hulp bieden bij suicidale neigingen**	53	39	8
5 behandeling lichte vorm straatvrees	50	29	20
6 bespreken langdurige problemen op werk**	56	37	6
7 ontspanningstherapie bij spanningsklachten	25	30	44
8 hulp bieden bij hyperventilatie**	76	21	4
9 hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	64	33	4
10 hulp bieden bij verslavingsproblematiek	19	47	34
11 behandelen van wanen**	10	33	57
12 behandelen van chronische moeheid**	89	8	2

* Oorspronkelijk een vijfpuntsschaal: om vergelijking met tabel 2.3 eenvoudiger te maken zijn de uiterste waarden telkens samengevoegd.

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

relatief weinig huisartsen vinden te moeten doen, zijn de behandeling van een lichte vorm van straatvrees (5), ontspanningstherapie bij spanningsklachten (7), hulp bieden bij verslavingsproblematiek

(10) en - vooral - het behandelen van wanen (11).

De scores van de artsen kunnen weer bij elkaar worden opgeteld (Cronbach's alpha = .76), waardoor voor elke respondent een score kan worden berekend die een indicatie is van zijn taakopvatting op het gebied van de psychosociale hulpverlening. Deze scores, die in principe weer kunnen variëren van 1 (voor artsen met een smalle taakopvatting) tot 5 (voor artsen met een brede taakopvatting) liggen in de hele groep tussen 2.00 en 4.89; het gemiddelde is 3.22 (sd=.48).³

Artsen die veel invloed toekennen aan psychosociale problematiek in lichamelijke klachten hebben een iets bredere taakopvatting dan anderen; het verband is echter zwak ($r=.13$, $p<.05$). Ook jongere artsen rekenen nauwelijks meer tot hun taak dan ouderen ($r=.14$, $p<.05$), terwijl een verband met de praktijkgrootte helemaal niet aantoonbaar is. Opvallend is dat ook de samenwerkingsvorm geen rol speelt. Hoewel artsen in gezondheidscentra - zoals we zagen - meer psychosociale problematiek onderkennen dan anderen, is er geen verschil merkbaar in hun taakopvatting.

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' in sommige situaties goed te verdedigen. Hoewel observatie van of registratie door de huisarts in dit verband de meest betrouwbare informatie zou opleveren, hebben we ons in dit onderzoek moeten beperken tot het stellen van de vraag naar de praktijk van alledag.

Daarbij is de respondenten dezelfde lijst met activiteiten voorgesteld, ditmaal met de vraag aan te geven in hoeverre deze 'in voorkomende gevallen' ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. De resultaten staan in tabel 2.3.

De meeste activiteiten worden door een overgrote meerderheid van huisartsen soms of altijd uitgevoerd; uitzonderingen zijn de behandeling van een lichte vorm van straatvrees, hulpverlening bij verslavingsproblematiek en - vooral - het behandelen van wanen en ontspanningstherapie bij spanningsklachten, juist die activiteiten dus die ook relatief weinig huisartsen tot hun taak bleken te rekenen.

Door optelling van de scores (alpha = .68) is weer voor iedere respondent een score te berekenen (ditmaal variërend van 1 tot 3). Voor

Tabel 2.3.: hulpverlening bij psychosociale problematiek: taakuitoefening van huisartsen, in procenten (n=ca. 290).

activiteit:	mate waarin deze activiteit 'in voorkomende gevallen' door de huisartsen wordt uitgevoerd:		
	altijd	soms	nooit
1 adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	31	68	1
2 begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	37	61	2
3 bespreken relatieproblemen echtpaar	29	68	3
4 hulp bieden bij suicidale neigingen	45	54	1
5 behandeling van lichte vorm van straatvrees	36	49	15
6 bespreken langdurige problemen op het werk	46	49	5
7 ontspanningstherapie bij spanningsklachten	23	43	34
8 hulp bieden bij hyperventilatie	58	39	3
9 hulp bieden bij sexuele moeilijkheden	36	62	2
10 hulp bieden bij verslavingsproblematiek	17	65	18
11 behandelen van wanen	17	51	32
12 behandelen van chronische moeheid	70	26	4

alle respondenten samen variëren deze van 1.33 tot 3.00; het gemiddelde is 2.20 (sd=.32).⁴

Ook nu zijn, met betrekking tot de andere variabelen, slechts zwakke verbanden zichtbaar.

Artsen die veel psychosociale problematiek signaleren, doen ook iets meer ($r=.14$, $p<.05$), artsen met een grote praktijk iets minder ($r=.13$, $p<.05$) aan hulpverlening bij psychosociale problematiek dan anderen; artsen in gezondheidscentra onderscheiden zich van andere artsen door een iets lagere score (2.11, tegen 2.27 van artsen die in een hometeam werken en 2.18 van artsen die niet structureel met andere eerstelijnsdisciplines samenwerken) ($p<.05$). Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dit samenhangt met het geconstateerde grotere aantal patiënten dat door deze huisartsen naar het algemeen maatschappelijk werk wordt verwezen (vgl. hoofdstuk 4).

Redelijk sterk is het verband met de eerder beschreven taakopvat-

tingscore ($r=.54$, $p<.05$). Dat kan twee dingen betekenen: ofwel artsen doen wat ze tot hun taak vinden behoren, ofwel ze hebben bij het invullen van de vragenlijst wenselijkheid en feitelijkheid met elkaar vermengd.

2.3. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de hulpverlening door de huisarts bij psychosociale problematiek. Uit de literatuur komt naar voren dat de huisarts met veel van dergelijke problemen wordt geconfronteerd, die deels 'vanzelf overgaan', zich deels aan behandeling onttrekken, dat hij - mede daardoor - het overgrote deel van de problematiek zelf afhandelt en zich daarbij dikwijls moet beperken tot het geven van steun aan de patiënt.

(Ook) uit onze cijfers blijkt een grote mate van diversiteit onder huisartsen in het **signaleren** van psychosociale problematiek: de verschillen in antwoorden op de vragen naar het aandeel van de psychosociale problematiek in het gehele klachtenaanbod en naar de invloed van psychosociale factoren bij lichamelijke klachten, zijn groot. Jongere artsen en artsen met een kleine praktijk zien iets meer psychosociale problemen. Datzelfde geldt voor artsen die in een gezondheidscentrum werken.

Veel minder uiteenlopend zijn de antwoorden van de artsen op de vragen naar hun taakopvatting en taakuitoefening.

Artsen zijn het in grote mate met elkaar eens over taken die zij wel en taken die zij niet behoren uit te voeren: vrijwel allen vinden dat het behandelen van chronische moeheid en - in iets mindere mate - hulp bieden bij hyperventilatie tot de taak van de huisarts behoort, juist die aspecten met een duidelijk medische component. Daarentegen vindt meer dan de helft van de respondenten dat het behandelen van wanen niet door de huisarts gedaan zou moeten worden en rekent een grote minderheid ontspanningstherapie bij spanningsklachten niet tot zijn taak. Dezelfde activiteiten vallen op als naar de praktijk van alledag wordt gevraagd: veel huisartsen behandelen chronische moeheid en hyperventilatie 'altijd' en 'soms' zelf, terwijl ontspanningstherapie en het behandelen van wanen in een veel kleiner aantal huisartspraktijken plaatsvindt.

Persoonlijke kenmerken spelen nauwelijks of geen rol. Wel zijn taakopvatting en taakuitoefening - op de door ons gemeten manier - sterk met elkaar verweven, en doen artsen in gezondheidscentra, naar eigen zeggen, iets minder aan hulpverlening bij psychosociale problematiek dan artsen elders.

3. HET OORDEEL OVER ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van het oordeel van huisartsen over het algemeen maatschappelijk werk en over de verschillende voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg.

Dat het algemeen maatschappelijk werk daarbij een plaats krijgt bij de GGZ-instellingen is, uiteraard, niet omdat het daartoe ook feitelijk zou behoren, maar omdat de relatie tussen huisartsen en maatschappelijk werk van invloed zou kunnen zijn op de aard en de intensiteit van de contacten met de GGZ.

In het eindverslag van het onderzoeksproject waarvan de enquête onder de huisartsen deel uitmaakt, wordt de onderlinge samenwerking tussen maatschappelijk werk en GGZ uitvoerig beschreven (De Ridder en Visser, 1987).

Een beschrijving van het oordeel van de huisartsen is in twee gedeelten gesplitst. Eerst gaan we in op hun mening over het functioneren van AMW en GGZ in zijn algemeenheid. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk bespreken we het oordeel over de instellingen afzonderlijk.

3.1. Het globale oordeel over AMW en GGZ

In tabel 3.1 staan de antwoorden van de huisartsen op een aantal algemene vragen over het functioneren van het algemeen maatschappelijk werk en de (extramurale) geestelijke gezondheidszorg en over de eigen mogelijkheden om hulp te verlenen bij psychosociale problematiek.

Bijna de helft van de huisartsen (47%) voelt zich voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen; voor een op de tien is dat niet het geval. Een ruime meerderheid van de artsen (56%) zit daarbij wel aan de grens van de mogelijkheden: zij menen dat praktische overwegingen het onmogelijk maken om meer dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen.

Het maatschappelijk werk heeft, volgens de meerderheid van de artsen, een duidelijke taak op dit gebied: slechts 15% van de respondenten vindt dat het AMW zich zou moeten beperken tot hulpverlening bij materiële problematiek. Dat betekent niet dat het AMW volgens de

Tabel 3.1.: oordeel van huisartsen over een aantal aspecten van de (organisatie van) het algemeen maatschappelijk werk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, in procenten (n=ca.305)

	1	2	3	4	5*
1. sinds de vorming van de RIAGG's vind je als huisarts gemakkelijker je weg in de GGZ	9	24	28	26	14
2. het AMW moet zich vooral met de materiële problemen van cliënten bezig houden	4	11	25	41	19
3. ik voel me voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen	10	37	42	11	-
4. de hulpverlening door RIAGG en poliklinieken is duidelijk verschillend	14	48	20	17	1
5. veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen kunnen evengoed bij het AMW terecht	3	19	35	36	7
6. hulpverlening door een RIAGG is beter dan hulpverlening door vrijgevestigden	1	8	23	48	20
7. praktische overwegingen, zoals tijdgebrek, maken het de huisarts onmogelijk meer dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen	17	39	22	19	4
8. de RIAGG is niet toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek	10	29	25	32	4

* 1 = helemaal mee eens

2 = mee eens

3 = deels wel, deels niet mee eens

4 = niet mee eens

5 = helemaal niet mee eens

meeste huisartsen meer aan psychosociale hulpverlening zou moeten doen. 43% van de respondenten vindt immers niet dat 'veel' cliënten van de RIAGG net zo goed bij het AMW terecht zouden kunnen, 22% vindt van wel, 35% heeft geen duidelijk oordeel. Het oordeel over beide stellingen hangt met elkaar samen: artsen die menen dat het AMW zich vooral met materiële problemen moet bezighouden zijn er minder van overtuigd dat veel cliënten van de RIAGG evengoed door het AMW geholpen zouden kunnen worden ($r=.35$, $p<.05$). Deze artsen zijn, zo blijkt, ook ouder dan de anderen ($r=.21$, resp. $.28$, $p<.05$).

Het functioneren van de RIAGG roept bij de huisartsen vragen op. Een derde van hen meent dat de vorming van de RIAGG's het makkelijker heeft gemaakt de weg in de GGZ te vinden; toch nog 40% van de respondenten is het niet met die stelling eens. Reserve ten opzichte van de RIAGG blijkt ook uit het feit dat 68% van de respondenten het niet eens is met de stelling dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan die door vrijgevestigden. Ook tussen deze beide stellingen bestaat enige samenhang ($r=.45$, $p<.05$).

De grens tussen het werk van de RIAGG en dat van de poliklinieken is voor de meeste artsen goed te trekken: 62% van de respondenten vindt de hulpverlening door RIAGG en poliklinieken duidelijk verschillend; 18% vindt van niet. Over de verwante vraag of de RIAGG is toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek zijn de meningen meer verdeeld: 36% vindt van wel, 39% vindt van niet en een kwart van de artsen heeft hierover geen duidelijke mening.

3.2. Het oordeel over de afzonderlijke instellingen

Behalve naar hun globale oordeel over AMW en GGZ is de respondenten ook gevraagd hoe zij denken over verschillende aspecten van de hulpverlening door AMW en de verschillende instellingen in de extramurale GGZ afzonderlijk. Dat is gedaan door hun voor elk van de betreffende instellingen dezelfde stellingen voor te leggen met de vraag daarop te reageren:

1. er is een lange wachttijd (voor alle patiënten);
2. patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te motiveren;
3. hulpverlening is niet geschikt voor verbaal minder begaafde patiënten;
4. behandeling is doorgaans adequaat;
5. hulpverleners maken voldoende gebruik van de inbreng van de huisarts;

6. (voor AMW, RIAGG en poliklinieken:) de instelling heeft een inzichtelijke organisatiestructuur;
7. (voor vrijgevestigde psychologen en psychiaters:) de kosten vormen een belemmering voor méér verwijzen.

De reacties op de stellingen werden gegeven door het aankruisen van een antwoordcategorie op een vijfpuntsschaal. In tabel 3.2 staan de percentages artsen die telkens aangaven het '(helemaal) eens' dan wel '(helemaal) oneens' te zijn. Door de opzet van de enquête werden de vragen alleen beantwoord door die artsen die in 1985 daadwerkelijk contact met de verschillende instellingen hebben gehad, dus uit eigen ervaring konden oordelen.

Uit de tabel blijkt dat het algemeen maatschappelijk werk vooral positief wordt beoordeeld in de korte wachttijden en het feit dat verbale begaafdheid van patiënten niet persé 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 in de behandeling wordt 'meegenomen'.

Gunstig beoordeeld wordt ook de vrijgevestigde 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 een derde van de artsen patiënten wel verbaal begaafd moeten zijn om voor behandeling bij de psycholoog in aanmerking te komen. De kosten vormen voor een grote meerderheid van de artsen (ook) een belangrijke belemmering om meer naar psychologen te verwijzen.

Het oordeel over de RIAGG is op vrijwel alle punten minder gunstig: veel huisartsen noemen een lange wachttijd en meer dan de helft 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 andere instellingen.

Het oordeel over de beide andere GGZ-voorzieningen - vrijgevestigde psychiaters en poliklinieken - ligt tussen dat over psychologen en de RIAGG in.

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

Tabel 3.2.: oordeel over een aantal aspecten van de hulpverlening door AMW en (extramurale) geestelijke gezondheidszorg, in procenten

Onderwerp	Instelling:				
	AMW n = 272	RIAGG 281	Psycho- loog 123	Psychia- ter 120	Poli- kliniek 225
Wachttijd is lang					
eens	7	47	9	18	27
oneens	84	24	77	62	39
Patiënten zijn moeilijk te motiveren					
eens	14	23	11	23	23
oneens	51	37	48	43	29
Verbale begaafdheid is noodzakelijk					
eens	16	23	35	28	15
oneens	74	41	31	42	49
Behandeling is adequaat					
eens	64	42	73	58	52
oneens	7	14	3	9	14
Inbreng huisarts wordt gehonoreerd					
eens	62	29	81	53	40
oneens	20	39	6	14	25
Organisatie is inzichtelijk					
eens	53	30	-	-	57
oneens	28	52	-	-	21
Kosten zijn een belemmering					
eens	-	-	78	14	-
oneens	-	-	10	71	-

een negatief oordeel) en 5 als hoogste (voor een positief oordeel).⁵

Het oordeel over het AMW is het gunstigst ($\bar{x}=3.43$, $sd=.68$). Artsen

die veel invloed toekennen aan psychosociale aspecten bij lichame-
lijk gepresenteerde problematiek oordelen iets minder gunstig
($r=-.10$, $p<.10$), artsen met een brede taakopvatting iets gunstiger
($r=.11$, $p<.05$). Dat laatste geldt ook voor artsen in gezondheidscentra.
Deze laatsten zijn vooral veel meer dan de anderen te spreken
over de mate waarin hun inbreng door het maatschappelijk werk wordt
gehonoreerd ($F=13.5$, $p=.00$), maar ook memoreren zij vaker een korte
wachttijd, een meer adequate behandeling en een inzichtelijker orga-
nisatiestructuur ($F=5.2$, 4.4 , respectievelijk 4.8 ; $p<.05$).
Het oordeel over de RIAGG is - in vergelijking tot dat over AMW en
poliklinieken - minder gunstig ($\bar{x}= 2.93$, $sd=.66$), vooral onder jonge
artsen en artsen met een kleine praktijk ($r=.15$, resp. $.18$, $p<.05$).
Artsen in gezondheidscentra oordelen eveneens minder gunstig dan an-
dere artsen ($F=3.5$, $p<.05$). Zij menen in groter getale dat het
moeilijk is om patiënten voor een verwijzing naar de RIAGG te moti-
veren en dat de inbreng van de huisarts onvoldoende wordt gehono-
reerd ($F=3.3$, respectievelijk 3.4 ; $p<.05$). Na correctie voor leef-
tijd en praktijkgrootte verdwijnen de verschillen echter.

Duidelijk gunstiger is het oordeel van die huisartsen, die aangeven
een of meer hulpverleners in de RIAGG persoonlijk te kennen. Deze
artsen (68% van de respondenten) zijn in alle opzichten beter over
de RIAGG te spreken dan de anderen maar vooral over de - kortere -
wachttijd ($F=42.6$, $p<.05$).

Het is een aanwijzing dat de kritiek op de RIAGG zich vooral richt
op de geslotenheid van het instituut en dat persoonlijk contact de
samenwerking - of althans: de beeldvorming - positief beïnvloedt
(vgl. Bensing, 1986).

Ook is de vraag of het negatieve beeld niet genuanceerd zou kunnen
worden als niet wordt gekeken naar de RIAGG in zijn geheel, maar
naar de verschillende afdelingen. Helaas hebben niet meer dan veer-
tig van de respondenten (14%) antwoord gegeven op de vraag of het
oordeel over één van de RIAGG afdelingen afwijkt van het algemene
beeld dat men van de instelling heeft en, zo ja, welke afdeling dat
is en op welk punt ze afwijkt. 30% van deze groep heeft een negatie-
ver oordeel over de afdeling (psycho)therapie volwassenen: vooral
een lange wachttijd wordt als reden genoemd. 28% van deze responden-
ten zegt een beter-dan-gemiddelde indruk te hebben van de afdeling
sociale geriatrie, waarbij naast wachttijd, ook een betere 'toegan-
kelijkheid' of een beter 'contact' worden genoemd. De derde groep in

grootte, tenslotte, vormt de 14% (maar dat zijn slechts 5 respondenten!) die goede ervaringen heeft met de afdeling 'jeugd'. Uit het feit dat zoveel huisartsen de vraag onbeantwoord hebben gelaten zijn moeilijk conclusies te trekken; ofwel men vond de vraag te moeilijk, ofwel het beeld is voor de verschillende afdelingen niet anders dan voor de gehele instelling.

Voor die laatste verklaring pleit dat, elders in de enquête, 139 huisartsen (56%) aangeven geen verschil tussen de afdelingen te ervaren in de dagelijkse praktijk van de samenwerking. Van de anderen noemen telkens ongeveer 50 huisartsen (20%) dat het contact met de afdelingen sociale geriatrie en sociale psychiatrie beter verloopt; 15 (6%), resp. 20 (8%) artsen hebben (ook) gunstiger ervaringen met de afdelingen jeugd en (psycho)therapie volwassenen. (Er konden meerdere antwoordmogelijkheden worden aangekruist).

Het oordeel over de poliklinieken van PAAZ en APZ, tenslotte, ligt tussen dat over AMW en RIAGG in ($\bar{x}=3.27$, $sd=.62$). Ook nu oordelen jonge artsen en artsen in kleine praktijken iets ongunstiger ($r=.20$, resp. $.19$, $p<.05$). Huisartsen in gezondheidscentra zijn eveneens wat minder te spreken over de poliklinieken dan artsen in hometeams of artsen die niet gestructureerd in de eerstelijns samenwerken ($F=9.3$, $p<.05$); zij vinden - vooral - de organisatiestructuur minder inzichtelijk. Na correctie voor leeftijd en praktijkgrootte blijft het verschil bestaan.

3.3. Samenvatting

Bijna de helft van de huisartsen vindt zichzelf voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen. Praktische problemen, echter, maken het de meeste artsen naar hun zeggen onmogelijk om meer te doen. Opvallend is dat de komst van de RIAGG de GGZ voor een groot aantal artsen (40%) niet overzichtelijker heeft gemaakt: een belangrijk doel van de RIAGG-vorming blijkt althans ten aanzien van de huisartsen (nog) niet bereikt te zijn. Huisartsen zijn er ook niet van overtuigd dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan die door vrijgevestigden en evenmin dat de RIAGG is toegesneden op de behandeling van ernstige psychosociale problematiek. Reserves ten aanzien van de RIAGG blijken ook als we het oordeel van de artsen over de verschillende instellingen naast elkaar leggen. Het oordeel over de psycholoog valt gunstig uit: een korte wachttijd, een adequate behandeling en een grote inbreng voor de huis-

arts; de kosten vormen een bezwaar. Ten aanzien van de RIAGG wordt door veel meer artsen een lange wachttijd gesignaleerd en daarnaast een weinig inzichtelijke organisatiestructuur. Daarbij zijn er geen aanwijzingen dat het oordeel van de huisartsen over de verschillende afdelingen afzonderlijk sterk uiteenloopt. Wel is het duidelijk dat het oordeel - in alle opzichten - gunstiger is als artsen hulpverleners in de RIAGG persoonlijk kennen.

Artsen in gezondheidscentra oordelen - vergeleken met artsen in hometeams en artsen die niet gestructureerd in de eerstelijns samenwerken - positiever over het algemeen maatschappelijk werk (vooral over de inbreng die hun in de behandeling wordt gegund) en minder positief over poliklinieken. Andere kenmerken van de huisarts of zijn praktijk zijn nauwelijks van invloed op het oordeel over de instellingen.

4. CONTACTEN MET HET ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK EN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In dit hoofdstuk wordt een eerste beeld geschetst van de werkcontacten tussen huisartsen enerzijds en het algemeen maatschappelijk werk en de instellingen in de GGZ anderzijds. We gaan na met welke instellingen huisartsen contacten onderhouden, wat de frequentie is van het overleg en om welke redenen contact ontbreekt of weinig frequent is. In het volgende hoofdstuk gaan we wat meer gedetailleerd op de contacten in.

4.1 Werkcontacten met AMW en GGZ

Werkcontacten tussen huisartsen en maatschappelijk werkers of GGZ-hulpverleners kunnen verschillende vormen aannemen: het kan gaan om contacten rond verwezen patiënten, mondeling of schriftelijk, of om contacten die tot doel hebben de samenwerking te verbeteren, zonder dat daarbij de behandeling van een individuele patiënt in het geding is.

In de enquête is het begrip zeer ruim opgevat. Onder werkcontacten worden alle contacten verstaan, ook al zijn die beperkt tot een verwijzing zonder meer. In tabel 4.1 staan de percentages huisartsen

Tabel 4.1.: werkcontacten tussen huisartsen en AMW en GGZ-instellingen, percentages huisartsen

Instelling:	Percentage artsen met werkcontacten (n=306)
AMW	92
RIAGG	97
vrijgevestigd psycholoog	45
vrijgevestigd psychiater	46
poli PAAZ	77
poli APZ	55
kliniek PAAZ	65
kliniek APZ	57

die telkens, op deze manier gedefinieerde, werkcontacten met de genoemde instellingen onderhouden.

Daaruit blijkt dat vrijwel alle huisartsen contact onderhouden met het algemeen maatschappelijk werk en de RIAGG; met vrijgevestigde psychologen en psychiaters heeft minder dan de helft van de respondenten contact, gezien de positie van de RIAGG in de GGZ een niet onaanzienlijke groep. Van de psychiatrische ziekenhuizen hebben iets meer huisartsen contact met de PAAZ dan met het APZ, zowel met de polikliniek als met de kliniek zelf.

Het zal duidelijk zijn dat de antwoorden elkaar niet uitsluiten: iedere huisarts zal met meer dan één instelling werkcontacten onderhouden. Het aantal mogelijke combinaties is natuurlijk groot. In tabel 4.2 staan de meest voorkomende; daarbij gaat het uitsluitend om het AMW en de extramurale sector van de geestelijke gezondheidszorg. Aan werkcontacten met uitsluitend AMW en RIAGG heeft slechts 2% van huisartsen voldoende; worden ook contacten met vrijgevestigden meegerekend, dan stijgt dit percentage tot 15 (inclusief 1% van de artsen dat alleen met de RIAGG contact heeft). Van alle mogelijke

Tabel 4.2.: werkcontacten tussen huisartsen en combinaties van AMW en (extramurale) GGZ-instellingen (n=306)

Combinatie:						Frequentie:
AMW	RIAGG	Psycho- loog	Psychi- ater	Poli- PAAZ	Poli- APZ	
X	X					2%
X	X	X				3%
X	X		X			5%
X	X	X	X			4%
X	X			X		8%
X	X	X		X		7%
X	X		X	X		5%
X	X	X	X	X		7%
X	X			X	X	17%
X	X	X		X	X	7%
X	X		X	X	X	8%
X	X	X	X	X	X	10%
anders						17%

combinaties komt die van AMW, RIAGG en beide poli's verreweg het meeste voor; 10% van de artsen heeft contacten met alle genoemde voorzieningen.

Tussen deze cijfers en de eerder besproken persoonlijke kenmerken van artsen zijn een paar significante verbanden aanwijsbaar. Artsen die contacten hebben met de intramurale sector hebben gemiddeld een grotere praktijk dan artsen zonder deze contacten ($F=4.7$, $p<.05$); artsen met contacten met psychiaters zijn ouder ($F=16.7$, $p<.05$). De mate waarin invloed aan psychosociale factoren bij lichamelijke klachten wordt toegekend, speelt geen rol. Een wisselende invloed, tenslotte, heeft de taakopvatting: artsen met contacten met psychiaters rekenen minder aspecten van de hulpverlening bij psychosociale problematiek tot hun taak, artsen met contacten met de poli-APZ en de kliniek van de PAAZ juist meer ($F=4.2$, 4.3 , respectievelijk 4.9 ; $p<.05$). Dit resultaat is in zoverre verrassend, omdat verwacht had kunnen worden dat artsen die veel psychosociale problemen zien en weinig zelf willen doen, daardoor contacten onderhouden met een breed scala aan voorzieningen. Kennelijk wijst een brede taakopvatting echter niet (alleen) op de behoefte veel zelf te willen doen, maar ook op de geneigdheid om contact te zoeken met AMW of GGZ. In tabel 4.3 laten we zien in welke mate de artsen in de verschil-

Tabel 4.3.: werkcontacten tussen huisartsen en AMW- en GGZ-instellingen, onderscheiden naar samenwerkingsvorm, in procenten

Instelling	Percentage artsen met werkcontacten		
	Monodisc.	Hometeam	Gez.centrum
n=	159	79	55
AMW	87	100	100*
RIAGG	96	99	98
psycholoog	50	44	42
psychiater	47	41	35
poli-PAAZ	81	76	55*
poli-APZ	59	61	53
PAAZ	67	66	49**
APZ	60	54	55

* $p<.05$

** $p<.10$

lende samenwerkingsvormen contact met AMW en GGZ-instellingen onderhouden. Zoals verwacht onderhouden alle huisartsen in hometeams en gezondheidscentra op enigerlei manier contact met het AMW. In vergelijking met de andere artsen heeft een veel geringer deel van hen contact met de PAAZ, zowel met de polikliniek als met de kliniek.

4.2. Verwijzingen naar AMW en GGZ

Over de aantallen patiënten die door de huisarts naar AMW en de geestelijke gezondheidszorg worden verwezen bestaan geen exacte cijfers doordat, anders dan bij een verwijzing naar medisch specialisten, de huisarts niet in alle gevallen een verwijskaart hoeft uit te schrijven: de toegang tot het algemeen maatschappelijk werk, vrijgevestigde psychologen en ook de RIAGG's is in principe vrij, zij het dat deze laatste instelling de huisarts van een cliënt die op eigen initiatief komt, in principe moet inlichten.

Desondanks kan worden vastgesteld dat de 'gemiddelde' huisarts veel meer patiënten naar medisch specialisten verwijst dan naar een instelling in de GGZ. Op basis van landelijke registratiegegevens komt Peters (1984) tot de conclusie dat per jaar per huisartspraktijk gemiddeld 16 à 17 keer naar de GGZ verwezen wordt (waarvan weer 8 keer naar RIAGG of CAD) en 575 keer naar een medisch specialist. Omgekeerd vormt de huisarts, met ongeveer een derde van alle verwijzingen, wel een belangrijke 'bron' voor de GGZ-instellingen zelf.

In ons onderzoek is aan de huisartsen gevraagd aan te geven hoeveel patiënten zij in 1985 hebben verwezen naar elk van de instellingen waarmee zij in dat jaar werkcontacten zeiden te hebben onderhouden. 'Verwijzen' is hier breed opgevat; ook patiënten aan wie de huisarts dringend contact met AMW of een GGZ-instelling adviseerde, heten hier door hem verwezen te zijn. In tabel 4.4 staan de resultaten. In de linkerkolom zijn de cijfers gerelateerd aan het totaal aantal huisartsen (n=306). In de rechterkolom zijn de gemiddelden berekend op grond van het aantal huisartsen dat met de betreffende instelling contacten zegt te hebben onderhouden; deze cijfers geven een beeld van de frequentie waarmee artsen, als ze dat doen, patiënten naar de instellingen verwijzen.

De cijfers - in totaal 23 naar de GGZ verwezen patiënten per jaar - zijn hoger dan die eerder door Peters werden gevonden.

Daarbij moet in het oog gehouden worden dat ze niet op registratiegegevens zijn gebaseerd, maar op (geschatte) opgave van de huisartsen zelf. Ook kan er enige vertekening zijn ontstaan doordat bij het

Tabel 4.4. gemiddelde aantallen in 1985 door huisartsen verwezen patiënten, per instelling

Instelling	gemiddeld aantal patiënten (n=306)	gemiddeld aantal pa- tiënten per verwij- zende huisarts
AMW	10	11 (n=273)
RIAGG	10	11 (n=284)
vrijgev. psychol.	2	5 (n=123)
vrijgev. psychiat.	3	6 (n=122)
polikliniek	5	7 (n=225)
PAAZ	2	4 (n=156)
APZ	1	3 (n=129)
Totaal:	33	
w.v. naar de GGZ	23	

berekenen van de gemiddelden is uitgegaan van de middens van de klassen waaruit de respondenten konden kiezen. De genoemde aantallen moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden bekeken.

Zoals eerder het beeld van de werkcontacten wat kon worden aangescherpt door de invloed van een aantal onafhankelijke factoren daarop na te gaan, zo kan ook een poging worden ondernomen de hier gegeven verwijscijfers wat verder te nuanceren. In tabel 4.5 staan de gemiddelde verwijscijfers van de huisartsen vermeld, maar dan voor de drie te onderscheiden samenwerkingsvormen. De gemiddelden in deze tabel zijn gerelateerd aan de groep huisartsen met 'werkcontacten' met de betreffende instelling en moeten dus worden vergeleken met de cijfers in de rechterkolom van tabel 4.4.

Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen gemiddeld meer patiënten naar het AMW dan artsen in andere praktijkvormen.

Daarentegen verwijzen zij minder naar de RIAGG, naar vrijgevestigde psychiaters en naar poliklinieken.

Het aantal verwezen patienten is voorts in verband gebracht met de eerder genoemde persoons- en praktijkenmerken: de geschatte invloed van psychosociale factoren, de taakopvatting, de praktijkgrootte en het oordeel over AMW, RIAGG en poliklinieken. Het resultaat staat in tabel 4.6.

De correlaties zijn over het algemeen zwak, met uitzondering van die tussen de praktijkgrootte en de verwijscijfers naar de verschillende

Tabel 4.5.: gemiddelde aantallen in 1985 door huisartsen verwezen patiënten, naar samenwerkingsvorm

Instelling	Gemiddeld aantal verwezen patiënten per verwijzende arts					
	Monodisc.		hometeam		gezondh. centr.	
	aantal	n	aantal	n	aantal	n
AMW	10	134	13	78	17	55
RIAGG	11	147	9	71	8	52
psycholoog	6	73	6	29	5	18
psychiater	7	67	5	26	4	15
polikliniek	7	125	6	56	4	35
PAAZ	4	84	3	40	3	20
APZ	3	72	3	30	3	21

Tabel 4.6.: correlaties tussen enkele persoons- en praktijkkenmerken van huisartsen en verwijzscijfers naar AMW en GGZ ($p < .10$)

Verwijzingen naar:	Kenmerk:					
	invloed ps. fact.	taakopv.	praktijk-grootte	oordeel over		
				AMW	RIAGG	poli
AMW	.09	-.11	.12	.27	-.09	-.14
RIAGG	.08	-.08	.23		.17	-.10
psycholoog						
psychiater	-.13		.40			
polikliniek			.24			.10
PAAZ	-.11		.12			
APZ				-.22	-.20	-.21

instellingen. Artsen met grote praktijken verwijzen gemiddeld meer patiënten naar AMW, RIAGG, psychiaters, poliklinieken en de PAAZ. Dat het oordeel van de arts slechts zwak samenhangt met zijn verwijzscijfers, laten de laatste drie kolommen zien. Artsen met een gunstig oordeel over AMW, RIAGG of poliklinieken verwijzen telkens wat meer patiënten naar die instellingen.

Bij het beoordelen van de hier gepresenteerde verwijzscijfers, is de vraag natuurlijk, in hoeverre de aard van de problematiek daarin een

Tabel 4.7.: mate waarin huisartsen voor verschillende aspecten van hulpverlening bij psychosociale problematiek een beroep doen op andere instellingen of personen, in procenten (n=ca.260)

Huisarts verwijst naar:	Problematiek:*											
	OPVO	PSYC	RELA	SUIC	FOBI	WERK	SPAN	HYPV	SEXS	DRUG	WAAN	MOEH
1 eerstelijns	10	4	24	1	13	69	52	36	2	1	-	12
wv. AMW	7	3	24	1	13	45	8	6	2	1	-	12
fysiother.	1	-	-	-	-	2	39	24	-	-	-	-
overig**	2	1	-	-	-	23	5	6	-	-	-	-
2 GGZ	72	86	51	92	63	10	28	29	54	34	97	19
wv. RIAGG	56	46	29	26	27	6	9	10	22	7	17	6
psycholoog	12	12	12	10	20	4	11	11	8	5	8	6
psychiater	1	7	1	15	6	-	2	1	5	1	27	1
polikliniek	1	6	1	11	3	-	1	1	4	1	15	1
kliniek	-	6	-	13	2	-	1	1	6	12	10	2
overig**	2	9	8	18	6	-	3	5	11	8	20	3
3 medisch specia- listen	1	-	-	2	-	-	-	-	14	1	1	20
4 eerstelijns en ggz	7	4	17	5	9	4	9	11	6	1	1	6
5 overig	2	1	4	1	1	2	4	2	18	62	1	6
6 huisarts verwijst nooit	8	6	4	-	15	15	7	23	7	1	1	37

* voor een verklaring van de gebruikte afkortingen: zie tabel 2.2.

** hieronder zijn ook combinaties van instellingen begrepen.

rol speelt: maken huisartsen op grond van het probleemaanbod een onderscheid tussen de instellingen, en zo ja, hoe dan?

Om daarin enig inzicht te krijgen hebben wij de respondenten een aantal 'soorten' hulpverlening voorgelegd met de vraag te willen aangeven naar welke instelling zij patiënten zo nodig verwijzen. De twaalf voorgelegde items zijn dezelfde die eerder werden gebruikt bij het meten van de taakopvatting en -uitoefening (vgl. hoofdstuk

2).⁶

Uit tabel 4.7 blijkt dat voor het behandelen van chronische moeheid veel artsen (37%) nooit tot verwijzen overgaan; datzelfde geldt, in mindere mate, voor het behandelen van hyperventilatie. Eerder zagen we dat beide activiteiten ook door veel huisartsen tot hun taak worden gerekend.

Voorzover artsen wel besluiten tot een verwijzing is een onderscheid zichtbaar tussen klachten die in de eerste lijn worden behandeld en problemen waarvoor hulp door de geestelijke gezondheidszorg wordt gezocht. Het bespreken van langdurige problemen op het werk (waarbij 16% van de artsen overigens een beroep zegt te doen op de bedrijfs-geneeskundige of het bedrijfsmaatschappelijk werk), het geven van ontspanningstherapie bij spanningsklachten en het hulp bieden bij hyperventilatie behoren duidelijk tot de eerste categorie; wat beide laatstgenoemde vormen van hulpverlening betreft valt daarbij de rol van de fysiotherapeut op.

In alle andere gevallen is het percentage huisartsen dat een tweede-lijnsvoorziening zegt in te schakelen groter: hulp bieden bij suicidale 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 (poliklinieken van) psychiatrische ziekenhuizen; voor het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten schakelt bijna de helft van de artsen (45%) de RIAGG in. Een ruime meerderheid van de artsen kiest ook voor de RIAGG indien hulp wordt gezocht bij opvoedingsproblemen; het behandelen van fobieën is bij uitstek een vraag die aan vrijgevestigde psychologen wordt gesteld. In twee gevallen wordt door veel huisartsen een beroep gedaan op categoriale of specialistische voorzieningen: 58% van de respondenten zegt bij verslavingsproblematiek de hulp in te roepen van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) of van een 'verslavings-kliniek', terwijl voor hulpverlening bij seksuele problemen door 12% een Rutgershuis of de NVSH wordt ingeschakeld, en door 14% 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 lijkt zich voor te doen bij het bespreken van relatieproblemen: 24% van de artsen zegt hier uitsluitend het algemeen maatschappelijk werk in te schakelen, 30% verwijst patiënten naar de RIAGG, 12% naar een vrijgevestigd psycholoog, terwijl 17% een combinatie van eerstelijns en GGZ noemt, van wie weer 14% de

combinatie AMW/RIAGG.

Verwacht mag worden dat een deel van de verwijzingen naar (vooral) de RIAGG en de intramurale instellingen betrekking zal hebben op crisissituaties. Tabel 4.8. geeft enige informatie. Aangegeven is niet het aantal patiënten dat in een 'psychosociale crisissituatie' wordt verwezen, maar het percentage artsen dat in een dergelijke situatie een beroep zegt te doen op elk van de genoemde instellingen.

Tabel 4.8.: verwijzingen in een crisissituatie, tijdens en buiten kantooruren; percentages huisartsen (n=250)

Instelling	Percentage artsen dat patiënten in een crisis verwijst	
	overdag	buiten kantooruren
AMW	68	9
RIAGG	93	69
vrijgevestigd psycholoog	33	9
vrijgevestigd psychiater	48	26
poli PAAZ	76	-
poli APZ	55	-
kliniek PAAZ	69	74
kliniek APZ	58	58

In crisissituaties tijdens kantooruren is de RIAGG voor de meeste huisartsen de meest aangewezen instelling om patiënten heen te verwijzen; doet zich iets dergelijks 's avonds, 's nachts of in de weekenden voor, dan doet bijna driekwart van de huisartsen (ook) een beroep op de PAAZ en meer dan de helft (ook) op het APZ. Opvallend is dat overdag ook het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke rol speelt, waarbij overigens de ruime vraagstelling - verwijzen in een 'psychosociale noodsituatie' - van betekenis is; daaronder zijn immers zowel huisuitzettingen als een plotselinge verergering van psychische problematiek te verstaan. De betekenis van de RIAGG en - althans overdag - de poliklinieken is waarschijnlijk voor een deel het gevolg van afspraken en regels: een derde van de huisartsen geeft aan dat opnamen, ook bij crisis, altijd via derden (RIAGG, polikliniek, GGD) dient te verlopen.

4.3. Overleg met de instellingen

Nu we weten hoeveel huisartsen met de verschillende instellingen 'werkcontacten' onderhouden - in de brede zin van dat woord - en ook hoeveel patiënten zij gemiddeld naar die instellingen verwijzen, kunnen we proberen aan dat begrip 'werkcontacten' wat meer inhoud te geven. We doen dat door een beeld te schetsen van de hoeveelheid tijd die huisartsen besteden aan overleg met de verschillende instellingen.

In tabel 4.9 wordt een overzicht gegeven van de percentages huisartsen die mondeling (d.w.z. in face-to-face contact) en telefonisch overleg voeren en over de gemiddelde duur, respectievelijk de gemiddelde frequentie van dat overleg. Bij het interpreteren van deze cijfers moet er rekening mee gehouden worden dat ze gebaseerd zijn op schattingen door de respondenten zelf; in een tijd dat veel nadruk wordt gelegd op samenwerking en overleg is enige vertekening 'ten gunste' natuurlijk niet ondenkbaar.

Tabel 4.9.: overleg tussen huisartsen en AMW- en GGZ-instellingen: percentages respondenten met mondeling en telefonisch overleg en de gemiddelde duur, resp. frequentie van dat overleg (in uren, resp. keren per maand)

Overleg met	Mondeling overleg		Telefonisch overleg		N
	%	duur	%	frequentie	
AMW	75 (69)	2.5	88 (81)	1.6	281
RIAGG	53 (51)	.9	85 (82)	1.8	299
psycholoog	66 (30)	1.8	78 (35)	2.0	138
psychiater	57 (26)	1.5	83 (38)	1.7	140
polikliniek	58 (45)	.7	92 (71)	1.2	236
PAAZ	54 (35)	.8	82 (53)	1.4	200
APZ	47 (27)	.5	73 (42)	1.0	174

In de tabel staan de percentages artsen die mondeling en telefonisch overleg voeren, zowel gerelateerd aan de groep die werkcontacten onderhoudt (=n) als (tussen haakjes) aan de hele groep respondenten (n=318)

Met het AMW wordt door de meeste huisartsen (75% van de betrokkenen)

overlegd. Binnen de GGZ neemt de RIAGG de eerste plaats in: 53% van de artsen met werkcontacten voert overleg. Ook met psychologen voeren relatief veel artsen overleg, maar door het kleine aantal artsen met werkcontacten is dat overleg voor de hele groep van minder betekenis.

Voor zover overleg plaatsvindt, is dat - zo blijkt uit de weergegeven gemiddelde tijdsduur - het meest met psychologen, psychiaters en het algemeen maatschappelijk werk. Door het voorkomen van enkele veel overleggende artsen zijn de cijfers wat aan de hoge kant. Voor de 'modale' arts duurt het overleg niet langer dan een kwartier of een half uur per maand, met uitzondering van dat met het AMW (1 uur).

Telefonisch overleg wordt telkens door meer artsen gevoerd, waarbij tussen de verschillende instellingen niet veel verschil bestaat.

Tellen we de cijfers over de verschillende instellingen bij elkaar op, dan blijkt, volgens tabel 4.10 dat de huisartsen gemiddeld bijna drie en een half uur per maand met de betrokken instellingen overleggen; beperken we ons tot de GGZ, dan is het gemiddelde ruim anderhalf uur. Uit de tabel blijkt dat de spreiding groot is: 20% van de artsen overlegt minder dan een uur met alle instellingen samen, 29% besteedt vijf uur of meer aan overleg.

Tabel 4.10.: overleg van huisartsen met AMW en GGZ-instellingen, in procenten (n=317)

Aantal uren per maand	AMW en GGZ	alleen GGZ
< 1 uur	20%	51%
1-2 uren	32%	29%
3-4 uren	20%	10%
5-6 uren	12%	8%
> 6 uren	17%	3%
X	3.41	1.59
sd	3.49	2.38

Enige nuancering in deze cijfers kan weer worden aangebracht door ze te relateren aan een aantal persoons- en praktijkkenmerken van de respondenten. In tabel 4.11 staan de cijfers voor de verschillende samenwerkingsvormen.⁷

Tabel 4.11.: gemiddelde duur van het mondeling overleg van huisartsen met AMW en GGZ-instellingen; berekend over alle respondenten met werkcontacten met de instelling (uren per maand)

Instelling	Samenwerkingsvorm		
	monodiscipl.	hometeam	gez. centrum
AMW	1.6	2.4	4.5*
RIAGG	.4	.6	.7**
psycholoog	1.4	.8	.6
psychiater	.7	.2	.3
polikliniek	.3	.3	.2
PAAZ	.3	.3	.1
APZ	.1	.1	.1

* $p < .05$

** $p < .10$.

Uit de tabel blijkt dat artsen in gezondheidscentra meer dan anderen overleggen met het AMW en met de RIAGG. Vooral de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan overleg met maatschappelijk werkers - vierenhalf uur - is opvallend. Dat in de centra meer met de RIAGG wordt overlegd dan elders blijkt, bij nadere inspectie, vooral het gevolg van frequenter overleg over niet-patiëntgebonden zaken: bijna een half uur per maand, ruim twee maal zoveel als gemiddeld wordt opgegeven door de andere artsen.

Het verband tussen de frequentie van het overleg met de instellingen en andere variabelen is niet groot. Met psychologen wordt wat meer overlegd naarmate de arts meer invloed toekent aan psychosociale factoren ($r = .12$, $p < .10$), jonger is ($r = .20$, $p < .05$) en een kleinere praktijk heeft ($r = .35$, $p < .05$); overleg met psychiaters hangt (zwak) samen met een bredere taakuitoefening ($r = .18$, $p < .05$). Niet verbaazingwekkend is het dat de tijd die artsen in overleg steken nauw gerelateerd is aan het aantal patiënten dat zij naar de verschillende instellingen verwijzen ($p < .05$).

De samenhang tussen de aan overleg bestede tijd en het oordeel over de instellingen zien we, tenslotte, geïllustreerd in tabel 4.12.

Het (zwakke) verband is duidelijk: met AMW en RIAGG vindt meer overleg plaats naarmate het oordeel gunstiger is. Opvallend is dat artsen met een gunstig oordeel over de polikliniek iets minder met de

RIAGG overleggen dan anderen en iets meer met de intramurale sector.

Tabel 4.12.: verband tussen de aan overleg bestede tijd en het oordeel over de instellingen

Overleg met	Oordeel over		
	AMW	RIAGG	Polikliniek
AMW	.20		
RIAGG	-.14	.14	-.21
psychologen	-.14		-.16
psychiater			-.14
polikliniek			
PAAZ			.14
APZ			.13

$p < .10$

4.4. Het ontbreken van contacten

Tot slot van dit hoofdstuk bespreken we de keerzijde van hetgeen in de vorige paragrafen aan de orde is geweest en beantwoorden de vraag waarom huisartsen in het geheel geen contacten met GGZ-instellingen onderhouden of, als ze dat wel doen, in die contacten naar eigen zeggen weinig frequent overleg voeren.

Uit tabel 4.13 blijkt dat voor de artsen die geen contacten onderhouden met vrijgevestigde psychologen en psychiaters, poliklinieken en de intramurale zorg, het ontbreken van de voorziening de belangrijkste reden daarvoor is. Van alle repondenten heeft 20% om die reden geen contact met een (polikliniek van een) APZ, terwijl ongeveer 40% aangeeft geen vrijgevestigde hulpverleners in de buurt te kennen.

Voor zover artsen wel contact onderhouden met de verschillende instellingen is gebrek aan belangstelling (volgens de onderste helft van de tabel) de meest genoemde reden voor het - in de ogen van de huisartsen zelf - weinig frequent voorkomen van overleg. 19% van alle artsen geeft aan weinig met de RIAGG te overleggen omdat men niet weet wie daarvoor te benaderen.

Tabel 4.13.: redenen voor het ontbreken van werkcontacten of van frequent overleg tussen huisartsen en AMW- of GGZ-instellingen; percentages repondenten (n=306)*

	psycho- loog	psychi- ater	poli PAAZ	poli APZ	PAAZ	APZ
% artsen zonder contact **	55	54	24	45	35	43
niet aanwezig ***	24	27	11	20	12	18
aanbod onbekend	11	8	5	7	5	7
hulpverleners onbek.	12	13	8	13	10	14
aanbod niet geschikt	8	7	6	5	6	8
overig	8	5	7	10	9	11
onbekend	9	11	4	10	10	9

	AMW	RIAGG	vrij- gevest.	poli- kliniek	PAAZ/ APZ
% artsen met 'weinig' overleg	39	46	23	39	37
tijdgebrek ***	12	8	5	7	6
onbekendheid instell.	5	19	-	7	9
onvoldoende nut	13	14	5	8	8
weinig behoefte	18	15	12	17	17
overig	14	12	7	11	8

* Alle genoemde percentages zijn gerelateerd aan de hele groep repondenten.

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

*** Meerdere redenen konden worden aangegeven.

4.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een globaal beeld gegeven van de werkcontacten tussen huisartsen enerzijds en maatschappelijk werk en GGZ-instellingen anderzijds. Vrijwel alle huisartsen blijken werkcontacten - in de brede zin van dat woord - te onderhouden met het AMW en de RIAGG.

Iets minder dan de helft van de huisartsen heeft (daarnaast) contacten met vrijevestigde psychologen en psychiaters. Van de intramurale instellingen hebben meer huisartsen contact met de PAAZ dan met het APZ, zowel wat betreft de polikliniek als de kliniek.

Zoals uit eerder onderzoek, blijkt uit onze (door de respondenten geschatte) verwijscijfers dat het aantal cliënten dat een gemiddelde huisarts naar AMW of GGZ verwijst, klein is: per jaar 33 patiënten, van wie 10 naar het AMW en 23 naar de GGZ. Artsen in grote praktijken verwijzen doorgaans meer patiënten, terwijl artsen in gezondheidscentra in vergelijking tot anderen meer patiënten naar het AMW verwijzen, maar minder naar de RIAGG, vrijevestigde psychiaters en poliklinieken.

Aan overleg met AMW en GGZ -instellingen besteedt de gemiddelde huisarts ongeveer drie en een half uur per maand; laten we het AMW buiten beschouwing, dan is de aan overleg bestede tijd ongeveer anderhalf uur per maand. Het algemeen maatschappelijk werk wordt door de meeste huisartsen als partner genoemd, het algemeen psychiatrisch ziekenhuis door de minste. De groep artsen die contacten onderhoudt met vrijevestigde psychologen, voert - binnen dat contact - opvallend intensief overleg. Artsen in gezondheidscentra overleggen beduidend meer met het AMW dan andere artsen, en ook wat meer met de RIAGG, vooral over onderwerpen van algemene aard.

Kenmerken van artsen, zoals taakopvatting, spelen alleen in de duur van het overleg met psychologen een rol van enige betekenis. Dit overleg is intensiever naarmate de arts jonger is, een kleinere praktijk heeft en meer invloed toekent aan psychosociale factoren bij het ontstaan van somatische klachten.

Artsen die aangeven geen werkcontacten met de verschillende instellingen te onderhouden, noemen in meerderheid praktische redenen: de instelling is niet in de buurt en/of men kent er geen individuele hulpverleners. Stellen we de vraag waarom contact - als het er is - weinig intensief is, dan blijkt vooral een rol te spelen dat huisartsen aan meer overleg nauwelijks behoefte zeggen te hebben.

5. DE INHOUD VAN CONTACTEN: BERICHTGEVING EN OVERLEG

Hebben we in het vorige hoofdstuk globale cijfers gegeven over werkcontacten tussen huisartsen en AMW en GGZ-instellingen en over de tijd die aan overleg wordt besteed, tot slot van dit rapport zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de inhoud van die contacten. Centraal in de beschrijving daarvan staan zeven figuren waarin de samenwerking in beeld wordt gebracht. In deze figuren worden vier thema's onderscheiden: de berichtgeving vanuit het AMW of de GGZ-instelling, overleg over verwezen patiënten, overleg over (nog) niet verwezen patiënten en overleg over algemene onderwerpen.

Telkens staan in de figuren de percentages respondenten aangegeven die 'meestal' of 'vaak', 'soms' en 'nooit' bericht ontvangen danwel overleggen, waarbij in het laatste geval een onderscheid wordt gemaakt tussen respondenten die dat wel en respondenten die dat minder belangrijk zeggen te vinden. De cijfers zijn telkens gerelateerd aan het aantal respondenten dat contact met de betreffende instelling onderhoudt. De figuren geven een beeld van de samenwerking met iedere instelling afzonderlijk. Hieronder geven we een overzicht, geordend per onderwerp.

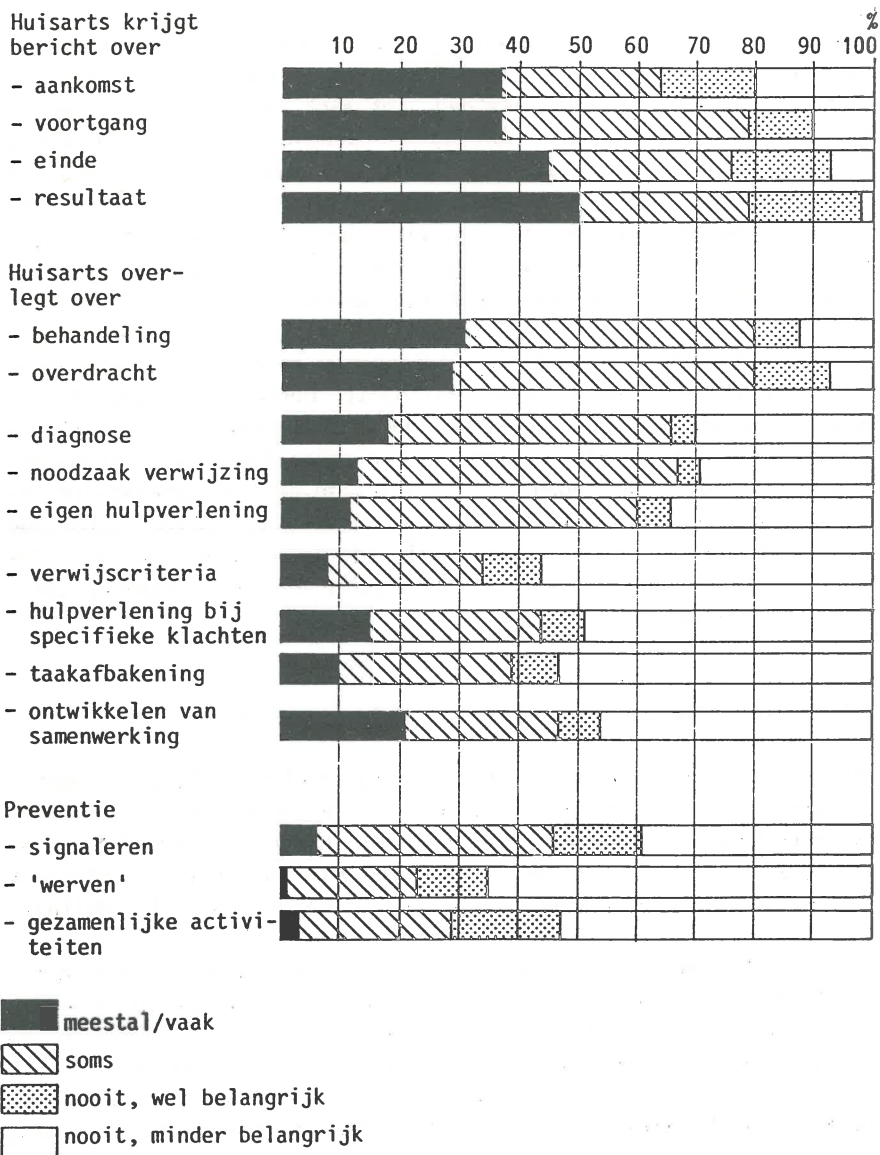
5.1. Berichtgeving over verwezen patiënten (regels 1 t/m 4)

Berichtgeving over verwezen patiënten is een belangrijke voorwaarde om samenwerking tot stand te brengen. In de enquête wordt een vier-tal aspecten onderscheiden: bericht over de aankomst van een verwezen patiënt, bericht over de voortgang van de hulpverlening, bericht over beëindiging van de hulpverlening en bericht over het resultaat.

De meeste huisartsen krijgen, zo blijkt uit de figuren, van alle instellingen minstens incidenteel bericht over alle genoemde onderwerpen. Wel wordt vaker bericht over het einde van de hulpverlening dan over het begin en zijn AMW en RIAGG iets kariger in hun berichtgeving dan de andere instellingen. Vanuit de intramurale zorg (PAAZ en APZ) wordt berichtgeving over de voortgang van de hulpverlening dikwijls achterwege gelaten: ongeveer een derde van de huisartsen zegt hierover niet geïnformeerd te worden en dat wel belangrijk te vinden. Een evengroot deel van de artsen is ontevreden over de mate

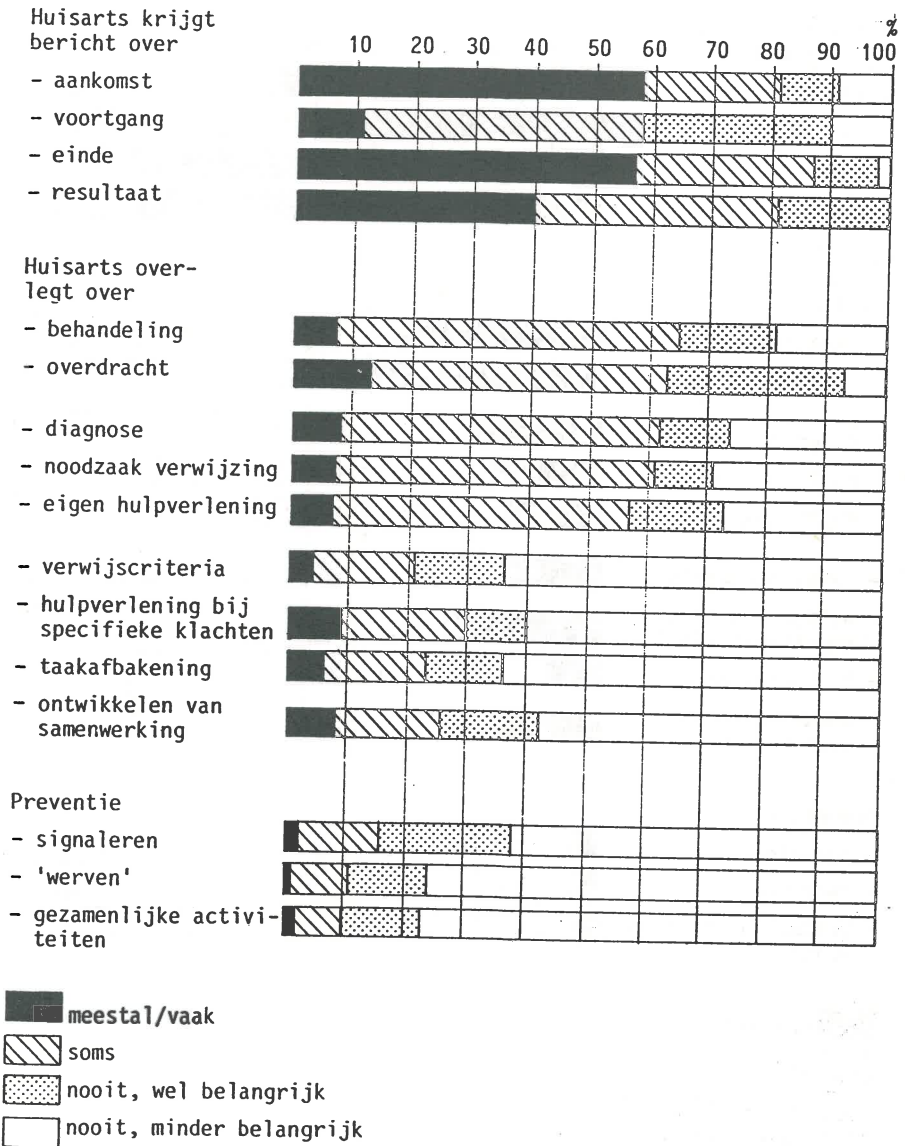
Figuur 5.1

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en algemeen maatschappelijk werk (percentages respondenten; n = ca.260)



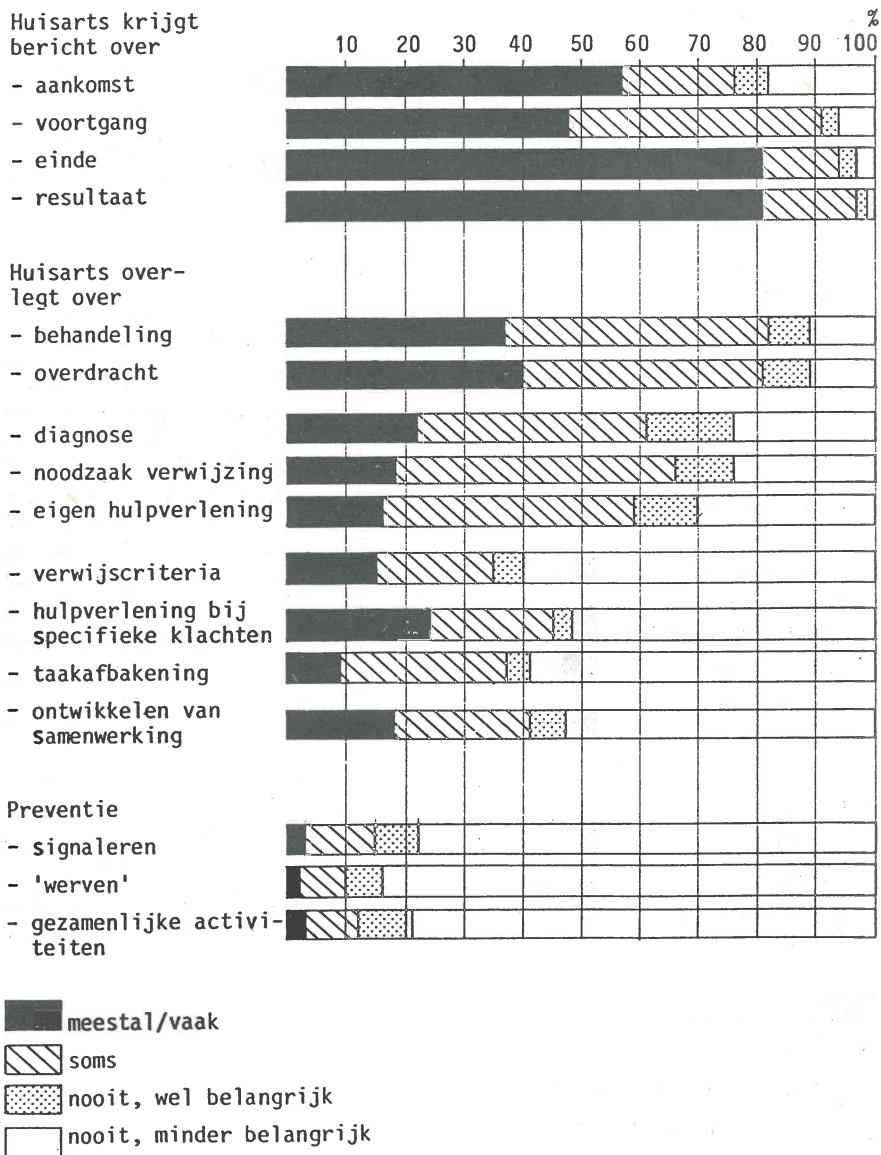
Figuur 5.2

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en RIAGG (percentages respondenten; n = ca.260)



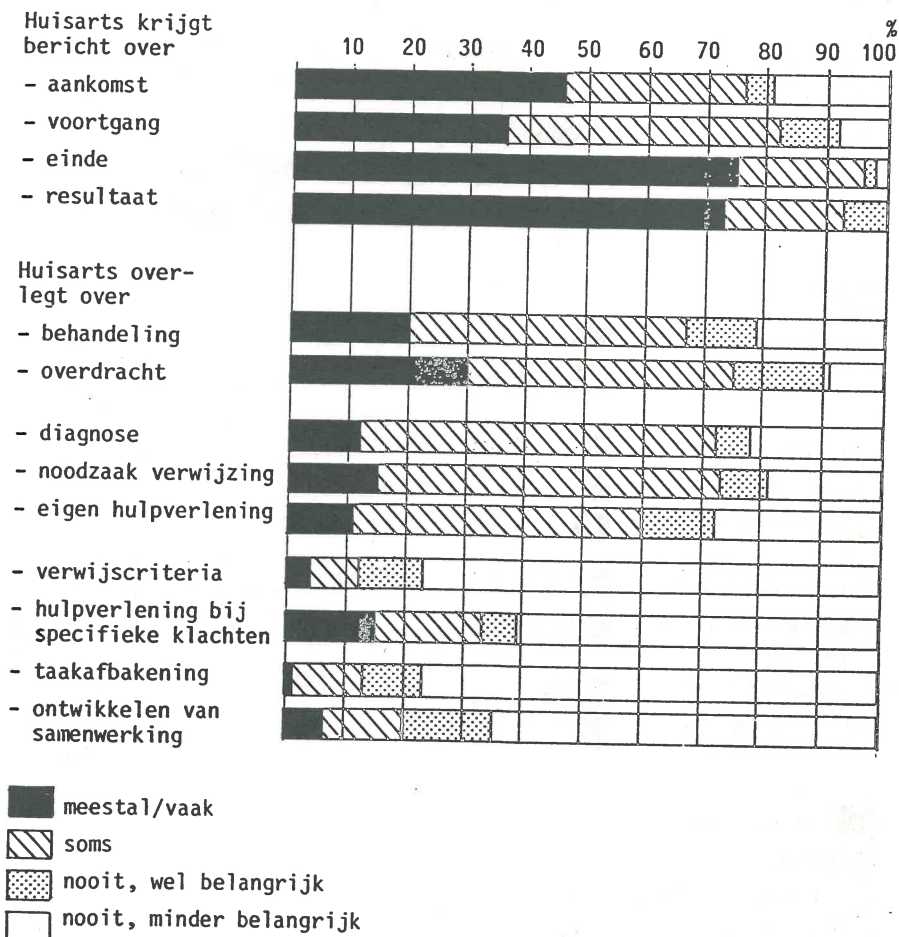
Figuur 5.3

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en vrijgevestigde psychologen (percentages respondenten; n = ca.120)



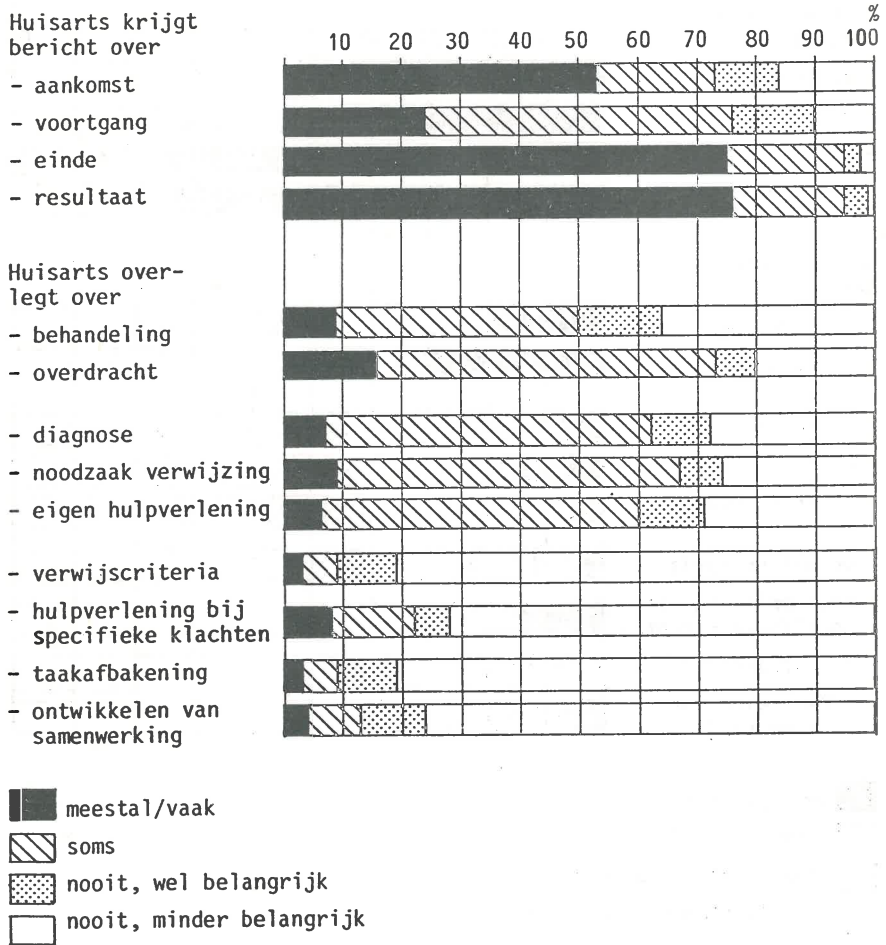
Figuur 5.4

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en vrijgevestigde psychiaters (percentages respondenten; n = ca.115)



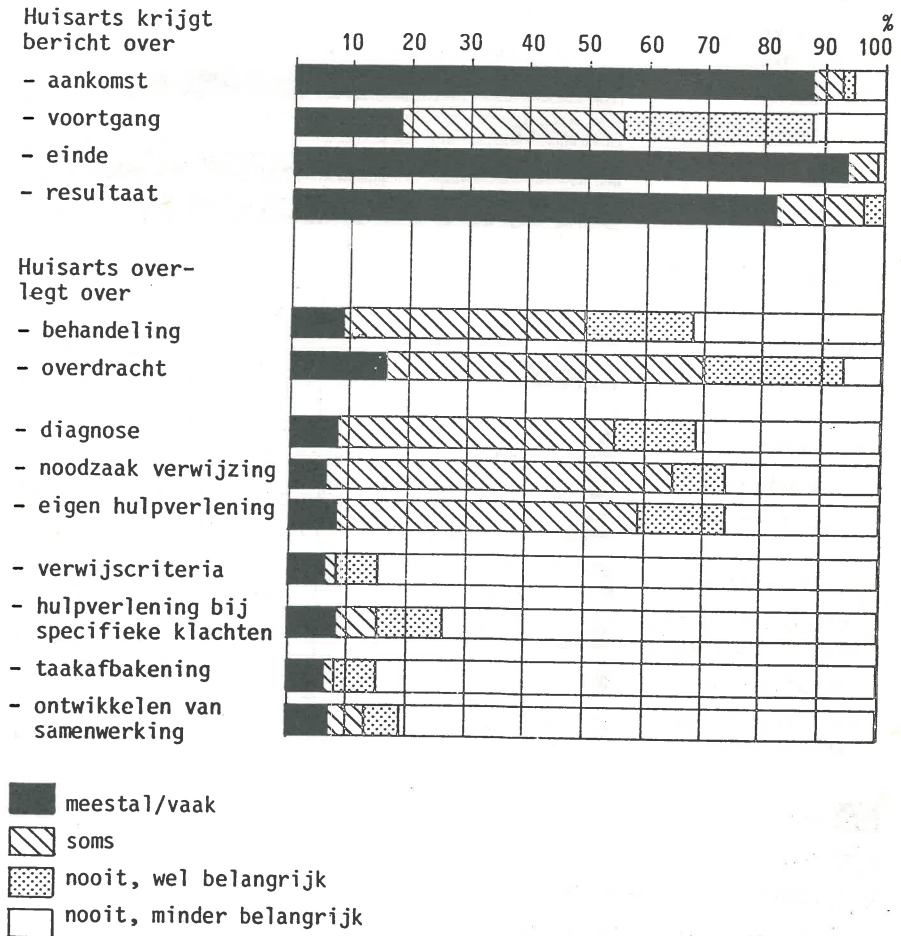
Figuur 5.5

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en poliklinieken (percentages respondenten; n = ca.220)



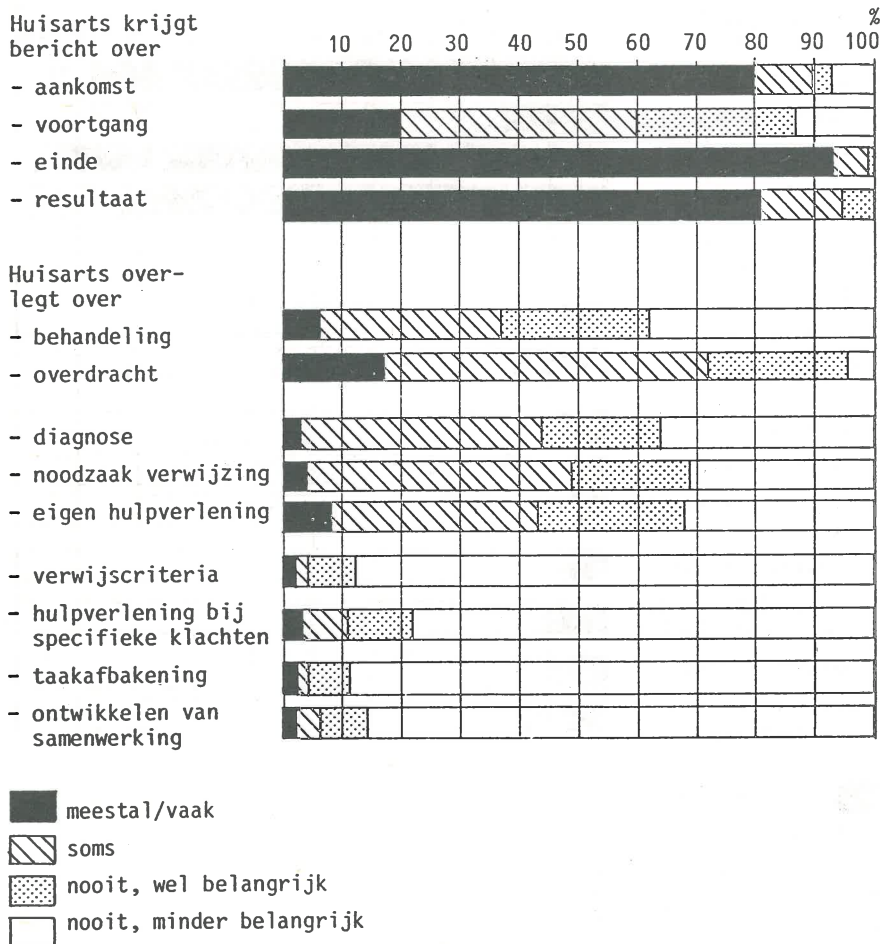
Figuur 5.6

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en PAAZ (percentages respondenten; n = ca.155)



Figuur 5.7

Berichtgeving en overleg tussen huisartsen en APZ (percentages respondenten; n = ca.135)



waarin de RIAGG over dit onderwerp informatie verleent. Een eveneens relatief grote groep huisartsen mist berichtgeving vanuit het algemeen maatschappelijk werk, waarin vooral een bericht van aankomst nogal eens achterwege blijft; dat een grote minderheid van de artsen berichtgeving daaromtrent ook minder belangrijk vindt, hangt waarschijnlijk samen met het grote aantal patiënten dat zichzelf bij het AMW aanmeldt of daar problemen presenteert die niet op het terrein van de huisarts liggen.

5.2 Overleg over verwezen patiënten (regels 5 en 6)

Van overleg over de behandeling van verwezen patiënten is minder sprake dan van (meer routinematige) berichtgeving daarover. Met het algemeen maatschappelijk werk en vrijgevestigde psychologen vindt dat overleg frequenter plaats dan met anderen.

De psychiatrische ziekenhuizen, en ook de poliklinieken daarvan, scoren in dit opzicht het laagst. Overleg over hulpverlening door de huisarts na beëindiging van AMW- of GGZ-hulpverlening, vindt wat vaker plaats. Desondanks is het percentage artsen dat dergelijk overleg 'mist', vrij groot: een derde van de artsen met contacten met de RIAGG, ongeveer een kwart van de artsen met contacten met de intramurale sector.

Overigens voelen huisartsen zich betrokken bij de nazorg aan patiënten die uit PAAZ of APZ worden ontslagen. Van de respondenten die contacten onderhouden met een of meer intramurale voorzieningen (n=180) noemt 51% de nazorg aan ontslagen psychiatrische patiënten 'grotendeels' of 'volledig' een taak van de huisarts; 47% meent dat huisartsen 'enigszins' een taak hebben en 2% meent dat dit niet zo is. In de praktijk is 49% van deze artsen 'vaak', 48% 'soms' en slechts 4% 'nooit' bij nazorg betrokken. Aan RIAGG en poliklinieken wordt in ongeveer gelijke mate een taak bij de nazorg toegekend; deze instellingen zijn, volgens de huisartsen, daarbij iets minder betrokken dan zichzelf.

5.3. Overleg over (nog) niet verwezen patiënten (regels 7 t/m 9)

Eerder zagen we al dat huisartsen weliswaar niet vaak een patiënt naar de GGZ verwijzen, maar wel zeer dikwijls in de dagelijkse praktijk met psychosociale problematiek worden geconfronteerd. De meeste

van de betrokken patiënten zal de huisarts zelf kunnen helpen of begeleiden. In sommige gevallen echter zal hulp-op-afstand, in de vorm van een advies of consultatie, door een maatschappelijk werker of GGZ-hulpverlener noodzakelijk zijn.

Overleg over (nog) niet verwezen patiënten komt in ongeveer gelijke mate met de verschillende instellingen voor. Telkens zegt ongeveer tweederde van de respondenten tenminste incidenteel te overleggen over de diagnosestelling of over de noodzaak van een verwijzing. Iets minder respondenten voeren overleg over de hulpverlening die de huisarts zelf kan bieden. Overleg met een algemeen psychiatrisch ziekenhuis wordt gemist door een vijfde tot een kwart van de huisartsen die daarmee werkcontacten onderhouden; de PAAZ scoort in dit opzicht duidelijk gunstiger. Opvallend is ook dat met vrijevestigde psychologen iets regelmatig wordt overlegd over (nog) niet verwezen patiënten dan met andere instellingen.

5.4. Overleg over algemene onderwerpen (regels 10 t/m 13)

Behalve over patiënten is ook overleg mogelijk over onderwerpen die niet rechtstreeks op een patiënt betrekking hebben: onderlinge taakafbakening, het ontwikkelen van verwijscriteria, het ontwikkelen van samenwerking en hulpverlening bij specifieke klachten.

Het aantal artsen dat over deze onderwerpen overlegt is klein. Relatief veel overleg vindt plaats met het algemeen maatschappelijk werk en met vrijevestigde psychologen.

Van de mogelijke onderwerpen komen het ontwikkelen van samenwerking en - vooral - de hulpverlening bij specifieke klachten het meest frequent aan de orde. Dit laatste onderwerp ligt overigens ook het dichtst bij patiëntgericht overleg, hetgeen de belangstelling ervoor zou kunnen verklaren.

5.5 Preventie (regels 14 t/m 16)

Het onderwerp 'preventie' - activiteiten gericht op het voorkómen of in een vroeg stadium onderkennen van (ernstige) psychosociale problemen - speelt alleen een rol in de contacten met AMW, RIAGG en vrijevestigde psychologen.

Met het AMW wordt het meest frequent samengewerkt (23 - 46% van de artsen heeft contacten, afhankelijk van het onderwerp); de percentages artsen die op het gebied van preventie met de RIAGG en met vrijgevestigde psychologen samenwerken zijn ongeveer aan elkaar gelijk. Wat betreft de verschillende activiteiten heeft telkens de grootste groep huisartsen ervaring met het gezamenlijk signaleren van gezondheidsbedreigende factoren. Het 'werven van patiënten' en ook het opzetten van gezamenlijke activiteiten komen veel minder voor.

22% van de huisartsen 'mist' het samen met de RIAGG signaleren van gezondheidsbedreigende problemen. Ook wat betreft de andere activiteiten zijn de percentages 'ontevreden' artsen bij het AMW en de RIAGG wat groter dan bij de psycholoog. Geconcludeerd mag worden dat aan intensivering van het 'preventieve' contact met psychologen niet veel behoefte bestaat.

5.6. Overleg in verschillende samenwerkingsvormen

In het voorgaande zijn telkens cijfers gepresenteerd die betrekking hadden op alle respondenten gezamenlijk. Tot slot van dit hoofdstuk willen we een beeld schetsen van de verschillen tussen huisartsen in gezondheidscentra en hometeams en huisartsen die niet geformaliseerd met andere eerstelijns hulpverleners samenwerken.

In tabel 5.1. staan de verschillende onderwerpen die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest, nogmaals onder elkaar. We geven daarbij telkens de percentages respondenten die aangeven 'meestal' bericht te ontvangen van, respectievelijk 'vaak' te overleggen met het AMW en de RIAGG, de belangrijkste partners in de samenwerking. Vanwege de kleine aantallen respondenten laten we het overleg over algemene onderwerpen en over preventie hierbij buiten beschouwing. Huisartsen in gezondheidscentra geven in groter getale aan meestal van het AMW bericht te ontvangen en vaak met maatschappelijk werkers over de verschillende onderwerpen te overleggen dan monodisciplinair werkende artsen. Artsen in home-teams nemen een tussenpositie in, met uitzondering van het overleg over hulp die de huisarts aan (nog) niet verwezen patiënten kan geven.

Uit de tweede kolom van de tabel blijkt dat in gezondheidscentra de samenwerking met de RIAGG zeker niet inniger is. Integendeel, waar significante verschillen aantoonbaar zijn, 'scoren' deze artsen laag. Het resultaat is opvallend. De verbrokkelde organisatie van de

Tabel 5.1.: berichtgeving en overleg tussen huisartsen en AMW en RIAGG, naar samenwerkingsvorm; percentages huisartsen die aangeven 'meestal' bericht te ontvangen, respectievelijk 'vaak' te overleggen

Onderwerp	Van/met AMW			Van/met RIAGG		
	mono	h.t.	gez.c.	mono	h.t.	gez.c.
Bericht over						
- aankomst	31	44	74*	56	68	58
- voortgang	28	53	76*	8	19	10*
- einde	38	55	76*	58	55	42
- resultaat	39	59	94*	44	34	15*
Overleg over						
- behandeling	24	43	56*	10	3	8
- overdracht	23	44	48*	14	16	10
Overleg over						
- diagnose	15	24	28*	5	15	12*
- noodzaak ver- wijzen	11	20	26*	6	10	10
- hulp huisarts	9	20	11*	6	9	12

*p<.05.

eerstelij wordt immers een belangrijke hindernis genoemd voor het verbeteren van de relatie tussen eerstelij en geestelijke gezondheidszorg. Hoewel in gezondheidscentra de voorwaarden voor samenwerking gunstiger lijken te zijn - één adres, betere bereikbaarheid - is het resultaat niet navenant gunstiger.

Twee opmerkingen zijn daarbij te maken. In de eerste plaats is de perceptie van de frequentie van overleg in termen van 'vaak' of 'soms' tamelijk subjectief. Uit de cijfers blijkt ook - maar dat staat niet in de tabel - dat artsen in gezondheidscentra meer dan anderen belangstelling hebben voor overleg met de RIAGG. Het is mogelijk dat die belangstelling van invloed is op hun weergave van de werkelijkheid.

Daarnaast zagen we al eerder dat artsen in gezondheidscentra meer tijd zeggen te besteden aan het - niet in deze tabel opgenomen - overleg over algemene onderwerpen. Wellicht dat juist daar de

genoemde gunstige voorwaarden voor samenwerking het duidelijkst tot uiting komen.

5.7. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een gedetailleerd beeld gegeven van de berichtgeving die huisartsen van AMW en GGZ-instellingen ontvangen en van het overleg dat zij met hulpverleners daar voeren.

Berichtgeving over verwezen patiënten betreft over het algemeen vaker het einde dan het begin of de voortgang van de behandeling. Wat betreft dit laatste aspect wordt vooral berichtgeving uit de psychiatrische ziekenhuizen door een relatief grote groep huisartsen gemist of, met andere woorden, niet ontvangen en wel op prijs gesteld.

In het overleg over verwezen patiënten komt de hulpverlening na beëindiging van de behandeling het meest aan de orde. Desondanks wordt het onderwerp door relatief veel huisartsen met contacten met RIAGG, PAAZ en APZ in hun overleg met die instellingen gemist. Datzelfde geldt voor overleg over de soort behandeling die aan verwezen patiënten zal worden gegeven. In het overleg met het algemeen maatschappelijk werk en vrijgevestigde psychologen komt dat laatste onderwerp vaker aan de orde. Ook overleg over (nog) niet verwezen patiënten vindt iets regelmatigiger plaats met maatschappelijk werkers en psychologen.

Overleg over algemene onderwerpen - minder frequent dan dat over patiënten - betreft vooral het ontwikkelen van samenwerking en hulpverlening bij specifieke klachten. Ook samenwerking rond preventie komt minder voor dan het eerder genoemde overleg; met het AMW wordt in dat opzicht nog wat meer samengewerkt dan met de RIAGG of met psychologen. Het gezamenlijk signaleren van gezondheidsbedreigende problemen is daarbij eerder aan de orde (want: eenvoudiger?) dan het 'werven' van patiënten voor activiteiten van de ander en het opzetten van gezamenlijke activiteiten.

Artsen in gezondheidscentra ontvangen frequenter bericht van het AMW en overleggen vaker dan artsen in andere samenwerkingsverbanden. In het overleg met de RIAGG is nauwelijks verschil aanwijsbaar, waaruit kan worden afgeleid dat de routines van de RIAGG hieromtrent niet door de samenwerkingsvorm van de huisarts worden beïnvloed.

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In deze rapportage zijn de resultaten weergegeven van een enquête onder de Nederlandse huisartsen over hun contacten met het algemeen maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. De enquête is uitgevoerd in het kader van een onderzoeksproject dat tot doel had de samenwerking tussen beide sectoren van de gezondheidszorg in kaart te brengen. Deze rapportage geeft een beeld van de werkelijkheid zoals die door de huisartsen wordt ervaren; in het eindrapport van het project wordt dit beeld aangevuld met een overzicht van de meningen en ervaringen van de andere betrokken hulpverleners.

In dit slothoofdstuk bespreken we de belangrijkste resultaten van dit deelonderzoek, waarbij we uitgaan van de vraagstellingen die in de inleiding werden geformuleerd.

Wat is de opvatting van huisartsen over hun taak bij het behandelen van psychosociale problematiek?

Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet verschillen artsen onderling zeer in de mate waarin zij psychosociale problematiek waarnemen en in de invloed die zij aan psychosociale factoren toekennen bij het ontstaan van lichamelijke problematiek.

In de taakopvatting bestaat iets grotere eensgezindheid. Vooral die aspecten van de hulpverlening worden tot de taak gerekend die een duidelijk medische component hebben, zoals het behandelen van chronische moeheid en hyperventilatie. Zware psychiatrie en meer in het algemeen problemen die meer langdurige interventie vereisen - zoals het geven van ontspanningstherapie bij spanningsklachten - vinden de meeste artsen niet tot hun taak behoren.

We vonden een vrij grote mate van overeenstemming tussen de taakopvatting van artsen en hun weergave van wat ze in de praktijk aan hulpverlening bij psychosociale problematiek (zeggen te) doen.

Wat is het oordeel van huisartsen over het algemeen maatschappelijk werk en de voorzieningen in de GGZ?

Een eenduidig antwoord op deze vraag is niet te geven. Het oordeel over het AMW blijkt duidelijk het gunstigst te zijn: veel artsen

noemen een korte wachttijd en een ruime meerderheid vindt dat patiënten ook zonder verbale begaafdheid bij het AMW terecht kunnen, dat de behandeling adequaat is en dat voldoende gebruik gemaakt wordt van de inbreng van de huisarts.

In de GGZ is het oordeel over de vrijgevestigde psychologen het meest gunstig: een korte wachttijd, veel 'zeggenschap' van de huisarts en een adequate behandeling zijn (ook hier) pluspunten. Wel veronderstelt een grote groep artsen dat patiënten verbaal begaafd moeten zijn om voor behandeling in aanmerking te komen.

Minder gunstig is het oordeel over de RIAGG: ongeveer de helft van de huisartsen ervaart lange wachttijden en een weinig inzichtelijke organisatiestructuur. Opvallend in het oordeel is dat weinig onderscheid gemaakt lijkt te worden tussen de verschillende afdelingen. Het oordeel over vrijgevestigde psychiaters en poliklinieken ligt tussen dat over psychologen en de RIAGG in.

Deze gegevens, gecombineerd met de bevinding dat huisartsen de RIAGG gunstiger beoordelen als zij er hulpverleners persoonlijk zeggen te kennen, doet veronderstellen dat het oordeel van huisartsen in de eerste plaats gevormd wordt door de 'toegankelijkheid' van de instelling; wat gewaardeerd wordt is een persoonlijk contact waarin, als dat nodig is, soepel en snel kan worden overlegd.

Wat is de omvang van de feitelijke werkcontacten tussen huisartsen enerzijds en maatschappelijk werk en GGZ-voorzieningen anderzijds?

Vrijwel alle huisartsen hebben contact met het AMW en met de RIAGG; met vrijgevestigde psychologen en psychiaters hebben de minste huisartsen werkcontacten.

De intensiteit van de contacten is niet groot, zowel gemeten aan het aantal verwezen patiënten als aan de tijd die aan overleg wordt besteed. Jaarlijks verwijst de 'gemiddelde' huisarts ruim 30 patiënten naar AMW en GGZ, van wie er 10 bij het maatschappelijk werk terecht komen en 10 bij de RIAGG. Aan overleg besteedt deze arts bijna drie en een half uur per maand, waarvan het 'leeuwendeel' opgaat aan overleg met het AMW. Binnen het overleg - en dat geldt voor alle voorzieningen - neemt overleg over (al dan niet verwezen) patiënten de belangrijkste plaats in. Overleg over meer algemene onderwerpen komt veel minder vaak voor en er is ook minder belangstelling voor. Een differentiatie naar instelling laat zien dat vooral met het AMW en met vrijgevestigde psychologen intensief wordt overlegd, zij het

dat het in dit laatste geval om minder dan de helft van de artsen gaat.

Hoe hangen taakopvatting, oordeel en omvang van de feitelijke contacten met elkaar samen en door welke factoren worden ze beïnvloed?

Tussen taakopvatting enerzijds en het oordeel over de instellingen en de feitelijke samenwerking anderzijds bestaat nauwelijks enig verband. Ook het oordeel en de feitelijke samenwerking hangen slechts zwak met elkaar samen: artsen die gunstig oordelen over het AMW en over de RIAGG verwijzen daar ook (iets) meer patiënten heen en ook vindt (iets) meer overleg plaats.

Van de andere door ons onderzochte variabelen nemen de samenwerkingsvorm en de praktijkgrootte de belangrijkste plaats in. Artsen in gezondheidscentra zien meer psychosociale problemen dan andere artsen, doen daaraan echter (iets) minder zelf. Zij verwijzen meer patiënten naar het AMW, voeren daarmee ook intensiever overleg, hetgeen samengaat met een gunstiger oordeel, vooral over de mate waarin hun inbreng in de behandeling wordt gegund. Wat betreft de GGZ-instellingen voeren zij meer overleg met de RIAGG (vooral over algemene onderwerpen), maar verwijzen daar minder patiënten heen. Het is opvallend dat in de berichtgeving en het overleg over verwezen patiënten geen verschillen zijn te zien.

Artsen die contact hebben met de intramurale sector hebben gemiddeld grotere praktijken dan anderen. Ook verwijzen artsen met een grote praktijk meer patiënten naar het AMW, de RIAGG, psychiaters, poliklinieken en de PAAZ. Daarentegen is hun overleg met psychologen juist minder intensief.

Welke wensen zijn er ten aanzien van het verbeteren van de contacten?

Gevraagd naar de reden voor het - in eigen ogen - weinig frequent voeren van overleg met GGZ-instellingen voeren de meeste huisartsen aan weinig behoefte te hebben aan méér. (Alleen bij de RIAGG speelt ook onbekendheid met de instelling een rol.) Dat wil niet zeggen dat alles is zoals huisartsen zich dat zouden wensen.

In de berichtgeving over verwezen patiënten - doorgaans vrij intensief - ligt de nadruk sterk op het begin en het eind: bericht over de voortgang wordt door een relatief grote groep artsen gemist. Terwijl voor overleg over algemene onderwerpen vrij weinig belangstelling lijkt te bestaan, is daarnaast ook behoefte aan het verbeteren

van het overleg over verwezen patiënten: wat gebeurt er tijdens de behandeling? wat kan de huisarts zelf doen na de behandeling door de instelling? Vooral in de contacten met de RIAGG en met de psychiatrische ziekenhuizen wordt dat overleg door een relatief grote groep huisartsen gemist.

NOTEN

1. De somscore 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.
2. De vijf niet-gebruikte items uit de lijst van Grol bleken in onderzoek van Verhaak slecht te spreiden of bij factoranalyse los te staan van de andere (vgl. Verhaak, 1983).
3. De somscore 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 opstelling 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: 36%), waarop die items laadden die betrekking hebben op de zwaardere psychiatrische problematiek (de items 2,4,5,10, en 11). Bij een gedwongen een-factor-oplossing zijn de ladingen van alle items op deze factor ('taakopvatting') bevredigend (tussen .47 en .57), met uitzondering van het item over opvoedingsproblemen (.29). Bij het berekenen van de somscore is daarom ook dit item buiten beschouwing gelaten.
4. Bij optelling van de scores (na 'ompoling' van de antwoorden) zijn de slecht spreidende items 8 en 12 en het item 1 buiten beschouwing gelaten. Bij factoranalyse (gedwongen een-factor-oplossing) variëren de ladingen van de items op de factor 'taakuitoefening' (verklaarde variantie, na rotatie, 30%) van .34 tot .51, met uitzondering van het item 1 over opvoedingsproblemen (.20).
5. Alvorens de scores op te tellen zijn de antwoorden op de vragen naar behandeling, inbreng en organisatiestructuur 'omgepold" (d.w.z. de waarde 1 voor 'helemaal oneens', de waarde 5 voor

'helemaal 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 vijf items leverde, bij een gedwongen een-factor-oplossing, een factor ('oordeel over het AMW') op, met een verklaarde variantie van 45%. De ladingen van de items op deze factor variëren van .44 tot .83, met uitzondering van dat over verbale begaafdheid van patiënten (.34); dit laatste item is bij het construeren van de schaal (Cronbach's alpha = .69) eveneens buiten beschouwing gelaten.

De factor 'oordeel over het RIAGG' heeft een verklaarde variantie van 44%; de lading van alle zes items is bevredigend: .44 tot .71. Bij het construeren van de schaal (Cronbach's alpha = .73) zijn geen items buiten beschouwing gelaten. De factor 'oordeel over de poliklinieken', tenslotte, heeft een verklaarde variantie van 40%; de lading van vier van de zes items is bevredigend: .50 tot .69. Bij het construeren van de schaal (Cronbach's alpha = .67) zijn de items over de wachttijd (.28) en over de verbale begaafdheid (.32) buiten beschouwing gelaten.

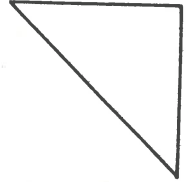
Antwoorden op de vragen over psychologen en psychiaters zijn niet consistent (Cronbach's alpha = .37).

6. Het antwoord op deze vraag was open: huisartsen konden zelf de meest in aanmerking komende instelling(en) noteren. Indien echter meer dan twee instellingen werden genoemd, zijn bij het verwerken van de gegevens alleen de eerste twee opgenomen. In tabel 4.7 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 eerste-lijn' (bv. AMW en fysiotherapeut), 'overige GGZ' (b.v. RIAGG en psychiater), 'eerstelijns en GGZ' (bv. AMW en RIAGG) en 'overigen' (bv. AMW en medisch specialist).
7. 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.

LITERATUUR

- BENSING, J.M. Wat mankeert de RIAGG? Een standpunt vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 41, 1986, 12, p. 1211-1224
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe nota geestelijke volksgezondheid: deel 1. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- GEMENGDE COMMISSIE VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. De ambulante geestelijke gezondheidszorg en haar raakvlakken. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983
- GROL, R. Preventieve attitude van huisartsen. Nijmegen: NUHI, 1983
- HUYGEN, F.J.A. A family physician's concept of mental health and mental health services. In: Visser, G.J. e.a. (red). Mental health and primary care: Dutch and Israeli experience. Utrecht: Nivel, 1986
- LAMBERTS, H., B. HARTMAN. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 25, 1982, p. 333-342, 376-393
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota eerstelijnszorg. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983
- PETERS, L. Relatie eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe nota geestelijke volksgezondheid: deel 2. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- RIDDER, D. DE, J. VISSER. Tussen de lijnen: de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht, NcGv/NIVEL, 1987
- VERHAAK, P.F.M. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek: eerste interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- VERHAAK, P.F.M. Psychosociale problematiek. In: Sluijs, E.M. e.a. (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: Nivel, 1985
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986

BIJLAGE



onderzoek
samenwerking eerstelijnszorg -
geestelijke gezondheidszorg

enquête voor de huisarts

inlichtingen:

G.J. Visser, NIVEL, tel.: 030 - 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, telefoon: 030 - 319946

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Postbus 5103,
3502 JC Utrecht, telefoon: 030 - 935141

TOELICHTING

Dese vragenlijst bestaat uit twee gedeelten:

Een algemeen gedeelte met vragen over uw praktijkvoering en over hulpverlening bij psychosociale problematiek, en

een specifiek gedeelte dat bestaat uit vijf afzonderlijke vrijwel identieke vragenlijsten over achtereenvolgens

- het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)
- de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG)
- de vrijevestigde psycholoog en psychiater
- de polikliniek van de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), of van de Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)
- de instellingen voor intramurale geestelijke gezondheidszorg: PAAZ en APZ.

Wij verzoeken u eerst het algemene gedeelte in te vullen, en daarna van het specifieke gedeelte alleen die vragenlijsten die betrekking hebben op instellingen waarheen u in 1985 patiënten heeft verwezen of waarmee u in dat jaar werkcontacten heeft onderhouden. Vragenlijsten die betrekking hebben op andere instellingen kunt u overslaan. Door deze opzet zal het invullen van de enquête u minder tijd kosten dan de omvang ervan doet vermoeden (ongeveer 25 minuten).

De meeste vragen zijn zodanig gesteld dat u het antwoord dat voor u van toepassing is, moet aankruisen. In enkele gevallen verzoeken wij u een open vraag te beantwoorden. Aan het einde van ieder vragenlijst in het specifieke gedeelte is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

U kunt de enquête retourneren met de bijgevoegde antwoordenvolp.

Wij danken u alvast voor uw medewerking aan het onderzoek.

ALGEMEEN

In dit algemene gedeelte stellen wij u enkele vragen over uw praktijkvoering. Daarna komt hulpverlening bij psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk aan de orde. Tenslotte vragen wij u naar uw mening over instellingen van algemeen maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg.

1 a Op welke wijze oefent u uw praktijk uit?

- 0 solist
- 0 duopraktijk
- 0 groepspraktijk (drie of meer huisartsen onder één dak)
- 0 gezondheidscentrum (minimaal huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker onder één dak)

b Werkt u in een hometeam (gestructureerd samenwerkingsverband van minimaal huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker)?

- 0 ja
- 0 nee

2 a Voor hoeveel patiënten draagt u zorg?

.... (aantal invullen)

b Hoeveel van deze patiënten zijn ziekenfondsverzekerden?

....% van deze patiënten

3 a Hoeveel patiënten ziet u naar schatting op een 'normale' dag?

... patiënten tijdens het spreekuur, en
... patiënten tijdens visites

b Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld naar schatting aan een patiënt tijdens het spreekuur;

... minuten per patiënten

4 Hieronder vindt u een lijst met enkele aandoeningen die in de huisartsenpraktijk kunnen voorkomen. Wilt u afgaande op uw ervaringen in de praktijk, van elk van deze aandoeningen aangeven in hoeverre psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan of het acuut verergeren daarvan?

Invloed van psychosociale factoren bij deze aandoening:

	totaal geen	weinig	niet veel/ niet weinig	veel	zeer veel
1 hartinfarct	0	0	0	0	0
2 obstipatie	0	0	0	0	0
3 dysmenorroe	0	0	0	0	0
4 hypertensie	0	0	0	0	0
5 eczeem	0	0	0	0	0
6 hyperthyroïdie	0	0	0	0	0
7 adipositas	0	0	0	0	0
8 reumatoïde arthritis	0	0	0	0	0
9 colitis ulcerosa	0	0	0	0	0
10 brachialgie	0	0	0	0	0
11 tracheitis	0	0	0	0	0
12 zwangerschapsbraken	0	0	0	0	0

5 Zoudt u een schatting willen geven van het percentage klachten tijdens uw spreekuur waarbij psychosociale factoren een rol spelen?

....% van de klachten tijdens het spreekuur

- 6 Hieronder vindt u een lijst van activiteiten die gericht zijn op psychosociale hulpverlening of begeleiding. Wilt u voor elk van die activiteiten aangeven:
- in hoeverre ze behoort tot de taak van de huisarts
 - in hoeverre u ze in de praktijk ook uitvoert
 - naar welke instelling u, indien u dat nodig acht, een patiënt met deze klacht verwijst (bijvoorbeeld: algemeen maatschappelijk werk, vrijgevestigde psycholoog of psychiater, RIAGG, poli van het APZ of van de PAAZ, het APZ of de PAAZ, een medisch specialist)

	Mate waarin deze activiteit tot de taak van de huisarts behoort					In voorkomende gevallen doe ik dit			Daarvoor verwijst ik	
	volle- dig	groten- deels	engs- zins	nauwe- lijks	totaal niet	altijd	soms	nooit	nooit	naar de instelling
1. adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
2. begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
3. bespreken relatieproblemen echtpaar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
4. hulpbieden bij suicidale neigingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
5. behandeling van lichte vorm van straatvrees	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
6. bespreken van langdurige problemen op het werk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
7. ontspanningstherapie bij spanningsklachten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
8. hulp bieden bij hyperventilatie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
9. hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
10. hulp bieden bij verslavingsproblematiek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
11. behandelen van wanen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
12. behandelen van chronische moeheid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.....

7 In deze vraag staan enkele algemene uitspraken over instellingen voor maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg. Wilt u, afgaande op uw ervaringen met die instellingen, aangeven in hoeverre u het met elk van deze uitspraken eens bent?

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
1. Sinds de vorming van de RIAGG's vind je als huisarts makkelijker je weg in de geestelijke gezondheidszorg	0	0	0	0	0
2. Het maatschappelijk werk moet zich vooral met de materiële problemen van cliënten bezighouden	0	0	0	0	0
3. Ik voel me voldoende competent om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen	0	0	0	0	0
4. De hulpverlening door RIAGG en poliklinieken is duidelijk van elkaar verschillend	0	0	0	0	0
5. Veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen kunnen evengoed bij het maatschappelijk werk terecht	0	0	0	0	0
6. Hulpverlening door een RIAGG is beter dan hulpverlening door vrijgevestigden	0	0	0	0	0
7. Praktische overwegingen, zoals tijdsgebrek, maken het de huisarts onmogelijk méér dan nu aan psychosociale hulpverlening te doen	0	0	0	0	0
8. De RIAGG is niet toegesneden op de behandeling van ernstige problematiek	0	0	0	0	0

8 Naar welke instantie verwijst u patiënten overdag en/of buiten kantooruren in een psychosociale crisissituatie?

	tijdens kantooruren			buiten kantooruren		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
algemeen maatschappelijk werk	0	0	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0	0	0
vrijgevestigd psycholoog	0	0	0	0	0	0
vrijgevestigd psychiater	0	0	0	0	0	0
polikliniek PAAZ	0	0	0			
polikliniek APZ	0	0	0			
PAAZ (kliniek)	0	0	0	0	0	0
APZ (kliniek)	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0

9 Is het voor u in de praktijk mogelijk patiënten *rechtstreeks* voor opname naar de PAAZ of het APZ te verwijzen?

- Nee, opname verloopt altijd via RIAGG, polikliniek of GGD/DGG
 Ja, maar alleen bij spoedopnamen
 Ja, altijd
 Anders, namelijk

10 Wilt u voor elk van de volgende instellingen en/of vrijgevestigden aangeven of u in 1985 patiënten heeft *verwezen* naar die instelling of op andere wijze *werkocontacten* heeft onderhouden?
 Patiënten verwezen of wercontacten onderhouden met:

	ja	nee
algemeen maatschappelijk werk	0	0
RIAGG	0	0
vrijgevestigd psycholoog	0	0
vrijgevestigd psychiater	0	0
polikliniek PAAZ	0	0
polikliniek APZ	0	0
PAAZ (kliniek)	0	0
APZ (kliniek)	0	0

11a Wilt u *uitsluitend* voor die instellingen waarheen u in 1985 *geén* patiënten heeft verwezen en waarmee u *evenwel* werkocontacten heeft onderhouden, aangeven wat daarvan de reden was? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

	AMW	RIAGG	vrijgevestigd		polikliniek		kliniek	
			psycholoog	psychiater	PAAZ	APZ	PAAZ	APZ
De instelling bevindt zich niet in (de buurt van) mijn praktijkgebied	0	0	0	0	0	0	0	0
Ik ken het hulpverleningsaanbod niet	0	0	0	0	0	0	0	0
Ik heb in het verleden slechte ervaringen gehad met deze instelling	0	0	0	0	0	0	0	0
Ik ken in deze instelling geen individuele hulpverleners	0	0	0	0	0	0	0	0

- vervolg op de volgende pagina -

11a - vervolg -

	ANW	RIAGG	vrijgevestigd		polikliniek		kliniek	
			psycholoog	psychiater	PAAZ	APZ	PAAZ	APZ
hulpverlening lijkt me voor slechts weinig van mijn patiënten geschikt	0	0	0	0	0	0	0	0
De wachttijd is lang	0	0	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0	0	0

11b Wij verzoeken u voor de overige instellingen en/of vrijgevestigden de vragenlijsten in te vullen die daarop van toepassing zijn.

HIERMEE EINDIGT HET ALGEMEEN GEDEELTE VAN DE VRAGENLIJST

1. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK

Deze vragen zijn alléén bestemd voor huisartsen die in 1985 patiënten hebben verwezen naar of werkcontacten hebben onderhouden met het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).
De vragen hebben alle betrekking op het afgelopen jaar.

1 Hoe ver is de dichtstbijzijnde spreekuurpost van het AMW van uw praktijkadres verwijderd?

0 < 5 km 0 11-20 km
0 6-10 km 0 > 20 km

2a Heeft u als dat nodig is informatie bij de hand over

	ja	nee
spreekuurtijden (voor cliënten)	0	0
namen van hulpverleners	0	0
hulpverleningsaanbod	0	0

b Kent u hulpverleners in het AMW persoonlijk?

0 ja 0 nee

3 Hieronder volgen enkele algemene uitspraken over het AMW. Wilt u aangeven in hoeverre u het -afgaande op uw eigen ervaringen - met elk daarvan eens bent?

	helemaal mee eens	me eens	deels wel, deels niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
Er is een lange wacht- tijd	0	0	0	0	0
Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te mo- tiveren	0	0	0	0	0
Hulpverlening is niet geschikt voor verbaal min- der begaafde patiënten	0	0	0	0	0
Behandeling is doorgaans adequaat	0	0	0	0	0
Hulpverleners maken vol- doende gebruik van de in- breng van de huisarts	0	0	0	0	0
De instelling heeft een inzichtelijke organisatie- structuur	0	0	0	0	0

4a Hoeveel patiënten heeft u in 1985 naar schatting naar het AMW verwezen (inclusief patiënten aan wie u dringend contact met het AMW heeft aangeraden)?

0 geen patiënten	0 11-15 patiënten	0 > 25 patiënten
0 < 5 patiënten	0 16-20 patiënten	
0 6-10 patiënten	0 21-25 patiënten	

b Bij hoeveel van deze patiënten vormde psychosociale problematiek een belangrijk argument om naar het AMW te verwijzen?

Bij naar schatting patiënten.

- 5 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van de informatie die u van het AMW krijgt over door u *verwezen patiënten* en van de mate waarin u overleg voert over de behandeling van deze patiënten. Onder *verwezen patiënten* verstaan wij hier ook die patiënten van wie bij het AMW bekend is dat u op contact heeft aangedrongen.

- a Wilt u van onderstaande vormen van *berichtgeving* aangeven
- of u die in de praktijk ontvangt
- hoe belangrijk u die vindt

Bericht over	Deze berichtgeving krijg ik			Deze berichtgeving vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
aankomst van de patiënt	0	0	0	0	0
voortgang van de hulpverlening	0	0	0	0	0
beëindiging van de hulpverlening	0	0	0	0	0
resultaat van de hulpverlening	0	0	0	0	0

- b Vervolgens vragen wij u aan te geven hoe vaak u met betrekking tot *verwezen patiënten overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
soort behandeling bij AMW	0	0	0	0	0
keuze van hulpverlener	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts na beëindiging behandeling	0	0	0	0	0

- 6 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van overleg over patiënten die (*nog*) *niet verwezen* zijn. Te denken valt aan raadpleging van of het vragen van advies aan het AMW.

Wij vragen u weer aan te geven hoe vaak u *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
diagnosestelling of probleemverheldering	0	0	0	0	0
noodzaak tot verwijzing	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts	0	0	0	0	0
-----	0	0	0	0	0

- 7 Hoe vaak heeft u in 1985 *naar schatting* met het AMW *overleg over individuele patiënten* gevoerd, al dan niet rond een verwijzing?

mondeling overleg ongeveer uur per maand
telefonisch overleg ongeveer keer per maand.

- 8a Hoe vaak heeft u in 1985 *naar schatting* met het AMW overleg gevoerd dat *niet direct over individuele patiënten* ging?

mondeling overleg ongeveer uur per maand.

- b Wat was de inhoud van dat overleg? Welk belang hecht u aan dat overleg?

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
kennismaking	0	0	0	0	0
taakafbakening	0	0	0	0	0
ontwikkelen verwijscriteria	0	0	0	0	0
ontwikkeling samenwerking	0	0	0	0	0
hulpverlening bij specifieke klachten	0	0	0	0	0

- 9 Een hoofdstuk apart vormt de (psychosociale) preventie: al dan niet gezamenlijke activiteiten gericht op het voorkomen van psychosociale problematiek. Wilt u aangeven op welke manier u op dit vlak met het AMW samenwerkt en welk belang u daaraan hecht?

	Dat doe ik			Dat vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
Samen signaleren van gezondheidsbedreigende problemen	0	0	0	0	0
Werven van patiënten voor preventieactiviteiten AMW	0	0	0	0	0
Opzetten van gezamenlijke activiteiten	0	0	0	0	0
-----	0	0	0	0	0

- 10 Indien u in 1985 in het geheel *niet* of *weinig* overleg heeft gehad met het AMW, noch over individuele patiënten, noch over hulpverlening in het algemeen, wat was naar uw mening dan daarvan de oorzaak? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 Ik heb te weinig tijd voor overleg
- 0 Ik weet niet wie ik daarvoor moet benaderen
- 0 In de praktijk krijg ik weinig bruikbare adviezen
- 0 Ik heb weinig of geen behoefte aan overleg
- 0 ----
- 0 ----

- 11 In bovenstaande vragen is ingegaan op

- algemene informatie over het AMW
- berichtgeving en overleg over verwezen patiënten
- overleg over (nog) niet verwezen patiënten
- overleg over meer algemene onderwerpen
- preventie

Indien u met betrekking tot deze onderwerpen belangrijke aanvullingen heeft, wilt u die dan hieronder aangeven?

Indien u belangrijke punten in de samenwerking tussen huisarts en AMW heeft gemist, wilt u die dan ook hieronder aangeven?

Deze vragen zijn alleen bestemd voor huisartsen die in 1985 patiënten hebben verwezen naar of werkcontacten hebben onderhouden met de RIAGG.
De vragen hebben alle betrekking op het afgelopen jaar en op de RIAGG als geheel.

- 1 Hoe ver is de dichtstbijzijnde (afdeling van de) RIAGG van uw praktijkadres verwijderd?
- | | |
|-----------|------------|
| 0 < 5 km | 0 11-20 km |
| 0 6-10 km | 0 > 20 km |

- 2a Heeft u als dat nodig is informatie bij de hand over

	ja	nee
spreekuurtijden (voor cliënten)	0	0
intakeprocedure	0	0
namen van hulpverleners	0	0
hulpverleningsaanbod	0	0
mogelijkheden om advies te vragen	0	0

- b Kent u hulpverleners van de RIAGG persoonlijk?

0 ja 0 nee

- 3a. Hieronder volgen enkele algemene uitspraken over de RIAGG. Wilt u aangeven in hoeverre u het - *afgaande op uw eigen ervaringen* - met elk daarvan eens bent?

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
Er is een lange wacht tijd voor alle patiën- ten	0	0	0	0	0
Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te moti- veren	0	0	0	0	0
Hulpverlening is niet geschikt voor verbaal minder begaafde pa- tiënten	0	0	0	0	0
Behandeling is doorgaans adequaat	0	0	0	0	0
Hulpverleners maken vol- doende gebruik van de inbreng van de huisarts	0	0	0	0	0
De instelling heeft een inzichtelijke organisa- tiestructuur	0	0	0	0	0

- b Indien één van de RIAGG-afdelingen (sociale psychiatrie volwassenen, (psycho)therapie volwassenen, jeugd of sociale geriatrie) erg afwijkt van het algemene beeld dat u van de RIAGG als totaal heeft, wilt u dan hieronder aangeven welke afdeling dat is, en op welk punt ze afwijkt (bijvoorbeeld: wachttijd, adequaatheid van de behandeling)?

Wat betreft wijkt de afdeling af als volgt:

- 4a Hoe is de intake bij 'uw' RIAGG georganiseerd?

0 Er is één centrale intake

0 Er zijn meerdere intake teams (onderscheiden naar leeftijd en/of functie)

0 Dat is mij niet bekend

- b Hoeveel patiënten heeft u in 1985 naar schatting naar de RIAGG verwezen (inclusief patiënten aan wie u dringend contact met de RIAGG heeft aangeraden)?

0 geen patiënten 0 11-15 patiënten

0 < 5 patiënten 0 16-20 patiënten

0 6-10 patiënten 0 > 20 patiënten

c Bij hoeveel van deze patiënten vormde ernstige psychosociale problematiek een belangrijk argument om naar de RIAGG te verwijzen?
 Bij naar schatting patiënten.

d Bij hoeveel van deze patiënten was uw verwijzing vooral bedoeld om opname te bewerkstelligen?
 Bij naar schatting patiënten.

5 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van de informatie die u van de RIAGG krijgt over *door u verwezen patiënten* en van de mate waarin u overleg voert over de behandeling van deze patiënten. Onder verwezen patiënten verstaan wij hier ook die patiënten van wie bij de RIAGG bekend is dat u op contact heeft aangedrongen.

a Wilt u van onderstaande vormen van *berichtsgeving* aangeven
 - of u die in de praktijk ontvangt
 - hoe belangrijk u die vindt

Bericht over	Deze berichtgeving krijg ik			Deze berichtgeving vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
aankomst van de patiënt	0	0	0	0	0
voortgang van de hulpverlening	0	0	0	0	0
beëindiging van de hulpverlening	0	0	0	0	0
resultaat van de hulpverlening	0	0	0	0	0

b Vervolgens vragen wij u aan te geven hoe vaak u met betrekking tot verwezen patiënten *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
soort behandeling bij de RIAGG	0	0	0	0	0
keuze van de hulpverlener	0	0	0	0	0
hulpverlening door de huisarts na beëindiging behandeling	0	0	0	0	0

6 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van overleg over patiënten die (*nog*) *niet verwezen* zijn. Te denken valt aan raadpleging van of het vragen van advies aan de RIAGG.

Wij vragen u weer aan te geven hoe vaak u *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
diagnosestelling of probleemverheldering	0	0	0	0	0
noodzaak tot verwijzing	0	0	0	0	0
hulpverlening door de huisarts	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0

7 Hoe vaak heeft u in 1985 naar schatting met de RIAGG *overleg over individuele patiënten* gevoerd, al dan niet rond een verwijzing?

mondeling overleg ongeveer uur per maand
 telefonisch overleg ongeveer keer per maand.

8a Hoe vaak heeft u in 1985 naar schatting met de RIAGG overleg gevoerd dat *niet speciaal over individuele patiënten* ging?

mondeling overleg ongeveer uur per maand.

b Wat was de inhoud van dat overleg? Welk belang hecht u aan dat overleg?

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
kennismaking	0	0	0	0	0
taakafbakening	0	0	0	0	0
ontwikkelen verwijscriteria	0	0	0	0	0
ontwikkelen samenwerking	0	0	0	0	0
hulpverlening bij specifieke klachten	0	0	0	0	0

9 Een hoofdstuk apart vormt de (psychosociale) preventie: al dan niet gezamenlijke activiteiten gericht op het voorkomen van psychosociale problematiek. Wilt u aangeven op welke manier u op dit vlak met de RIAGG samenwerkt en welk belang u daaraan hecht?

	Dat doe ik			Dat vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
Samen signaleren van gezondheidsbedreigende problemen	0	0	0	0	0
Merven van patiënten voor preventie-activiteiten van de RIAGG	0	0	0	0	0
Opzetten van gezamenlijke activiteiten	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0

10 Indien u in 1985 in het geheel *niet* of *weinig* overleg heeft gehad met de RIAGG, noch over individuele patiënten, noch over hulpverlening in het algemeen, wat was naar uw mening daarvan dan de oorzaak? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)

- Ik heb te weinig tijd voor overleg
- Ik weet niet wie ik daarvoor moet benaderen
- In de praktijk krijg ik weinig bruikbare adviezen
- Ik heb weinig of geen behoefte aan overleg
- 0
- 0

11 Is er één RIAGG-afdeling waarmee het contact veel beter verloopt dan met de andere afdelingen?

- sociale psychiatrie volwassenen
- (psycho)therapie volwassenen
- jeugd
- sociale geriatrie
- alle RIAGG-afdelingen zijn voor mij gelijk

12 In bovenstaande vragen is ingegaan op

- algemene informatie over de RIAGG
- berichtgeving en overleg over verwezen patiënten
- overleg over (nog) niet verwezen patiënten
- overleg over algemene onderwerpen
- preventie

Indien u met betrekking tot deze onderwerpen belangrijke aanvullingen heeft, wilt u die dan hieronder aangeven?

Indien u belangrijke punten in de samenwerking tussen huisarts en RIAGG heeft gemist, wilt u die dan ook hieronder aangeven?

III. VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS

Deze vragen zijn alléén bestemd voor huisartsen die in 1985 patiënten hebben verwezen naar of werkcontacten hebben onderhouden met vrijgevestigde psychologen en/of psychiaters. De vragen hebben alle betrekking op het afgelopen jaar.

- 1 Met hoeveel vrijgevestigde psychologen en/of psychiaters onderhoudt u werkcontacten?
 psychologen
 psychiaters

U wordt verzocht de volgende vragen te beantwoorden voor die psycholoog, respectievelijk psychiater met wie u het meest intensief contact onderhoudt.

- 2 Hoe ver is de praktijk van deze psycholoog, respectievelijk psychiater van uw praktijkadres verwijderd?

	psycholoog		psychiater		
	psycholoog	psychiater	psycholoog	psychiater	
< 5 km	0	0	11-20 km	0	0
6-10 km	0	0	> 20 km	0	0

- 3 Heeft u als dat nodig is informatie bij de hand over

	psycholoog: ja		nee		psychiater: ja		nee	
spreekuurtijden (voor cliënten)	0	0	0	0	0	0	0	0
hulpverleningsaanbod	0	0	0	0	0	0	0	0
kosten voor de patiënt	0	0	0	0	0	0	0	0

- 4 Hieronder volgen enkele algemene uitspraken over vrijgevestigden. Wilt u aangeven in hoeverre u het - afgaande op uw eigen ervaringen - met elk daarvan eens bent?

	helemaal mee eens		deels wel, deels niet mee eens		helemaal niet mee eens	
Er is een lange wachttijd						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0
Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te motiveren						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0
Hulpverlening is niet geschikt voor minder verbaal begaafde patiënten						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0
Behandeling is doorgaans adequaat						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0
De hulpverlener maakt voldoende gebruik van de inbreng van de huisarts						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0
De kosten vormen een belemmering voor méér verwijzen						
psycholoog	0	0	0	0	0	0
psychiater	0	0	0	0	0	0

- 5 Hoeveel patiënten heeft u in 1985 naar schatting naar vrijgevestigden verwezen (inclusief patiënten aan wie u contact met een psycholoog heeft aangeraden)?

	psycholoog		psychiater		
	psycholoog	psychiater	psycholoog	psychiater	
geen patiënten	0	0	11-15 patiënten	0	0
< 5 patiënten	0	0	16-20 patiënten	0	0
6-10 patiënten	0	0	> 20 patiënten	0	0

6. In deze vraag willen wij een beeld krijgen van de informatie die u van vrijgevestigden krijgt over *door u verwezen patiënten* en van de mate waarin u overleg voert over de behandeling van deze patiënten. Onder *verwezen patiënten* verstaan wij hier ook die patiënten van wie bij de psycholoog bekend is dat u op contact heeft aangedrongen.

a Wilt u van onderstaande vormen van *berichtgeving* aangeven

- of u die in de praktijk ontvangt
- hoe belangrijk u die vindt

Bericht over	Deze berichtgeving krijg ik van						Deze berichtgeving vind ik	
	psycholoog			psychiater			belangrijk	minder belang- rijk
	meestal	soms	nooit	meestal	soms	nooit		
aankomst van de patiënt	0	0	0	0	0	0	0	
voortgang van de hulpverlening	0	0	0	0	0	0	0	
beëindiging van de hulpverlening	0	0	0	0	0	0	0	
resultaat van de hulpverlening	0	0	0	0	0	0	0	

b Vervolgens vragen wij u aan te geven hoe vaak u met betrekking tot *verwezen patiënten overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	psycholoog			psychiater			belangrijk	minder belang- rijk
	meestal	soms	nooit	meestal	soms	nooit		
soort behandeling bij psycholoog/psychiater	0	0	0	0	0	0	0	
hulpverlening door huisarts na beëindiging behandeling	0	0	0	0	0	0	0	

7 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van het overleg over patiënten die *(nog) niet verwezen* zijn. Te denken valt aan raadpleging van of het vragen van advies aan vrijgevestigden.

Wij vragen u weer aan te geven hoe vaak u *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	psycholoog			psychiater			belangrijk	minder belang- rijk
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit		
diagnosestelling of probleemverheldering	0	0	0	0	0	0	0	
noodzaak tot verwijzing	0	0	0	0	0	0	0	
hulpverlening door huisarts	0	0	0	0	0	0	0	
.....	0	0	0	0	0	0	0	

8 Hoe vaak heeft u in 1985 *naar schatting* met vrijgevestigden *overleg over individuele patiënten* gevoerd, al dan niet rond een verwijzing?

	psycholoog	psychiater
mondeling overleg ongeveer	respectievelijk	uur per maand
telefonisch overleg ongeveer	respectievelijk	keer per maand

9a Hoe vaak heeft u in 1985 *naar schatting* met vrijgevestigden overleg gevoerd dat *niet direct over individuele patiënten* ging?

	psycholoog	psychiater
mondeling overleg ongeveer	uur, respectievelijk	uur per maand

b Wat was de inhoud van dat overleg? Welk belang hecht u aan dat overleg?

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	psycholoog			psychiater			belangrijk	minder belangrijk
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit		
kennismaking	0	0	0	0	0	0	0	
taakafbakening	0	0	0	0	0	0	0	
ontwikkelen verwijscriteria	0	0	0	0	0	0	0	
ontwikkelen samenwerking	0	0	0	0	0	0	0	
hulpverlening bij specifieke klachten	0	0	0	0	0	0	0	

- 10 Een hoofdstuk apart vormt de (psychosociale) preventie: al dan niet gezamenlijke activiteiten gericht op het voorkomen van psychosociale problematiek. Wilt u aangeven op welke manier u op dit vlak met de *psycholoog* samenwerkt en welk belang u daaraan hecht?

	Dat doe ik			Dat vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
Samen signaleren van gezondheidsbedreigende problemen	0	0	0	0	0
Werven van patiënten voor preventieactiviteiten psycholoog	0	0	0	0	0
Opzetten van gezamenlijke activiteiten	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0

- 11 Indien u in 1985 in het geheel *niet of weinig* overleg met vrijgevestigden heeft gehad, noch over individuele patiënten, noch over hulpverlening in het algemeen, wat was naar uw mening dan daarvan de oorzaak? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 Ik heb te weinig tijd voor overleg
 0 In de praktijk krijg ik weinig bruikbare adviezen
 0 Ik heb weinig of geen behoefte aan overleg
 0
 0

- 12 In bovenstaande vragen is ingegaan op:

- algemene informatie over vrijgevestigden
- berichtgeving en overleg over verwezen patiënten
- overleg over (nog) niet verwezen patiënten
- overleg over meer algemene onderwerpen
- preventie door de psycholoog

Indien u met betrekking tot deze onderwerpen belangrijke aanvullingen heeft, wilt u die dan hieronder aangeven?

Indien u belangrijke punten in de samenwerking tussen huisarts en vrijgevestigde psychologen en psychiaters heeft gemist, wilt u die dan ook hieronder aangeven?

IV POLIKLINIEKEN

Deze vragen zijn alléén bestemd voor huisartsen die in 1985 patiënten hebben verwezen naar of werkcontacten hebben onderhouden met

- een polikliniek van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) en/of
- een polikliniek van een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ); daartoe wordt hier ook gerekend de polikliniek van een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK) en ook de praktijk van psychiaters die spreekuur houden in een algemeen ziekenhuis dat niet over een psychiatrische afdeling beschikt.

- 1 Met hoeveel poliklinieken-PAAZ en poliklinieken-APZ onderhoudt u werkcontacten?
met poliklinieken-PAAZ en poliklinieken-APZ

U wordt verzocht de volgende vragen te beantwoorden voor die polikliniek met welke u het meest intensief contact onderhoudt.

Deze polikliniek is (één antwoord aankruisen)

0 de polikliniek van een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)

0 de polikliniek van een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)

0 een psychiater die spreekuur houdt in een algemeen ziekenhuis dat niet over een psychiatrische afdeling beschikt

0 de polikliniek van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)

0 anders, namelijk.....

- 2 Hoe ver is deze polikliniek van uw praktijkadres verwijderd?

0 < 10 km	0 21-40 km
0 11-20 km	0 > 40 km

- 3a Heeft u als dat nodig is informatie bij de hand over

	ja	nee
spreekuurtijden (voor cliënten)	0	0
hulpverleningsaanbod	0	0
intakeprocedure	0	0
namen van hulpverleners	0	0
kosten voor de patiënt	0	0

- b Kent u hulpverleners in de polikliniek persoonlijk? 0 ja 0 nee

- 4 Hieronder volgen enkele algemene uitspraken over de polikliniek-PAAZ/-APZ. Wilt u aangeven in hoeverre u het - afgaande op uw eigen ervaringen - met elk daarvan eens bent?

	helemaal mee eens	helemaal mee eens	deels wel, deels niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
Er is een lange wachttijd	0	0	0	0	0
Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te motiveren	0	0	0	0	0
Hulpverlening is niet geschikt voor verbaal minder begaafde patiënten	0	0	0	0	0
Behandeling is doorgaans adequaat	0	0	0	0	0
Hulpverleners maken voldoende gebruik van de inbreng van de huisarts	0	0	0	0	0
De instelling heeft een inzichtelijke organisatiestructuur	0	0	0	0	0

5a Hoeveel patiënten heeft u in 1985 naar *schatting* naar de polikliniek verwezen?

0 geen patiënten 0 6-10 patiënten 0 16-20 patiënten
 0 < 5 patiënten 0 11-15 patiënten 0 > 20 patiënten

b Bij hoeveel van deze patiënten was een verwijzing door u vooral bedoeld om opname te realiseren?
 bijpatiënten

6 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van de informatie die u van de polikliniek krijgt over door u *verwezen patiënten* en van de mate waarin u overleg voert over de behandeling van deze patiënten.

a Wilt u van onderstaande vormen van *berichtgeving* aangeven

- of u die in de praktijk ontvangt
 - hoe belangrijk u dat vindt

Bericht over	Deze berichtgeving krijg ik			Deze berichtgeving vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
<i>soort behandeling</i> aankomst van de patiënt	0	0	0	0	0
voortgang van de hulpverlening	0	0	0	0	0
beëindiging van de hulpverlening	0	0	0	0	0
resultaat van de hulpverlening	0	0	0	0	0

b Vervolgens vragen wij u aan te geven hoe vaak u met betrekking tot verwezen patiënten *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	meestal	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
<i>soort behandeling bij poli</i>	0	0	0	0	0
keuze van hulpverlener	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts na beëindiging behandeling	0	0	0	0	0
noodzaak van opname	0	0	0	0	0

7 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van overleg over patiënten die *(nog) niet verwezen* zijn. Te denken valt aan raadpleging van of het vragen van advies aan de polikliniek.

Wij vragen u weer aan te geven hoe vaak u *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
diagnosestelling of probleemverdieping	0	0	0	0	0
noodzaak tot verwijzing	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0

8 Hoe vaak heeft u in 1985 naar *schatting* met de polikliniek *overleg over individuele patiënten* gevoerd, al dan niet rond een verwijzing?

mondeling overleg ongeveer uur per maand
 telefonisch overleg ongeveer keer per maand

9 Hoe vaak heeft u in 1985 naar *schatting* met de polikliniek overleg gevoerd dat *niet direct over individuele patiënten* ging?

mondeling overleg ongeveer uur per maand

b Wat was de inhoud van dat overleg? Welk belang hecht u aan dat overleg?

Overleg over	Overleg hierover heb ik			Overleg hierover vind ik	
	vaak	soms	nooit	belangrijk	minder belangrijk
kennismaking	0	0	0	0	0
taakafbakening	0	0	0	0	0
ontwikkelen verwijscriteria	0	0	0	0	0
ontwikkelen samenwerking	0	0	0	0	0
hulpverlening bij specifieke klachten	0	0	0	0	0

10 Indien u in 1985 in het geheel *niet* of *weinig* overleg heeft gehad met de polikliniek, noch over individuele patiënten, noch over hulpverlening in het algemeen, wat was naar uw mening dan daarvan de oorzaak? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Ik heb te weinig tijd voor overleg
- Ik weet niet wie ik daarvoor moet benaderen
- In de praktijk krijg ik weinig bruikbare adviezen
- Ik heb weinig of geen behoefte aan overleg
-
-

- 11 In bovenstaande vragen is ingegaan op
- algemene informatie over de polikliniek
 - berichtgeving en overleg over verwezen patiënten
 - overleg over (nog) niet verwezen patiënten
 - overleg over meer algemene onderwerpen

Indien u met betrekking tot deze onderwerpen belangrijke aanvullingen heeft, wilt u die dan hieronder aangeven?

Indien u belangrijke punten in de samenwerking tussen huisarts en polikliniek heeft gemist, wilt u die dan ook hieronder aangeven?

V INTRAMURALE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: PAAZ EN APZ

Deze vragen zijn alléén bestemd voor huisartsen die in 1985 patiënten hebben verwezen naar of werkcontacten hebben onderhouden met

- een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)
- een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ); daartoe wordt hier ook gerekend een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)

Wanneer u alléén contact had met de poliklinische afdeling van PAAZ of APZ, verzoeken wij u de vragen van lijst IV (Poliklinieken) in te vullen.

- 1 Met hoeveel PAAZ-en en/of APZ-en onderhoudt u werkcontacten?
metAPZ(en) en(PAAZ)en

U wordt verzocht de volgende vragen te beantwoorden voor die PAAZ, respectievelijk APZ, met welke u het meest intensief contact onderhoudt.

Voor wat betreft de PAAZ is dit (gaarne aankruisen)

0 een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis

0 een Psychiatrische Universiteitskliniek

0 andere, namelijk.....

- 2 Hoever is de PAAZ en/of het APZ van uw praktijkadres verwijderd?

	PAAZ	APZ		PAAZ	APZ
< 10 km	0	0	21-40 km	0	0
11-20 km	0	0	> 40 km	0	0

- 3a Heeft u als dat nodig is informatie bij de hand over

	PAAZ		APZ	
	ja	nee	ja	nee
intakeprocedure	0	0	0	0
hulpverleningsaanbod	0	0	0	0
namen van hulpverleners	0	0	0	0

- b Kent u hulpverleners in PAAZ en/of APZ persoonlijk?

PAAZ	0 Ja	0 Nee
APZ	0 Ja	0 Nee

- 4a Hoeveel patiënten heeft u in 1985 naar schatting rechtstreeks voor opname naar PAAZ of APZ verwezen?

	PAAZ	APZ		PAAZ	APZ
geen patiënten	0	0	11-15 patiënten	0	0
< 5 patiënten	0	0	16-20 patiënten	0	0
6-10 patiënten	0	0	> 20 patiënten	0	0

- b Bij hoeveel van deze patiënten betrof het een spoedopname?

bij naar de PAAZ verwezen patiënten en naar het APZ verwezen patiënten

- c Heeft u bij (al dan niet directe) verwijzing ter opname voorkeur voor PAAZ of APZ?

0 geen voorkeur 0 voorkeur: PAAZ 0 voorkeur: APZ

Zo ja, wat is daarvan de reden? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 De wachttijd is korter
- 0 De instelling is dichterbij
- 0 Opname in deze instelling is minder stigmatiserend
- 0 De instelling heeft een inzichtelijker organisatiestructuur
- 0 Behandeling is doorgaans adequater
- 0

5 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van de informatie die u van PAAZ/APZ krijgt over door u *verwezen patiënten* en van de mate waarin u overleg voert over de behandeling van deze patiënten. Onder *verwezen patiënten* verstaan wij hier ook indirect *verwezen patiënten*.

a Wilt u van onderstaande vormen van *berichtgeving* aangeven

- of u die in de praktijk ontvangt
- hoe belangrijk u die berichtgeving vindt.

Bericht over	Deze berichtgeving krijg ik van						Deze berichtgeving vind ik	
	PAAZ			APZ			belangrijk	minder belang- rijk
	meestal	soms	nooit	meestal	soms	nooit		
aankomst van de patiënt	0			0	0	0	0	0
voortgang van de hulpverlening	0	0	0	0	0	0	0	0
ontslag	0	0	0	0	0	0	0	0
resultaat van de hulpverlening	0	0	0	0	0	0	0	0

b Vervolgens vragen wij u aan te geven hoe vaak u met betrekking tot *verwezen patiënten overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	PAAZ			APZ			belangrijk	minder belang- rijk
	meestal	soms	nooit	meestal	soms	nooit		
soort behandeling PAAZ/APZ	0	0	0	0	0	0	0	0
keuze van hulpverlener	0	0	0	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts na beëindiging behandeling	0	0	0	0	0	0	0	0

6 In deze vraag willen wij een beeld krijgen van *overleg* over patiënten die (nog) *niet verwezen* zijn. Te denken valt aan raadpleging van of het vragen van advies aan de PAAZ/APZ

Wij vragen u weer aan te geven hoe vaak u *overleg* voert over elk van de onderstaande onderwerpen en welk belang u daaraan hecht.

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	PAAZ			APZ			belangrijk	minder belang- rijk
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit		
diagnosestelling of probleemverheldering	0	0	0	0	0	0	0	0
noodzaak tot verwijzing	0	0	0	0	0	0	0	0
hulpverlening door huisarts	0	0	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0	0	0

7 Hoe vaak heeft u in 1985 naar *schatting* met PAAZ/APZ *overleg* over *individuele patiënten* gevoerd, al dan niet rond een verwijzing?

	PAAZ	APZ
mondeling overleg ongeveer	respectievelijk	uur per maand
telefonisch overleg ongeveer	respectievelijk	keer per maand

8 a Hoe vaak heeft u in 1985 naar *schatting* met PAAZ/APZ overleg gevoerd dat *niet direct* over *individuele patiënten* ging?

	PAAZ	APZ
mondeling overleg ongeveer	respectievelijk	uur per maand

b Wat was de inhoud van dat overleg? Welk belang hecht u aan dat overleg?

Overleg over	Overleg hierover heb ik met						Overleg hierover vind ik	
	PAAZ			APZ			belangrijk	minder belang- rijk
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit		
kennismaking	0	0	0	0	0	0	0	0
taakafbakening	0	0	0	0	0	0	0	0
ontwikkelen verwijscriteria	0	0	0	0	0	0	0	0
ontwikkelen samenwerking	0	0	0	0	0	0	0	0
hulpverlening bij specifieke klachten	0	0	0	0	0	0	0	0



Indien u in 1985 in het geheel *niet* of *weinig* overleg heeft gehad met PAAZ/APZ, noch over individuele patiënten, noch over hulpverlening in het algemeen, wat was naar uw mening dan daarvan de oorzaak? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 Ik heb te weinig tijd voor overleg
- 0 Ik weet niet wie ik daarvoor moet benaderen
- 0 In de praktijk krijg ik weinig bruikbare adviezen
- 0 Ik heb weinig behoefte aan overleg
- 0
- 0

10 Een laatste vraag betreft de nazorg aan ontslagen psychiatrische patiënten. Wilt u van onderstaande instellingen aangeven

- of u voor hun een taak ziet weggelegd op het gebied van nazorg
- hoe groot hun betrokkenheid in de praktijk is.

	Nazorg is een taak					Bij nazorg betrokken...		
	volle- dig	groten- deels	enigs- zins	nauwe- lijks	totaal niet	vaak	soms	nooit
huisarts	0	0	0	0	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0	0	0	0	0
poli-PAAZ	0	0	0	0	0	0	0	0
poli-APZ	0	0	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0	0	0
.....	0	0	0	0	0	0	0	0

11 In bovenstaande vragen is ingegaan op

- algemene informatie over PAAZ/APZ
- berichtgeving en overleg over verwezen patiënten
- overleg over (nog) niet verwezen patiënten
- overleg over meer algemene onderwerpen

Indien u met betrekking tot deze onderwerpen belangrijke aanvullingen heeft, wilt u die dan hieronder aangeven?

Indien u belangrijke punten in de samenwerking tussen huisarts en intramurale zorg heeft gemist, wilt u die dan ook hieronder aangeven?