

Verwijzen naar de psychiatrie

Verslag van een onderzoek naar factoren, die de verwijzingen door huisartsen naar een psychiatrische universiteitspolikliniek beïnvloeden

door A. M. A. Meijs en G. J. Methorst

Inleiding

Verwijzingen naar specialisten binnen de gezondheidszorg lijken niet volgens een duidelijk patroon te verlopen. Dit wekte onze belangstelling voor de wijze, waarop een verwijzing naar specialisten tot stand komt. Wij interesseerden ons met name voor de vraag welke factoren een rol spelen in de verwijzing naar specialisten. Dergelijke factoren kunnen liggen op twee niveaus, nl. op het niveau van de verwijzer en op het niveau van de specialist naar wie verwezen wordt. Als we kijken naar de verwijzer dan kunnen naast medische motieven ook praktische, zoals afstand, en economische beweegredenen een rol spelen. Vanuit het specialistisch niveau kan het verwijzen beïnvloed worden door zowel kwalitatieve aspecten als de reputatie, die de specialist c.q. het specialistisch instituut heeft, als praktische gegevens, zoals bereikbaarheid.

Literatuurgegevens over verwijzen naar specialisten in het algemeen zijn niet bepaald bemoedigend te noemen in de zin, dat zij welomschreven factoren aantonen. Zo stellen Posthuma & v. d. Zee (1977) dat er sprake is van een autonome, niet met andere variabelen samenhangende, trendmatige stijging van het verwijzpercentage en zegt Ruhe (1967) dat elke huisarts zijn vaste verwijsgewoonten heeft.

Als we willen nagaan in hoeverre dit ook geldt voor verwijzingen naar de psychiatrie, moet rekening worden gehouden met het feit dat een beslissing tot dergelijke verwijzingen moeilijker ligt dan tot verwijzingen naar andere medische specialismen (Ruhe, 1967). Dit blijkt o.a. uit de volgende bevindingen. Huisartsen schatten het percentage psychische problematiek bij de bevolking tussen 10% en 50%. Volgens diverse auteurs wordt dit percentage verschillend geschat (volgens Zweens-Wiersma (1968) 50%, vol-

Schrijfters zijn resp. als psychiater en sociaal psychologe verbonden aan de polikliniek van de Jelgersmakliniek te Oegstgeest, van de afdeling I van de vakgroep Psychiatrie der R.U.L. (Hoofd Prof. Dr. J. Bastiaans).

Dit onderzoek kwam tot stand in samenwerking met R. van Dyck (Chef de policlinique) en W. Hoogduin (destijds stagiaire klinische psychologie).

gens Oliemans (1969) 30% tot 50%, volgens Giel (1972) 28%, volgens Hirs & Hosman (1975) 20% tot 30%, volgens Shepherd (1966) 10% tot 25%. Er is een grote discrepantie tussen door de huisarts geconstateerde psychiatrische afwijkingen en het aantal verwijzingen (Hirs & Hosman, 1975). Slechts een gedeelte (10%) van patiënten met psychiatrische stoornissen wordt verwezen, terwijl van het *totaal* aantal verwezen patiënten door de huisarts 2,3% psychiatrische stoornissen heeft (Van Es & Pijlman, 1970). Dit komt mogelijk doordat het niet verwijzen, maar 'het eerst even aankijken', van patiënten naar de psychiatrie in principe weinig risico met zich meebrengt, met uitzondering van suïcidegevaar (Zweens-Wiersma, 1968). Wij zijn met Huygen & de Melker (1973) van mening dat er dan voorbij gegaan wordt aan het nadelig effect van een exclusief somatische benadering van een patiënt door verwijzing naar de cardioloog, internist of andere specialisten wegens de vaagheid van de psychosociale klachten, terwijl aan de psychische problemen niets gedaan wordt. Het risico van de iatrogenese van onbehandelbare patiënten kan hierdoor toenemen. Psychiatrie blijkt voor veel huisartsen nog een restvak, waarnaar een patiënt pas verwezen wordt als er in het geheel geen indicatie te vinden is voor verwijzing naar andere specialismen, en vooral als de huisarts er zelf niet meer uitkomt.

In het hier gerapporteerde onderzoek is getracht een beter inzicht te krijgen in de motieven voor verwijzing naar het specialisme psychiatrie.

Om het specifieke van een verwijzing naar de psychiatrie te achterhalen hebben wij geprobeerd een beeld te krijgen van de 'psychosociale belangstelling' van de huisarts. We menen dat grote interesse tot gevolg zal kunnen hebben dat de huisarts psychosociale problematiek niet alleen eerder signaleert — waardoor hij zowel gericht en meer op het juiste moment verwijst —, maar dat hij deze ook beter zelf behandelt en dat hij zijn eigen behandelingsmogelijkheden kan taxeren. Is dit het geval dan kan ons inziens gesproken worden van kwaliteitsverhoging in deze verwijzing.

Bij de keuze van ons onderzoeksonderwerp heeft mede een rol gespeeld de vraag of — indien er duidelijke wegen naar voren komen, waarlangs een beslissingsprocedure tot verwijzen tot stand komt — er vanuit het specialistisch instituut maatregelen genomen kunnen worden om dit in gunstige zin te beïnvloeden. Deze gunstige richting mag ons inziens bepaald niet alleen kwantiteitsverhoging inhouden, maar meer nog de kwaliteitsverhoging, zoals hierboven beschreven is.

Het specialistisch psychiatrisch instituut waar wij ons op gericht hebben in ons onderzoek, is de polikliniek van de Jelgersmakliniek, onderdeel van de Vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Leiden. Deze polikliniek is een instituut voor patiëntenzorg, heeft een functie bij het onderwijs aan studenten (co-assistenten Medicijnen en stagiaires uit de Sociale Wetenschappen), speelt een rol bij de opleiding van arts-assistenten voor de spe-

cialisatie Psychiatrie en is een instituut voor wetenschappelijk onderzoek. Uit een follow-up onderzoek onder patiënten van de Jelgersmapolikliniek, die een jaar na aanmelding uit behandeling ontslagen zijn, is gebleken dat 65,6% van de patiënten wordt aangemeld via de huisarts (Van der Linden, 1977). De huisarts vormt dus de meest belangrijke schakel tussen polikliniek en haar patiënten, zodat het onderzoek over verwijsgedrag naar de Jelgersmapolikliniek zich gericht heeft op de huisartsen uit de regio Leiden als onze meest belangrijke verwijzers.

De vraagstelling van dit onderzoek is als volgt: 'Welke factoren spelen een rol in de verwijzing van huisartsen uit de regio Leiden naar de psychiatrische polikliniek van de Jelgersmakliniek?' Beantwoording van deze vraagstelling kan leiden tot betere kennis over de hulpbehoefte voor psychische en psychosociale problematiek en meer inzicht op het niveau waarop deze problemen behandeld kunnen worden. Op grond van deze kennis kunnen maatregelen genomen worden ter verbetering van de poliklinische psychiatrische behandeling, zoals informatieverschaffing en het optimaliseren van de contacten met de huisartsen.

Met verwijzing samenhangende factoren

Om bovengenoemde vraagstelling te onderzoeken werden aspecten onderscheiden, waarvan verwacht werd dat zij met verwijsgedrag samenhangen. Mede gebaseerd op gegevens uit de literatuur werden de hierna genoemde aspecten onderscheiden.

Factoren die liggen op het niveau van de polikliniek

Bekendheid van de huisarts met de polikliniek — Contacten van de huisarts verlopen via brieven, telefonisch overleg en via informatieverschaffing door voordrachten en consultatie. Persoonlijk contact met de staf van een instituut geeft meer verwijzingen (Hirs & Hosman, 1975); de bekendheid van de huisarts met de specialist speelt mee in zijn keuze (Van Weerden-Dijkstra, 1971).

Reputatie van de polikliniek bij de huisarts — Reputatie van een instituut wordt gevestigd door o.a. service-verlening, zoals mogelijkheid tot spoedbehandeling, korte wachttijd en telefonische bereikbaarheid, en door het oordeel over de werkwijze van de polikliniek zoals het therapiepakket, de lengte en duur van de behandeling. Huisartsen houden ons inziens bij voorbaat al rekening met verzet tegen een psychiatrische verwijzing wegens stigmatisering. Dit zal ook afhangen van de naam die de polikliniek als instituut heeft, omdat verwijzen naar een klassiek psychiatrisch ziekenhuis meer stigmatiseert dan een verwijzing naar een psychotherapeutisch instituut. Volgens Zweens-Wiersma (1968) gaat een positief oordeel over het functioneren van een instantie samen met de berichtgeving van die instantie.

Plaats van de polikliniek t.o.v. de huisartspraktijk

Hoe kleiner de afstand en hoe gemakkelijker de bereikbaarheid

van het instituut of de specialist, des te groter is het aantal verwijzingen (Kruidenier, 1977, Drop, 1972 en Van Weerden-Dijkstra, 1975). Vele auteurs noemen de urbanisatiegraad een belangrijke factor in het verwijscijfer (Kruidenier, 1977, Posthuma & v. d. Zee, 1977). In de plattelandspraktijk speelt stigmatisering door een psychiatrische verwijzing een sterkere rol dan in de steden. In de verstedelijkte, rijkere gebieden met inwoners met een hoog opleidingsniveau verdwijnt de huisarts en verschijnt de specialist (Anderson, 1976). De plaats van andere verwijsmogelijkheden binnen de regio, de zgn. concurrentiepositie, zal zeker een rol spelen bij het verwijzen. In het rapport van de werkgroep van Van Praag (1973) wordt gesteld dat bij een groot aanbod van specialisten het verwijscijfer relatief hoog is.

De regio van de Jelgersmapolikliniek kan verdeeld worden in een westelijk en een oostelijk deel. Deze regio wordt in het noorden begrensd door de gemeenten Lisse, Alkemade en Leimuiden, in het westen door Noordwijk en Katwijk; de oostgrens wordt gevormd door Nieuwveen, Zevenhoven en Nieuwkoop en de zuidgrens door Voorschoten, Zoeterwoude, Koudekerke a. d. Rijn en Alphen a.d. Rijn. In het westelijk gedeelte zijn er diverse verwijsmogelijkheden, is de afstand t.o.v. de polikliniek relatief klein en de urbanisatiegraad relatief hoog, terwijl in het oostelijk gedeelte de verwijsmogelijkheden gering zijn, de afstand groter en de urbanisatiegraad lager is. In het onderzoek is getracht een antwoord te geven op de vraag uit welk gedeelte van de regio meer verwijzingen komen, waardoor een indruk gekregen kan worden welke van deze drie variabelen te weten afstand, urbanisatiegraad en verwijsmogelijkheden de meeste invloed uitoefenen op het verwijsgedrag van de huisarts.

Gegevens over de huisartsen

Belangstelling voor het specialisme psychiatrie, zich uitend in belangstelling voor psychische resp. psychosociale problematiek, speelt een rol in het verwijsgedrag van de huisarts. Dit houdt in dat ruime aandacht voor psychosociale diagnostiek en intensief contact met maatschappelijk werk en wijkverpleging leidt tot minder verwijzingen (Kruidenier, 1977), terwijl gebrek aan inzicht in psychosociale problemen tot meer verwijzingen leidt (De Melker, 1974). Verder kunnen de leeftijd en ervaring van de huisarts, en de grootte en de plaats van de praktijk verschillen in opstelling van de huisarts t.o.v. een psychiatrische verwijzing veroorzaken. De literatuur is nogal tegenstrijdig over de richting die deze huisartsgegevens aan het verwijscijfer geven. Een opleiding van jongere huisartsen, die zich meer richt op psychische problemen, en de nascholing van ook oudere huisartsen zullen het hanteren van deze problematiek in een gunstige richting kunnen veranderen. Meer oog voor deze problematiek kan n.l. enerzijds het aantal en de kwaliteit van de verwijzing verhogen, terwijl anderzijds meer opgevangen kan worden binnen het eerste echelon, door betere kennis van huisarts of andere eerste lijns werkers.

Methoden van onderzoek

Onderzocht werd het verwijsgedrag van de huisartsen uit de regio Leiden naar de Jelgersmapolikliniek. In 1977, het jaar waarin met het onderzoek begonnen werd, was 70% (609 patiënten) van het totaal aantal verwijzingen naar de polikliniek van deze huisartsen afkomstig.

Variabelen

Het verwijsgedrag werd in dit onderzoek geoperationaliseerd in aantal verwijzingen (in het vervolg genoemd de verwijfsrequentie) en ontwikkeling in de verwijfsrequentie over een aantal jaren (in het vervolg verwijfontwikkeling genoemd). Op basis van het totaal aantal verwijzingen naar de polikliniek in 1977 werd de verwijfsrequentie vastgesteld. Iedere huisarts uit de regio Leiden werd ingedeeld in één van de categorieën 'geen', 'klein aantal' of 'groot aantal'* verwijzingen. De verwijfontwikkeling werd vastgesteld aan de hand van het aantal verwijzingen per arts over de jaren 1973 t/m 1977. Hieruit resulteerden de categorieën 'niet verwezen', 'stabiel beeld' (nagenoeg gelijke aantallen over de afgelopen 5 jaar), 'dalende lijn' (per jaar geleidelijk steeds minder verwijzingen), 'stijgende lijn' (per jaar geleidelijk steeds meer verwijzingen) en 'instabiel beeld' (aantal verwijzingen verschilt tussen opeenvolgende jaren meer dan 5 patiënten). De hierboven genoemde factoren, bekendheid met – en de reputatie van de polikliniek, werden, evenals de gegevens over de huisarts zelf, onderzocht via een schriftelijke enquête (zie Werkwijze). Het plaatsaspect werd geoperationaliseerd als:

- urbanisatiegraad van de gemeente waar de huisarts is gevestigd volgens een indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek, in termen van plattelandsgemeente, verstedelijkte plattelandsgemeente en gemeente met een stedelijk karakter; deze worden in het vervolg resp. plattelandsgemeente, middelgrote stad en stad genoemd;
- afstand tussen huisartspraktijk en polikliniek in termen van 'dichtbij' (0-5 km), 'redelijke afstand' (5-15 km) en 'veraf' (verder dan 15 km);
- oost- resp. westkant van de regio ten opzichte van de Jelgersmapolikliniek. Dit is een grove indirecte maat voor verwijsmogelijkheden naar de andere AGGZ-instellingen in de regio; in het westen bestaan relatief veel verwijsmogelijkheden, in het oosten weinig. De Jelgersmapolikliniek zelf ligt in het zuidwestelijk deel van de regio.

Werkwijze

In eerste instantie werd een vooronderzoek gedaan om informatie te verzamelen voor een schriftelijke enquête met gecodeerde

* klein resp. groot aantal verwijzingen: aantal verwijzingen van de betreffende huisarts lag onder resp. boven de mediaan van het totaal aantal verwijzingen in 1977 ($M = 3.81$).

antwoordmogelijkheden, die aan alle huisartsen uit de regio Leiden zou worden toegezonden. Met één à twee vertegenwoordigers uit elke verwijs categorie werd een semi-gestructureerd interview gehouden over de eerder genoemde factoren, die ons inziens het verwijsgedrag kunnen beïnvloeden. Bij het interview werd gebruik gemaakt van een vragenlijst met open antwoordmogelijkheden. De vragen waren gebaseerd op onze eigen ideeën en op informatie uit het onderzoek van Shepherd (1966) en dat van Zweens-Wiersma (1968).

Het hoofdonderzoek bestond uit een schriftelijke enquête onder alle huisartsen uit de regio Leiden, uitgezonderd de 11 personen, die reeds in het vooronderzoek benaderd waren. Na het verzenden van de vragenlijst werd tweemaal gerappelleerd: de eerste keer schriftelijk na 14 dagen en vervolgens, wederom na 2 weken, telefonisch. Tabel 1 geeft een overzicht van de reacties.

Tabel 1: Reacties van huisartsen op de schriftelijke enquête

totaal verzonden	ontvangen	weigering medewerking	geen reactie
129	103	2	24
%	79,85	1,55	18,60

Resultaten

Bewerkingsmethode

Op basis van de rechte tellingen werden verschillende variabelen opnieuw ingedeeld. Dit betreft voornamelijk samenvoegingen van categorieën vanwege het feit, dat hierin zeer weinig respondenten vertegenwoordigd waren, zodat de resultaten beter interpreteerbaar werden. Verder werd de samenhang nagegaan tussen het verwijsgedrag en de variabelen die via de schriftelijke enquête onderzocht waren. In eerste instantie gebeurde dit d.m.v. kruistabellen, waarbij via de chi-kwadraattoets werd nagegaan of en in hoeverre de mate van samenhang tussen de twee onderzochte variabelen significant afwijkt van wat men op grond van kans (de randfrequenties der variabelen) kan verwachten. Is dit het geval dan kan men stellen dat de variabelen met elkaar samenhangen. Tot deze significantietest werd besloten, omdat de variabelen categorisch van aard zijn.

Een nadeel van deze bewerkingsmethode is dat het materiaal wordt opgesplitst in kleine aparte eenheden, die onderling ook kunnen samenhangen zonder dat dit duidelijk wordt. Hierdoor wordt bijv. geen zicht verkregen op eventuele verbanden tussen verwijsgedrag en combinaties van andere variabelen. Hangen bepaalde variabelen nauw met elkaar samen, en hangen zij als groep samen met verwijsgedrag, dan mag het geen verwondering wekken wanneer veel significante verbanden worden gevonden bij opsplitsing van het materiaal zoals in de procedure van de kruis-tabellering gebeurt. Men mag dan dus niet extra enthousiast wor-

den over zoveel duidelijke verbanden, omdat het in feite slechts gaat om één verband, nl. dat tussen verwijsgedrag en een samenhangend geheel van onafhankelijke variabelen (bijv. plaatsaspect). Een manier om een dergelijk samenhangend geheel te vinden is de multivariate analyse.

De mogelijkheid bestaat verder dat er d.m.v. een chi-kwadraat-analyse geen verband tussen variabelen apart gevonden wordt. Dit hoeft dan echter nog niet te betekenen dat er geen verband bestaat als men gegevens op multivariate wijze onderzoekt. Multivariaat zouden de variabelen net datgene kunnen opleveren, dat het verband duidelijk maakt. Om dit probleem op te lossen werd gebruik gemaakt van een multivariate analysetechniek voor categorische data, via het programma HOMALS (HOMogeneous Analysis of Least Squares), ontwikkeld door de afdeling Datatheorie van de Rijksuniversiteit te Leiden* (Van Rijkevorsel en De Leeuw, 1978). Deze bewerkingsmethode levert een ruimtelijke weergave van de samenhang tussen de onderzoeksgegevens. Personen (i.c. huisartsen), die in eenzelfde categorie** scoren, worden voorgesteld als dichtbij elkaar gelegen punten in de ruimte; categorieën die dezelfde personen kenmerken, liggen dichtbij elkaar. Aan categorieën en personen wordt een getalswaarde toegekend, zodanig dat er een ruimtelijke voorstelling resulteert met weinig dimensies en aantrekkelijk geometrische eigenschappen, zoals:

- categorieën en personen bevinden zich in een gezamenlijke ruimte;
- personen, die de meeste categorieën delen met andere personen, zijn representatief en nemen daardoor een centrale plaats in de ruimte in;
- personen, die het kleinste aantal categorieën met andere personen delen, zijn uniek en nemen daardoor een excentrische plaats in de ruimte in;
- personen, die op een unieke groep categorieën scoren, zijn homogeen en bevinden zich derhalve dicht bij elkaar in de ruimte;
- unieke groepen van categorieën zijn t.o.v. elkaar heterogeen en liggen derhalve separaat in de ruimte.

Er wordt niets voorondersteld over de verdeling der personen over de categorieën binnen een variabele of tussen variabelen. De enige eis die gesteld wordt is dat de categorieën binnen een variabele elkaar wederzijds uitsluiten. Getracht wordt een *onderliggende* 'latente' structuur te vinden, die de persoonspunten (representaties van de respondenten) zo goed mogelijk in elkaar uitsluiten-

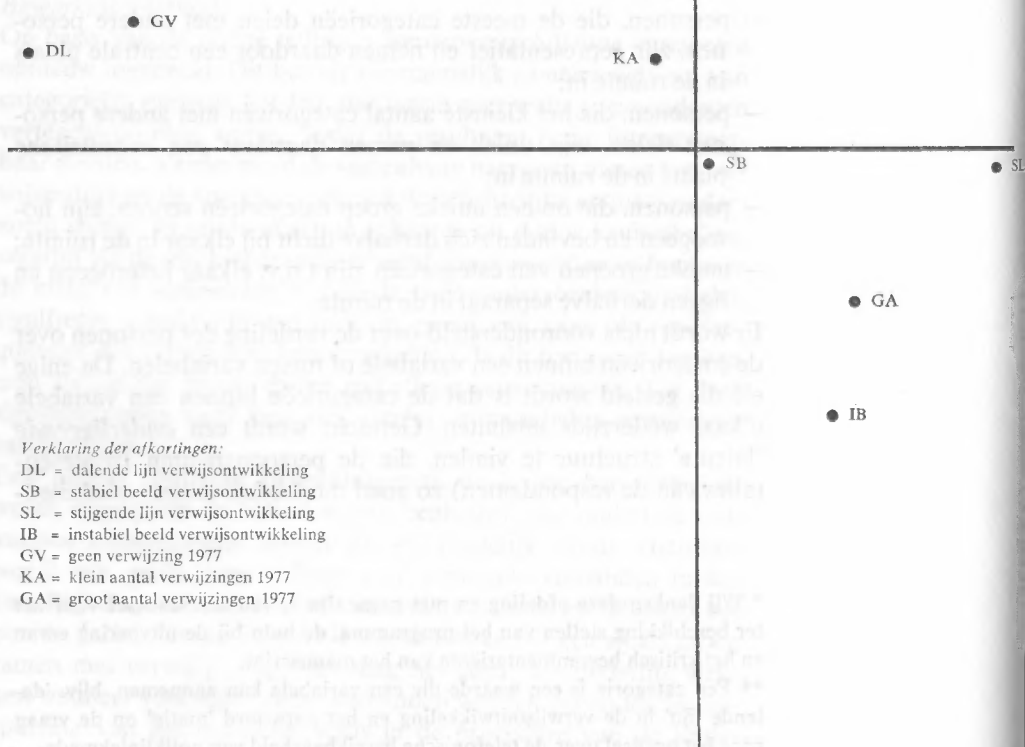
* Wij danken deze afdeling en met name drs J. van Rijkevorsel voor het ter beschikking stellen van het programma, de hulp bij de uitvoering ervan en het kritisch becommentariëren van het manuscript.

** Een categorie is een waarde die een variabele kan aannemen, bijv. 'dalende lijn' in de verwijzontwikkeling en het antwoord 'matig' op de vraag naar het oordeel over de telefonische bereikbaarheid van polikliniekmedewerkers.

de, unieke en daarom homogene groepen indeelt. Deze structuur hoeft niet overeen te komen met één der assen van de ruimtelijke weergave noch met een van te voren geformuleerd conceptueel idee; de onderzoeker bepaalt zelf of 'het plaatje' iets zinnigs betekent in termen van zijn onderzoek.

Generalisatie vanuit de steekproef naar de populatie is zonder extra empirische informatie of sterke aanvullende vooronderstellingen meestal niet mogelijk. Op grond van de resultaten van dit onderzoek kunnen wij dan ook alleen uitspraken doen over aan de enquête deelnemende huisartsen uit de regio Leiden en hun verwijzingen naar de Jelgersmapolikliniek en *niet* over verwijzingen

Figuur 1: Verwijsfrequentie en verwijsontwikkeling



gen van de gemiddelde huisarts naar de gemiddelde psychiatrische polikliniek.

Verband tussen verwijsfrequentie en verwijsontwikkeling

Alvorens in te gaan op de samenhang tussen het verwijsgedrag en de onderzochte variabelen, bespreken wij in deze paragraaf het verband tussen verwijsfrequentie en -ontwikkeling en in de volgende paragraaf de samenhang tussen verwijsgedrag en plaatsaspect enerzijds en het al of niet deelnemen aan de enquête anderzijds.

De HOMALS-oplossing (figuur 1) over verwijsfrequentie en -ontwikkeling toont dat de categorie verwijzers met een stijgende lijn en degenen met een instabiel beeld dicht bijeen liggen. M.a.w. zij komen op de variabele verwijsfrequentie sterk met elkaar overeen. Dit gegeven, samen met het lage aantal verwijzers 'instabiel beeld' (N = 8) was reden hen tot één categorie samen te voegen, te weten de verwijzers 'stijgende lijn'.

Tabel 2: Verwijsfrequentie 1977 vs verwijsontwikkeling 1973 t/m 1977

	niet verwezen	dalende lijn	stabiel beeld	stijgende lijn	totaal
geen verwijzing	3	7	9	0	19
klein aantal verwijzingen	0	4	47	2	53
groot aantal verwijzingen	0	1	31	25	57
totaal	3	12	87	27	129

chi-kwadraat = 68,40 df = 6 p = 0,001

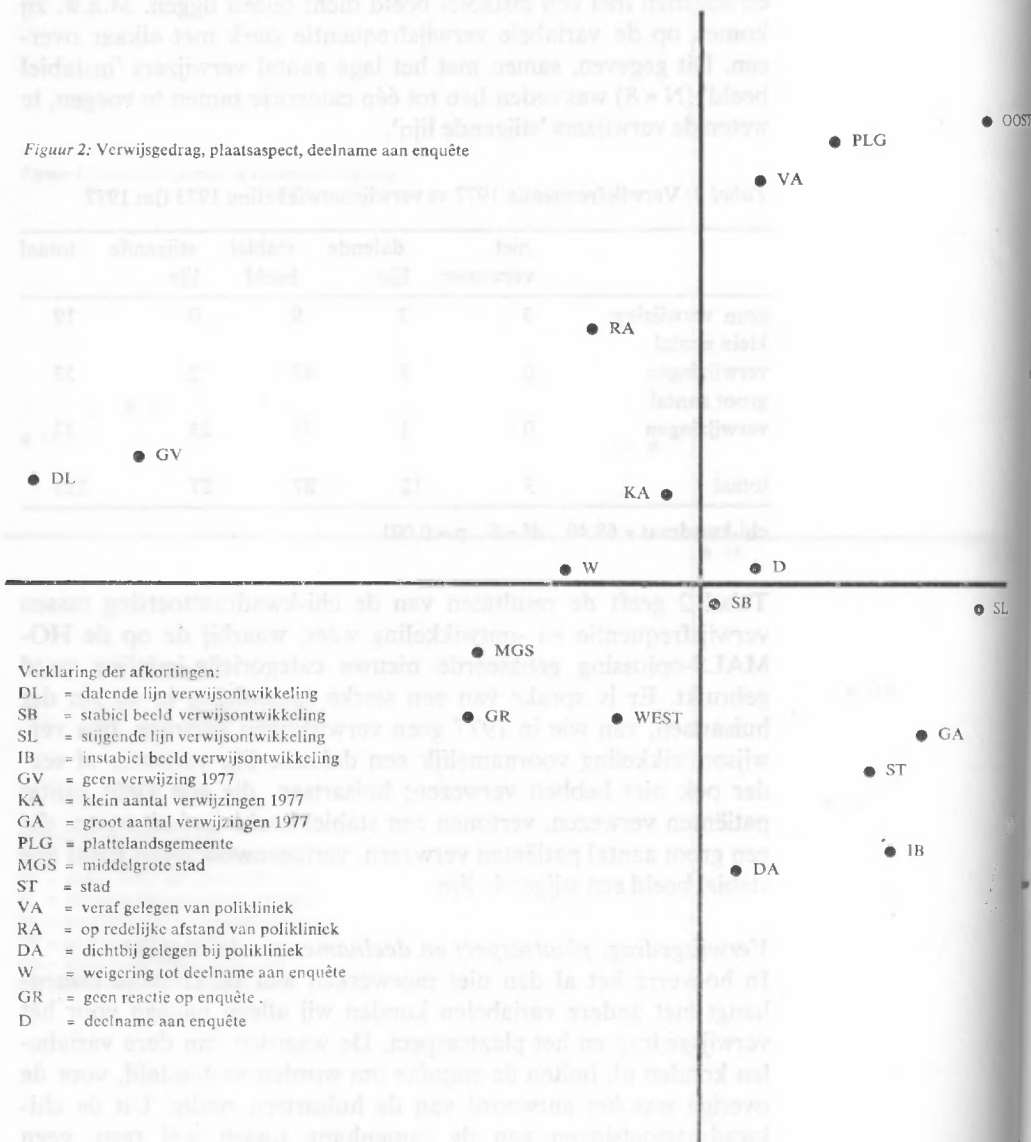
Tabel 2 geeft de resultaten van de chi-kwadraattoetsing tussen verwijsfrequentie en -ontwikkeling weer, waarbij de op de HOMALS-oplossing gebaseerde nieuwe categorieën-indeling werd gebruikt. Er is sprake van een sterke samenhang in de zin dat huisartsen, van wie in 1977 geen verwijzingen kwamen, qua verwijsontwikkeling voornamelijk een dalende lijn vertonen of eerder ook niet hebben verwezen; huisartsen, die een klein aantal patiënten verwezen, vertonen een stabiel beeld en huisartsen, die een groot aantal patiënten verwezen, vertegenwoordigen naast een stabiel beeld een stijgende lijn.

Verwijsgedrag, plaatsaspect en deelname aan de enquête

In hoeverre het al dan niet meewerken aan de enquête samenhangt met andere variabelen konden wij alleen nagaan voor het verwijsgedrag en het plaatsaspect. De waarden van deze variabelen konden nl. buiten de enquête om worden vastgesteld, voor de overige was het antwoord van de huisartsen nodig. Uit de chi-kwadraattoetsingen van de samenhang tussen wel resp. geen reactie en verwijsfrequentie, -ontwikkeling, afstand van de prak-

tijk t.o.v. de polikliniek, urbanisatiegraad van de gemeente waar de huisarts gevestigd is en oost- resp. westkant van de regio bleken geen duidelijke verschillen tussen huisartsen, die wel en die niet aan de enquête deelnamen. Dit kan mogelijk verklaard worden door het relatief geringe aantal niet deelnemende huisartsen ($N = 26 = 20,15\%$). De enige – voorlopige – conclusie, die wij op basis van de HOMALS-oplossing (figuur 2) zouden kunnen trekken, is dat huisartsen, die niet op de enquête reageerden, voornamelijk vertegenwoordigd worden door hen, die hun praktijk in een middelgrote stad in het westen van de regio uitoefenen.

Figuur 2: Verwijsgedrag, plaatsaspect, deelname aan enquête



Verklaring der afkortingen:

- DL = dalende lijn verwijsontwikkeling
- SB = stabiel beeld verwijsontwikkeling
- SL = stijgende lijn verwijsontwikkeling
- IB = instabiel beeld verwijsontwikkeling
- GV = geen verwijzing 1977
- KA = klein aantal verwijzingen 1977
- GA = groot aantal verwijzingen 1977
- PLG = plattelandsgemeente
- MGS = middelgrote stad
- ST = stad
- VA = veraf gelegen van polikliniek
- RA = op redelijke afstand van polikliniek
- DA = dichtbij gelegen bij polikliniek
- W = weigering tot deelname aan enquête
- GR = geen reactie op enquête
- D = deelname aan enquête

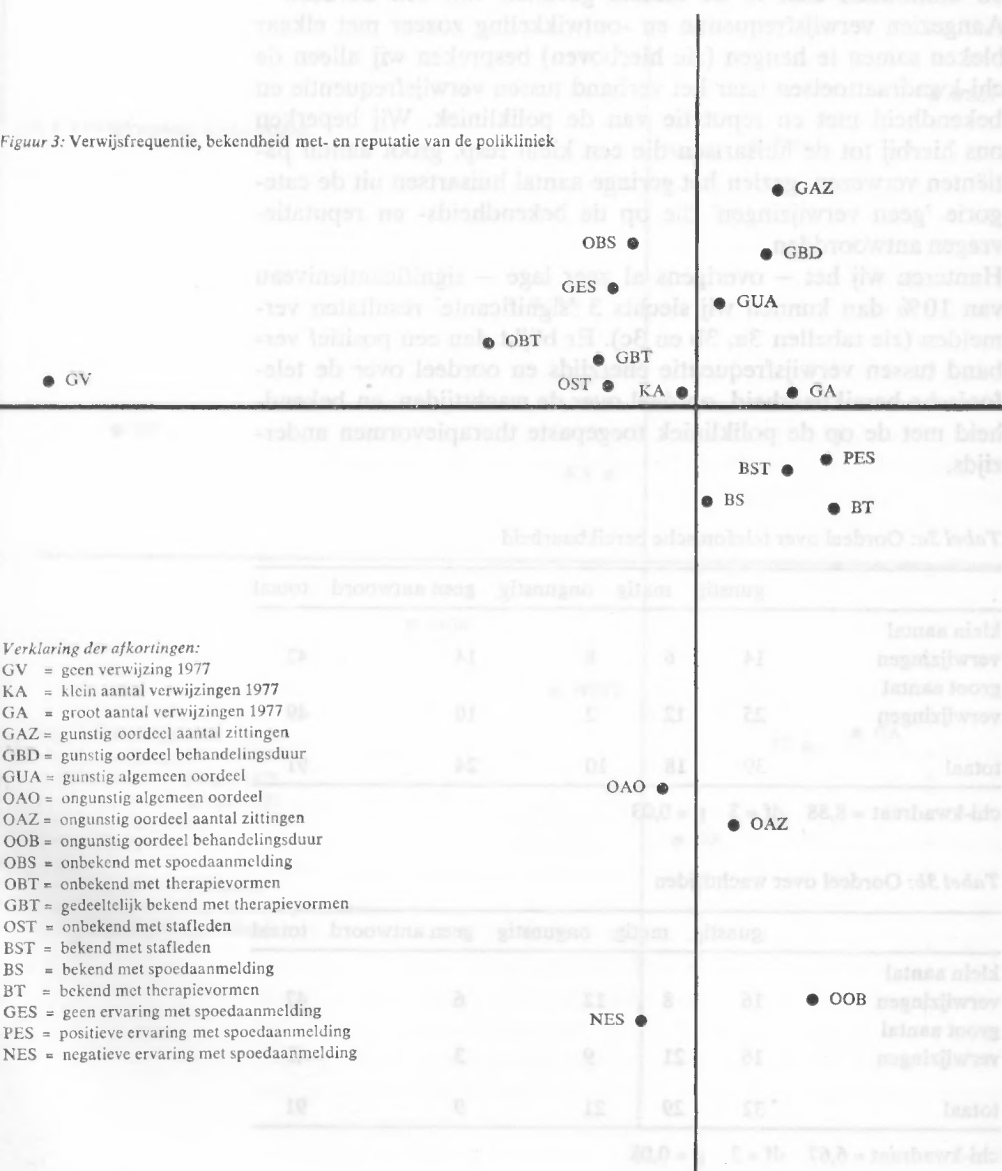
Verschillen tussen diverse categorieën verwijzers

In deze paragraaf worden de verschillende categorieën verwijzers achtereenvolgens vergeleken op bekendheid met – en reputatie van de polikliniek, het plaatsaspect en de huisartsvariabelen.

Bekendheid met –, en reputatie van de polikliniek – De mate van bekendheid werd gemeten door de huisartsen te vragen naar hun kennis over de op de polikliniek toegepaste therapievormen, bekendheid met de stafleden en met de mogelijkheid tot spoedaanmelding.

De reputatie van de polikliniek bepaalden wij door het oordeel van de huisartsen te vragen over de behandeling in het algemeen, de behandelingsduur en de zittingsfrequentie, de lengte en de in-

Figuur 3: Verwijsfrequentie, bekendheid met- en reputatie van de polikliniek



houd van de intake- en de ontslagbrief, de wachttijden en de telefonische bereikbaarheid van de medewerkers en door hen te vragen naar positieve c.q. negatieve ervaringen met spoedaanmelding. De HOMALS-oplossing (figuur 3) over deze variabelen met verwijsgedrag leidt tot de conclusie dat bekendheid te maken heeft met al of niet verwijzen en *niet* met verwijfsrequentie of verwijsoontwikkeling. Kijken we naar de reputatie van de polikliniek, dan lijken de huisartsen met een groot aantal verwijzingen in 1977 iets gunstiger te oordelen dan huisartsen, die een klein aantal patiënten doorverwezen. Deze laatste categorie geeft een meer gedifferentieerd oordeel. Huisartsen, van wie in 1977 geen verwijzingen kwamen, zijn, zoals te verwachten, onbekend met de polikliniek en onthouden zich in de meeste gevallen van een oordeel.

Aangezien verwijfsrequentie en -ontwikkeling zozeer met elkaar bleken samen te hangen (zie hierboven) bespreken wij alleen de chi-kwadraattoetsen naar het verband tussen verwijfsrequentie en bekendheid met en reputatie van de polikliniek. Wij beperken ons hierbij tot de huisartsen die een klein resp. groot aantal patiënten verwezen, gezien het geringe aantal huisartsen uit de categorie 'geen verwijzingen' die op de bekendheids- en reputatievragen antwoordden.

Hanteren wij het — overigens al zeer lage — significantieniveau van 10% dan kunnen wij slechts 3 'significante' resultaten vermelden (zie tabellen 3a, 3b en 3c). Er blijkt dan een positief verband tussen verwijfsrequentie enerzijds en oordeel over de telefonische bereikbaarheid, oordeel over de wachttijden, en bekendheid met de op de polikliniek toegepaste therapievormen anderzijds.

Tabel 3a: Oordeel over telefonische bereikbaarheid

	gunstig	matig	ongunstig	geen antwoord	totaal
klein aantal verwijzingen	14	6	8	14	42
groot aantal verwijzingen	25	12	2	10	49
totaal	39	18	10	24	91

chi-kwadraat = 8,88 df = 3 p = 0,03

Tabel 3b: Oordeel over wachttijden

	gunstig	matig	ongunstig	geen antwoord	totaal
klein aantal verwijzingen	16	8	12	6	42
groot aantal verwijzingen	16	21	9	3	49
totaal	32	29	21	9	91

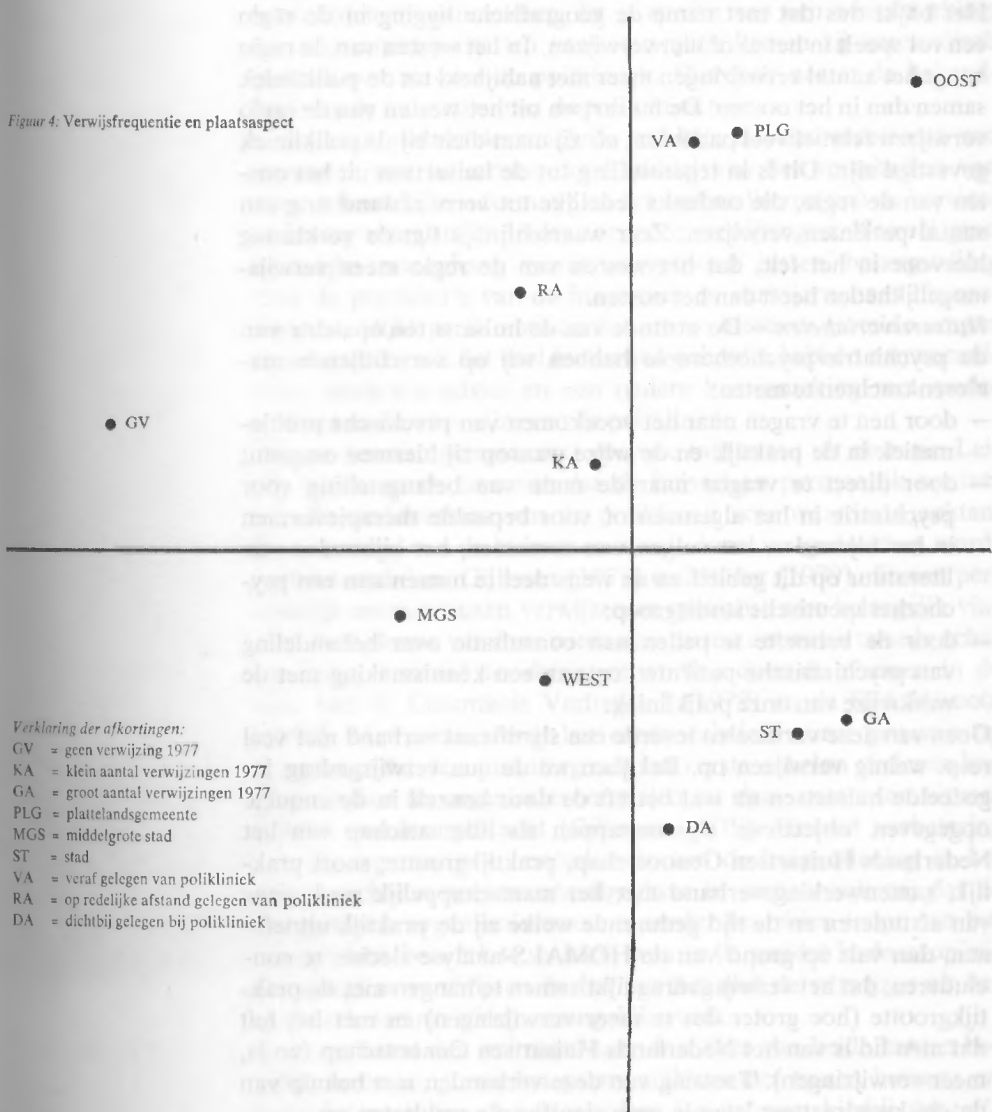
chi-kwadraat = 6,67 df = 3 p = 0,08

Tabel 3c: Bekendheid met toegepaste therapievormen

	bekend	gedeeltelijk	onbekend	totaal
klein aantal verwijzingen	16	21	5	42
groot aantal verwijzingen	15	33	1	49
totaal	31	54	6	91

 χ^2 -kwadraat = 4,86 $df = 2$ $p = 0,09$

Plaatsaspect – Figuur 4 toont de HOMALS-oplossing voor het verband tussen verwijsfrequentie en plaatsaspect.

Figuur 4: Verwijsfrequentie en plaatsaspect


Op grond hiervan kan het volgende profiel van de verschillende categorieën verwijzers worden gegeven:

- huisartsen, die afkomstig zijn uit een dicht bij de polikliniek gelegen stad in het westen van de regio, verwezen in 1977 relatief veel patiënten;
- huisartsen, die in 1977 een klein aantal patiënten verwezen, bevinden zich op redelijke tot verre afstand van de polikliniek, zowel in plattelandsgemeenten als (middelgrote) steden; in vergelijking met de andere verwijzers komen zij relatief het meest uit het oosten van de regio;
- huisartsen, die in 1977 niet verwezen, komen meer uit het westen dan uit het oosten van de regio, uit middelgrote steden, die zowel op redelijke afstand als veraf van de polikliniek liggen.

Het blijkt dus dat met name de geografische ligging in de regio een rol speelt in het al of niet verwijzen. In het westen van de regio hangt het aantal verwijzingen meer met nabijheid tot de polikliniek samen dan in het oosten. De huisartsen uit het westen van de regio verwijzen relatief veel patiënten, *als* zij maar dichtbij de polikliniek gevestigd zijn. Dit is in tegenstelling tot de huisartsen uit het oosten van de regio, die ondanks redelijke tot verre afstand nog een aantal patiënten verwijzen. Zeer waarschijnlijk ligt de verklaring hiervoor in het feit, dat het westen van de regio meer verwijsmogelijkheden heeft dan het oosten.

Huisartsvariabelen — De attitude van de huisarts ten opzichte van de psychiatrie/psychotherapie hebben wij op verschillende manieren trachten te meten:

- door hen te vragen naar het voorkomen van psychische problematiek in de praktijk en de wijze waarop zij hiermee omgaan;
- door direct te vragen naar de mate van belangstelling voor psychiatrie in het algemeen of voor bepaalde therapievormen in het bijzonder, het volgen van cursussen, het bijhouden van literatuur op dit gebied en de wens deel te nemen aan een psychotherapeutische studiegroep;
- door de behoefte te peilen aan consultatie over behandeling van psychiatrische patiënten en aan een kennismaking met de werkwijze van onze polikliniek.

Geen van deze variabelen leverde een significant verband met veel resp. weinig verwijzen op. Bekijken we de qua verwijsgedrag ingedeelde huisartsen nu wat betreft de door henzelf in de enquête opgegeven 'objectieve' eigenschappen als lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap, praktijkgrootte, soort praktijk, samenwerkingsverband met het maatschappelijk werk, jaar van afstuderen en de tijd gedurende welke zij de praktijk uitoefenen, dan valt op grond van de HOMALS-analyse slechts te concluderen, dat het verwijsgedrag lijkt samen te hangen met de praktijkgrootte (hoe groter des te meer verwijzingen) en met het feit dat men lid is van het Nederlands Huisartsen Genootschap (zo ja, meer verwijzingen). Toetsing van deze verbanden met behulp van de chi-kwadraattest leverde geen significante resultaten op.

Discussie

Uit bovenstaande resultaten blijkt verwijsgedrag van de huisartsen uit de regio Leiden naar de Jelgersmapolikliniek slechts in zeer geringe mate samen te hangen met de door ons onderzochte factoren. De niet opzienbarende samenhangen kunnen toch enige consequentie hebben voor het beleid dat vanuit een psychiatrische polikliniek gevoerd wordt, zodat wij deze hier nader zullen bespreken. Huisartsen verwijzen kennelijk meer als zij bekend zijn met de werkwijze, met name de toegepaste therapievormen van de polikliniek. Voorts lijken meer verwijzingen samen te gaan met een gunstig oordeel over dienstverleningsaspecten van de polikliniek als telefonische bereikbaarheid van de medewerkers en wachttijden bij aanmelding. Er is sprake van een wisselwerking, d.w.z. wanneer huisartsen vaak verwijzen komen zij automatisch meer in contact met de polikliniek. Hierdoor neemt de bekendheid van de huisartsen met de polikliniek toe.

Hieruit kunnen we de conclusie trekken, dat het verbeteren van contacten met huisartsen door middel van het verschaffen van meer inhoudelijke informatie en het optimaliseren van de serviceverlening zou kunnen leiden tot meer verwijzingen. Hoewel geen duidelijke samenhang wordt aangetoond tussen belangstelling voor de psychiatrie van de huisartsen en verwijzen naar dit specialisme, blijkt uit de antwoorden op de hierover gestelde vragen in de enquête wel dat veel huisartsen behoefte hebben aan consultatie, medicatie-advies en een nadere kennismaking met medewerkers en de werkwijze van de polikliniek.

Op een kennismakingsavond voor de huisartsen uit de regio Leiden bleek uit de discussie dat de huisartsen persoonlijk contact met de medewerkers van de polikliniek zeer waardevol achten. Deze mening van de huisartsen wordt door ons gedeeld en wordt ondersteund door Gillissen (1979) en Mulder (1979), die een persoonlijk contact tussen verwijzer en specialist zeer belangrijk vinden. De opbouw van deze contacten tussen eerste en tweede echelon dreigt evenwel doorkruist te worden door de plannen in de nota van de Commissie Verhagen I (1979) en de RIAGG-nota (1978). Met name vanuit het eerste echelon wordt gewezen op het gevaar dat de aansluiting met het eerste echelon verloren kan gaan, indien de organisatievoorstellen uit deze nota's ten uitvoer zouden worden gebracht (Gillissen, 1979). Hoewel verbetering van de organisatie en coördinatie van de hulpverlening in het tweede echelon geen overbodige luxe is, menen ook wij dat de voorgestelde organisatiestructuur eerder het risico loopt een bureaucratisch bolwerk te worden, waarin de patiënt in de anonimiteit dreigt te verdwijnen én het contact met de verwijzer uit het eerste echelon praktisch onmogelijk wordt.

De vraag komt dan wel naar voren hoe deze van beide kanten bepleite verbetering van het persoonlijk contact tussen huisarts en specialist gerealiseerd kan worden. We kunnen hierbij vanzelfsprekend alleen vanuit onze positie als psychiatrische polikliniek

spreken. Er kan gestreefd worden naar kwaliteitsverhoging van de verwijzing, hetgeen inhoudt dat de huisarts enerzijds psychosociale problemen eerder signaleert, waardoor hij gericht en op het juiste moment verwijst en de patiënt beter voorbereidt op de verwijzing, en anderzijds beter zicht krijgt op zijn eigen behandelingsmogelijkheden.

Inspanningen vanuit het tweede echelon zouden theoretisch de hulpvraag voor specialistische behandeling kunnen verminderen en tot resultaat kunnen hebben dat een aantal problemen voortaan opgelost worden binnen het eerste echelon door professionele hulpverleners zoals huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleging en door non-professionele hulpverleners, zoals sleutelfiguren en vertrouwde personen. Wij zijn het echter eens met het scepticisme hierover van Posthuma en van der Zee (1977), die stellen dat 'de omvang van de eerstelijnsvoorzieningen geen tegenwicht kan bieden tegen de dominante invloed van de omvang van de klinische voorzieningen'.

Ondanks deze kritische kanttekening bij plannen om de contacten met het eerste echelon te verbeteren, lijkt het ons zeer nuttig als het tweede echelon in het eerste echelon de rol gaat innemen van consultatiegever met als primair doel het verbeteren van de omgang met psychische problemen. Deze consultatie is een vorm van indirecte hulpverlening, waarbij zowel eenmalig advies gegeven kan worden, en zware problematiek kan worden overgenomen, als een langdurige consultatieve begeleiding geboden kan worden (Gersons, 1977). Deze lijn volgend hebben wij het voornemen een consultatie-overleg met huisartsen op te bouwen. Door middel van onderzoek hopen wij het effect hiervan op het verwijzgedrag, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin, na te gaan.

Literatuur

- Anderson, J. G. (1976), A social system model of hospital utilization. *Health Services Research*, 11, 271-287. (In: Tussen eerste en tweede echelon).
- Drop, M. J. (1972), Kenmerken van gemeenten en verschillen in afwijkend en ziektegedrag: dimensies in coping behavior. *Sociale Gids*, 17 (a). (In Tussen eerste en tweede echelon).
- Es, J. C. v., & H. R. Pijlman (1970), Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap*, 13, 433-439.
- Gersons, B. P. R. (1977), *De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie*. Samsom, Alphen a. d. Rijn.
- Giel, R. (1972), Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 15, 203-209.
- Gillissen, J. (1979), Het gezondheidscentrum als eerste lijn in de psychiatrie. *Voordracht gehouden op congres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie*, april 1979.
- Hirs, W. M., & C. M. H. Hosman (1975), Psychiatrische problematiek en de centrale positie van de huisarts. *Metamedica*, 2, 54, 49-56.
- Huygen, W. M., & R. A. de Melker (1973), Over het verwijzen van de huisarts. *Medisch Contact*, 28, 1299-1302.
- Interim-rapport van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Ge-*

- zondheidszorg, (1978), (Rapport Commissie van Londen), Leidschen-
dam.
- Kruidenier, H. J. (1977), Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijz-
patroon. *Inzet* 1, 1, 32-39.
- Linden, J. M. G. C. M. F. v. d. (1977), Een jaar na aanmelding. *Referaat
Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden-Jelgersmakliniek* nr. 102.
- Melker, R. A. de (1974), Proefonderzoek naar verwijsgewoonten van een
groep huisartsen, *Huisarts en Wetenschap*, 17, 289-294.
- Mulder, J. D. (1979), De eerste lijn en de psychotherapeutische adviseurs.
Voordracht gehouden op congres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie,
april 1979.
- Oliemans, R. (1966), *Morbiditeit in de huisartsenpraktijk*. Stenfert Kroese,
Leiden.
- Posthuma, B. H. & J. v. d. Zee (1977), *Tussen eerste en tweede echelon*. Rap-
port van het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht en het Instituut
voor Sociaal Medische Wetenschap, Groningen.
- Praag, B. M. S. v., J. v. d. Graaf en F. F. H. Rutten (1973), *Vraag-aanbod
relaties in de gezondheidszorg Leiden*. (In: tussen eerste en tweede
echelon).
- Ruhe, H. A. M. (1967), Over de verwijsgewoonten in de huisartsenpraktijk.
Huisarts en Wetenschap, 10, 281.
- Rijkevorsel, J. van, & J. de Leeuw (1978), *An outline to HOMALS-I*, LB
002-78, Department of Data theory, University of Leiden, The Nether-
lands.
- Shepherd, M., B. Cooper, A. C. Brown & G. Halton (1966), *Psychiatric ill-
ness in general practice*. Oxford University Press.
- Verhagen, Commissie (1979). Discussienota psychotherapie. *Tijdschrift voor
Psychotherapie* 5, 2, 102-109.
- Weerden-Dijkstra, J. R., & D. Wijkkel (1975), Mededelingen uit het centrale
patiëntenregister, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 17, 522-535.
- Zweens-Wiersma, A. C. (1968), *Huisarts en geestelijke gezondheid*, Boom,
Meppel.