

INHOUD

1. INLEIDING
2. VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET
3. SAMENWERKING: VOORWAARDEN EN AFSPRAKEN
4. SAMENWERKING IN DE PRAKTIJK
5. BEELDVORMING
6. BELEIDSAANBEVELINGEN

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
Postbus 5103 3502 JC Utrecht tel: 030 935141

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste-
lijnsgezondheidszorg
Postbus 1568 3500 BN Utrecht tel: 030 319946

1. INLEIDING

In de afgelopen jaren is veelvuldig melding gemaakt van de moeizame relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de eerste lijn werd gerapporteerd over het ervaren gebrek aan inzicht in wat de geestelijke gezondheidszorg deed, de als 'bureaucratisch' getypeerde procedures en de moeite die het de eerstelijns kostte om contact te leggen met de geestelijke gezondheidszorg. De geestelijke gezondheidszorg beschreef, op haar beurt, de problemen die ze ondervond als ze de eerste lijn wilde benaderen en de moeilijkheden die ze tegenkwam bij de poging greep te krijgen op de verwijzingen vanuit de eerste lijn.

In diverse nota's hebben zowel de landelijke overheid, als koepelorganisaties uit eerste- en tweedelijns zich uitgesproken over de gesignaleerde knelpunten. Als algemene remedie werd een verbetering aanbevolen van de samenwerking tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg. Samenwerking zou echter méér moeten behelzen dan louter het oplossen van knelpunten; het zou tevens een middel kunnen zijn om meer samenhang in de zorgverlening te creëren.

2. VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET

Ondanks de nadruk die is komen te liggen op de

samenwerking tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg, is hierover nog maar weinig kennis voorhanden. Om deze leemte op te vullen is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) in een gezamenlijk onderzoek nagegaan hoe de samenwerking tussen de beide echelons gestalte krijgt, welke knelpunten zich daarin voordoen, hoe daarmee wordt omgegaan, en welke factoren de samenwerking kunnen beïnvloeden.

In het kader van deze vraagstelling zijn in drie RIGG-regio's - een RIGG-regio is het werkgebied van een Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en omvat 250.000 tot 500.000 inwoners - alle betrokken hulpverleners met een schriftelijke vragenlijst benaderd: huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, vrijgevestigde psychologen en psychiaters, medewerkers van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), van Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) en medewerkers van de daaraan verbonden poliklinieken. Deze opzet maakte het mogelijk de samenwerking tussen beide echelons van twee kanten te bekijken: vanuit het perspectief van de eerstelijns en vanuit dat van de geestelijke gezondheidszorg. Door het onderzoek te beperken tot drie regio's konden de gegevens uit de schriftelijke enquêtes aangevuld worden met

gegevens over de organisatie en het beleid van de betrokken instellingen, verzameld in gesprekken met directies. Door bovendien regio's te kiezen die qua zorgcapaciteit overeenkwamen, maar in geografisch opzicht sterk verschilden - stad, verstedelijkt gebied, platteland - ontstond tevens de mogelijkheid (eventuele) regionale verschillen in samenwerking nader te onderzoeken.

Zowel de enquêtes als de gesprekken zijn afgenomen in 1986 en bliken terug op de samenwerking in het jaar 1985.

Behalve het onderzoek in de betreffende regio's is, alleen onder huisartsen, ook op landelijke schaal onderzoek verricht. Dit om de regionaal bij huisartsen verzamelde gegevens met landelijke cijfers te kunnen vergelijken. De resultaten uit deze landelijke enquête zijn verschenen in een deelrapport: 'Huisartsen over de Geestelijke gezondheidszorg'.

In deze brochure wordt slechts terloops aandacht besteed aan deze deelstudie en zal hoofdzakelijk worden ingegaan op de belangrijkste resultaten uit het onderzoek in de regio's.

3. SAMENWERKING: VOORWAARDEN EN AFSPRAKEN

Samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg is niet vanzelfsprekend: er

moeten voorwaarden voor worden gecreëerd en afspraken zijn noodzakelijk. Omdat de GGZ als tweedelijnsvoorziening méér van de eerstelijns afhankelijk is dan omgekeerd, ligt in de onderstaande beschrijving daar het zwaartepunt. Gebruik is gemaakt van gegevens die verzameld zijn in gesprekken met de directies van de instellingen.

Voorwaarden

Als een belangrijke voorwaarde voor samenwerking met de eerste lijn noemen de directies van RIAGG's en psychiatrische ziekenhuizen de bekendheid van de eerste lijn met de in de geestelijke gezondheidszorg werkzame instellingen.

Naar eigen zeggen investeren de RIAGG's in het algemeen veel tijd en energie in het benaderen van huisartsen. Als redenen daarvoor noemen ze het belang van de huisarts als verwijzer en, meer in algemene zin, de spilfunctie van de RIAGG in de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks de geïnvesteerde tijd en moeite hebben de toenaderingspogingen tot de huisartsen een vrij formeel karakter. Ze beperken zich tot voorlichtingsmiddagen, het verspreiden van folders of het aanstellen van contactpersonen. Aan (zorg)inhoudelijke zaken komt men vooralsnog nauwelijks toe. Een belangrijke reden daarvoor is dat huisartsen zich moeilijk als groep laten benaderen: waarneemgroep en plaatselijke huisartsenvereniging hebben geen mandaat van hun leden. Voor RIAGG-medewerkers is het echter een

haast onmogelijke opgave kennis te maken met elke individuele huisarts in zijn of haar regio.

In vergelijking met de RIAGG's staan de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de algemeen psychiatrische ziekenhuizen veel gereserveerder ten opzichte van de huisarts: of men ziet geen duidelijke aanleiding om (méér) samen te werken (men is tevreden met de verwijzingen), of de praktische bezwaren zijn te groot.

Het ontbreken van voorwaardescheppende activiteiten tussen de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk mag, gezien het feit dat de samenwerking vooral in het licht van verwijzingen wordt gezien, nauwelijks verwondering wekken. Verwijzingen van maatschappelijk werkers naar de verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn onmogelijk (met uitzondering van de RIAGG), terwijl contacten over nazorg of beëindiging van de behandeling - als men dat al nodig vindt - veelal lopen via de patiënt zelf, de huisarts of het maatschappelijk werk verbonden aan een ziekenhuis.

Afspraken over samenwerking

De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg blijken terughoudend in het maken van concrete afspraken met de eerste lijn om de samenwerking gestalte te geven. De redenen daarvoor verschillen per GGZ-instelling.

Bij de poliklinieken, de psychiatrische afde-

lingen van algemene ziekenhuizen en de algemene psychiatrische ziekenhuizen lijkt de terughoudendheid het resultaat te zijn van een (weliswaar impliciete) kosten-batenanalyse. Hoewel de gunstige werking van afspraken met de eerste lijn (met name met de huisarts) wordt onderkend, acht men de kosten (letterlijk en figuurlijk) te hoog om daarin veel te investeren. Men voelt zich ook niet als eerste verantwoordelijk voor het maken van afspraken met de huisarts.

Afspraken tussen RIAGG's en huisartsen komen vaker voor, echter vooral van formeel-organisatorische aard, bijvoorbeeld rond aanmeldingsprocedures of de berichtgeving over verwezen patiënten. Over de vraag welke problemen verwezen moeten worden, worden nauwelijks afspraken gemaakt. Tussen RIAGG en AMW bestaan dergelijke afspraken wel, zij het dat het concretiseren daarvan beide partijen moeite kost.

4. SAMENWERKING IN DE PRAKTIJK

In het onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de feitelijke samenwerking door individuele hulpverleners. Daarbij is ondermeer aandacht besteed aan de frequentie en intensiteit van contacten en aan de inhoud daarvan.

Frequentie en intensiteit van contacten

Een groot percentage hulpverleners uit de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg blijkt op enigerlei manier contact met elkaar te hebben.

Zo onderhoudt minstens driekwart van de GGZ-medewerkers contacten met de huisarts en heeft ruim de helft van hen contact met het algemeen maatschappelijk werk. Zowel huisartsen als maatschappelijk werkers hebben in meerderheid contact met de RIAGG (97%, resp. 100% van de respondenten) en met de polikliniek van de PAAZ (75%, resp. 56%). Met vrijgevestigde psychologen houdt 24% van de huisartsen en 16% van de maatschappelijk werkers contact.

Gemiddeld besteden de hulpverleners in beide sectoren een half uur per week aan deze werkcontacten. De helft van de ondervraagde respondenten vindt dat er weinig contact is. De GGZ noemt vooral gebrek aan tijd en het ontbreken van een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie als reden voor het ontbreken van méér contact. Huisartsen zeggen daaraan weinig behoefte te hebben; maatschappelijk werkers signaleren een gebrek aan belangstelling bij de geestelijke gezondheidszorg.

Inhoud van contacten

Individuele hulpverleners kunnen werkcontacten onderhouden over verwijzingen, al dan niet patiëntgebonden dienstverlening en preventie.

Hoewel de geestelijke gezondheidszorg slechts een beperkt aandeel krijgt van de door de huisarts verwezen patiënten, vormt de huisarts wel een belangrijk aanvoerkanaal voor de GGZ. Per jaar verwijst de gemiddelde huisarts ruim 30

patiënten naar het algemeen maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg, waarvan eenderde naar het AMW, eenderde naar de RIAGG en eenderde naar de overige voorzieningen. Hoewel het algemeen maatschappelijk werk slechts onder beperkte voorwaarden naar de RIAGG mag verwijzen, komt dat wel voor: gemiddeld vijf patiënten per jaar.

Ongeveer 60% van de huisartsen overlegt wel eens met de RIAGG over de behandeling aan verwezen patiënten, ongeveer 8% zegt dat 'vaak' te doen. Met vrijgevestigde psychologen is het contact intensiever (20% van de artsen die contact met psychologen onderhouden voeren vaak overleg over de behandeling), maar door het kleine aantal artsen dat contacten onderhoudt is dit overleg van minder groot belang.

RIAGG-medewerkers zeggen wat vaker met de huisartsen te overleggen dan deze opgeven; een discrepantie die wellicht is terug te voeren op schaalverschillen tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg.

Onder patiëntgebonden dienstverlening wordt alle hulp verstaan die medewerkers van geestelijke gezondheidszorginstellingen aan de eerste lijn geven om de hulpverlening aan (nog) niet verwezen patiënten mogelijk te maken. Naar eigen zeggen klopt tweederde van de huisartsen en 80% van de maatschappelijk werkers zo nu en dan bij een GGZ-instelling aan om advies. Het gaat dan vooral om advies over het stellen van de juiste

diagnose, om de juiste hulp die de eerste lijn zou kunnen geven en over de noodzaak van een verwijzing.

Niet-patiënt-gebonden contacten, waarin onderwerpen ter sprake kunnen komen als verwijscriteria, taakafbakening en hulp bij specifieke problemen, komen veel minder vaak voor. Minder dan de helft van de hulpverleners uit zowel eerste lijn als geestelijke gezondheidszorg maakt melding van dergelijke contacten. Veel RIAGG-medewerkers vinden dergelijk overleg met huisartsen wel belangrijk (afhankelijk van het onderwerp eenderde tot de helft van de medewerkers), terwijl van de huisartsen slechts 10% behoefte heeft aan (meer) overleg hierover met de RIAGG.

5. BEELDFORMING

Een van de aspecten die invloed kunnen uitoefenen op de samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, is de wederzijdse beeldvorming: het geheel aan opvattingen en meningen over de 'andere partij'. In het onderzoek komt dat op drie manieren terug. Nagegaan is hoe men denkt over de competentie van het andere echelon in het verlenen van hulp bij psychosociale problemen, over de 'kwaliteit' van de ander als samenwerkingspartner en over de eigen taak en die van het andere echelon.

Opvattingen over competentie

Van de huisartsen zelf geeft ongeveer de helft aan, zich voldoende competent te voelen om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen. Hoewel de meerderheid van de GGZ-hulpverleners vindt dat het behandelen van psychosociale problematiek wezenlijk deel uitmaakt van het werk van een huisarts, is hun oordeel over de competentie van de huisarts niet onverdeeld gunstig: 37% van de RIAGG-medewerkers en een kwart van de APZ-medewerkers achten de huisarts in dit opzicht niet competent genoeg.

Van de maatschappelijk werkers voelt 91% zich bekwaam genoeg de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen. Een grote meerderheid van de maatschappelijk werkers vindt (dan ook) niet dat het takenpakket van het maatschappelijk werk zich zou moeten beperken tot materiële problematiek; een opvatting die overigens door veel hulpverleners in de GGZ wordt onderschreven. GGZ-hulpverleners oordelen gunstig over maatschappelijk werkers als verwijzer: ruim de helft van de respondenten vindt dat het algemeen maatschappelijk werk rechtstreeks naar de RIAGG zou moeten kunnen verwijzen.

Oordeel over de 'kwaliteit' van de samenwerking
Ongeveer de helft van de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg vindt dat huisartsen weliswaar geïnteresseerd zijn in het verloop van de behandeling van hun patiënt in een GGZ-instelling, maar dat ze onvoldoende op de

hoogte zijn van het behandel aanbod. Met name in de RIAGG is men deze mening toegedaan. Desondanks oordeelt de GGZ redelijk gunstig over het verwijzbeleid van de huisarts: vrijwel geen van de GGZ-hulpverleners vindt dat de huisarts ten onrechte verwijst. Wel vinden met name vrijgevestigden (35%) dat de huisarts in een te laat stadium verwijst, met andere woorden te lang zelf behandelt.

Wat betreft het maatschappelijk werk vindt ongeveer een kwart van de RIAGG-medewerkers en vrijgevestigde psychologen en psychiaters hulpverleners voldoende op de hoogte van het behandel aanbod. Onnodige verwijzingen komen volgens hen zelden voor. Wèl vindt 40% dat maatschappelijk werkers vaak te laat verwijzen.

In het oordeel van huisartsen over de verschillende voorzieningen in de GGZ springt dat over de vrijgevestigde psychologen als positief naar voren. Vooral de korte wachttijd, de manier waarop de huisarts bij de behandeling wordt betrokken en de adequaatheid van de behandeling zijn sterke punten. Minder gunstig is het oordeel over de RIAGG. Van de huisartsen noemt 39% een lange wachttijd en méér dan de helft vindt de organisatiestructuur weinig inzichtelijk. Ongeveer 40% vindt daarnaast dat de instelling weinig gebruik maakt van de inbreng van de huisartsen. Ook maatschappelijk werkers hebben kritiek: méér dan de helft vindt dat hulpverlening niet geschikt is voor verbaal minder begaafde patiënten en slechts 15% van de res-

pondenten heeft de indruk dat van hun eigen inbreng voldoende gebruik wordt gemaakt.

Taakopvatting

In de taakopvattingen van hulpverleners in eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg doet zich een duidelijke overlap in aandachtsgebieden voor. Zo zeggen zowel het algemeen maatschappelijk werk als de RIAGG bijvoorbeeld een taak te hebben in de behandeling van relatie- en opvoedingsproblemen; AMW en vrijgevestigde psychologen en psychiaters willen beide betrokken zijn bij de behandeling van een lichte vorm van straatvrees en huisartsen en vrijgevestigden beide bij de behandeling van hyperventilatie en van chronische moeheid. Over één onderwerp zijn alle partijen het eens: het bespreken van problemen op het werk hoort volgens de overgrote meerderheid van de respondenten thuis bij het algemeen maatschappelijk werk.

In hoeverre deze overlap er ook feitelijk toe leidt dat instellingen 'hetzelfde' doen, is echter de vraag.

BELEIDSAANBEVELINGEN

Kort samengevat kenmerkt het overheidsbeleid ten aanzien van de relatie 'eerste lijn - geestelijke gezondheidszorg' zich, onder de noemer 'samenhang', door drie doelstellingen: afstemming, substitutie en continuïteit van zorg. Bij afstemming gaat het dan ondermeer om het weg nemen van overlap in taken, bij continuïteit

om een goede overdracht en bij substitutie om het terugdringen van specialistische zorg door de GGZ onder gelijktijdige uitbreiding van zorg door de eerste lijn. Samenwerking tussen de beide echelons wordt daarbij gezien als een middel om deze doelstellingen te helpen realiseren.

Deze, vooral instrumentele, invulling van het begrip samenwerking verschilt nogal van de invulling die hulpverleners in de praktijk aan dat begrip geven. Voor hulpverleners in eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg krijgt samenwerking pas inhoud wanneer het wordt gekoppeld aan de zorg van patiënten. Samenwerking is in hun ogen niet zozeer een middel om veranderingen aan te brengen in de structuur van de zorg, maar wordt vooral gezien als een uitvloeisel van professioneel handelen. Deze opvatting heeft als consequentie dat samenwerking slechts in beperkte mate zal kunnen fungeren als beleidsinstrument om bovengenoemde doelstellingen te realiseren.

Gezien de praktische opstelling van de hulpverleners in de eerstelijns en de GGZ, is het van belang om de globaal geformuleerde beleidsdoelstellingen te vertalen in korte termijn doelstellingen, waarin tevens prioriteiten zijn aangegeven. Wat betreft de taakafbakening lijkt, met name tussen het AMW en de RIAGG, sprake van overlap in taken. Hoewel de bereidheid tot verbetering bij beide voorzieningen aanwezig is, is enige scepsis over de haalbaarheid daarvan gerechtvaardigd: de eenduidigheid van een cri-

terium als 'lichte' en 'zware' psychosociale problematiek is gering. Zowel de eerstelijns als de GGZ differentiëren niet zozeer naar deze 'ernst' van de problemen, maar veeleer naar het aangewezen type zorg. In het licht van het op 'samenhang' gerichte overheidsbeleid betekent dit dat vooral gezocht moet worden naar verbetering van kennis over elkaars werkwijze in de vorm van berichtgeving en overleg over individuele patiënten.

Uit het onderzoek blijkt weliswaar dat zowel huisartsen als maatschappelijk werkers in meerderheid aangeven informatie over de GGZ-instellingen bij de hand te hebben, hulpverleners in de GGZ zijn daarentegen unaniem van oordeel dat er aan de kennis onder eerstelijns hulpverleners van het hulpaanbod in de GGZ nogal wat schort. Omgekeerd zeggen veel hulpverleners in de eerstelijns behoefte te hebben aan informatie over wat er met door hen verwezen patiënten gebeurt; in de berichtgeving vanuit de GGZ is vooral de voortgang van de behandeling een onderbelicht punt. De belangstelling daarvoor onder huisartsen en maatschappelijk werkers geeft de GGZ-instellingen de gelegenheid om langs die weg het eigen werk in de eerstelijns beter bekend te maken.

Een meer specifieke aanbeveling betreft het gebrek aan duidelijkheid over de bevoegdheid van het AMW om naar de RIAGG te verwijzen. Niet alleen maatschappelijk werkers maar ook een groot aantal GGZ-respondenten vinden dat maatschappelijk werkers rechtstreeks naar de RIAGG zouden

moeten kunnen verwijzen. In hoeverre dit spoort met de RIAGG-erkenningsnormen en de centrale positie die de GGZ respondenten de huisarts in de eerste lijn toekennen is echter onduidelijk: moet het AMW met de huisarts overleggen over een verwijzing naar de RIAGG, volstaat het om de huisarts op de hoogte te stellen of moet het AMW alleen 'via' de huisarts naar de RIAGG verwijzen?

Het volledige eindrapport 'tussen de lijnen' is op het NIVEL of het NcGv verkrijgbaar en kost f31,50. Het deelrapport 'huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg' is eveneens op het NIVEL of het NcGv verkrijgbaar en kost f13,-.