



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (M.J. Emmen
P.F.M. Verhaak, *Capaciteit, hulpverlening en
patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*,
NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in
PDF-format op www.nivel.nl

Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006

M.J. Emmen
P.F.M. Verhaak

ISBN 978-90-6905-863-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond van het onderzoek	5
1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign	6
1.3 Verdere indeling van dit rapport	8
2 Methode van onderzoek	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Samenvattend overzicht van de dataverzameling	9
2.3 Huisartsen	10
2.4 Algemeen Maatschappelijk Werk	14
2.5 Eerstelijnspsychologen	16
2.6 Dataverzameling op regionaal niveau	18
3 Resultaten: Capaciteit	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Ontwikkelingen in de capaciteit bij huisartsen	21
3.3 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau	22
3.4 Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen	22
3.5 Capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ, uitgesplitst in regio's.	23
4 Resultaten: probleemaanbod	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen	27
4.3 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij het AMW	32
4.4 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij eerstelijnspsychologen	34
4.5 Aanbod van psychische problemen op regionaal niveau	37
5 Resultaten: verwijsstromen	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Ontwikkelingen in de verwijsstromen bij huisartsen	43
5.3 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij het AMW	45
5.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog	46
5.5 Verwijsstromen op regionaal niveau	49
6 Discussie	53
6.1 Inleiding	53
6.2 De onderzoeksvragen	53
6.3 Onderzoekstechnische kanttekeningen	58
6.4 Overwegingen voor de toekomst	59

Literatuur	63
Afkortingenlijst	65
Bijlage 1: Capaciteit, probleemaanbod en verwijfsstromen bij huisartsen op regionaal niveau in 2005	67
Bijlage 2: Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ	71

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Acht jaar geleden kondigde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal maatregelen aan waarmee de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg versterkt zou worden (Ministerie van VWS, 1999). Met behulp van deze maatregelen zou de huisarts, ondersteund door Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijnspsycholoog (ELP), in staat moeten zijn om als poortwachter op te treden bij de toenemende stroom aan psychische problemen. De tweedelijns GGZ, waarop een steeds groter beroep werd gedaan in de loop van de jaren, zou zo ontlast moeten worden. De maatregelen hadden betrekking op de capaciteit (stimuleringsmaatregel voor AMW; toegankelijk maken van de eerstelijnspsycholoog door opname in het toenmalige ziekenfonds), op de bevordering van de onderlinge samenwerking binnen de eerstelijns, op de ondersteuning van de eerstelijns door de tweedelijns GGZ door middel van consultatieve ondersteuning en op de deskundigheidsbevordering van de eerstelijns. In een landelijk evaluatieonderzoek, uitgevoerd door NIVEL in samenwerking met Trimbos-instituut en SGBO (Onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten), werd vastgesteld dat in een aantal opzichten de versterkende maatregelen hun doel bereikt hadden (toename capaciteit, verbetering relatie huisarts – tweedelijns GGZ), en dat in andere opzichten nog geen resultaten zichtbaar waren of nog niet verwacht mochten worden. Zo werd op het moment van de eindmeting de tweedelijns GGZ nog niet aantoonbaar ontlast, en was toename van de samenwerking binnen de eerstelijns nog niet goed vast te stellen (Meijer en Verhaak, 2004). In het kader van die evaluatie werd aanbevolen om een aantal belangrijke parameters te blijven volgen: de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, de eerstelijns GGZ die daadwerkelijk verleend werd en de verwijsstromen. Dit is belangrijk want op deze manier kan nagegaan worden of eerder getroffen beleidsmaatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken effectief zijn op lange termijn en of de gemeten effecten van de maatregelen beklijven. De periodieke monitoring biedt ook de mogelijkheid om op regionaal niveau feedback te geven over mogelijke lacunes in het zorgaanbod om op die manier tot een betere regie te komen, waardoor het zorgaanbod aangepast kan worden aan de heersende zorgbehoefte. De resultaten kunnen een bijdrage leveren aan het totstandkomen van regionale zorgvisies en een ondersteuning vormen voor de beleidsontwikkeling van plaatselijke zorgverzekeraars. Verder kunnen bedoelde en onbedoelde effecten van nieuwe beleidsmaatregelen vastgesteld worden. Omdat de Overheid de ontwikkelingen in het aanbod aan GGZ meer aan vraag en aanbod wil overlaten, en voor zichzelf voornamelijk een rol ziet weggelegd als bewaker van de kwaliteit van zorg, is het zaak dat men zicht houdt op de wijze waarop capaciteit, het probleemaanbod en verwijsstromen in de eerstelijns GGZ zich ontwikkelen.

In 2006 is het eerste rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ verschenen. (Emmen & Verhaak, 2006) In dit rapport zijn landelijke en regionale ontwikkelingen in de hulpverleningscapaciteit, de hulpverlening en verwijsstromen in de eerstelijns GGZ vanaf 1998 tot 2004 in kaart gebracht. Met betrekking tot de hulpverleners capaciteit werd gevonden dat het aantal eerstelijnspsychologen in de afgelopen jaren is toegenomen en dat de capaciteit uitvoerend AMW zich na de stimuleringsmaatregel aan het stabiliseren is. De tijdelijke stimuleringsmaatregel voor het AMW hield in dat VWS vanaf 2001 extra fte AWM subsidieerde op voorwaarde dat de gemeente in 2003 de helft van de uitbreiding voor zijn rekening nam. Het aanbod aan psychische problematiek is vrijwel constant gebleven bij de diverse groepen behorende tot de eerstelijns GGZ. Wel is op te merken dat het AMW door de jaren heen steeds meer cliëntsystemen is gaan behandelen voor materiële problemen en dat bij de eerstelijnspsycholoog een geringe verschuiving plaatsvindt in het benoemen van problemen van psychisch naar relationeel. Over de jaren neemt het gemiddeld aantal contacten van een cliënt met een AMW-er toe en het gemiddeld aantal contacten van een cliënt met een eerstelijnspsycholoog af. In de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ is in de afgelopen jaren weinig veranderd. Indien de resultaten voor de regio's Noord, Zuid, Oost en West afzonderlijk bekeken worden, zijn er diverse verschillen in hulpverlenerscapaciteit, aanbod aan psychische problemen en verwijsstromen te constateren.

De gegevens van het monitor rapport uit 2006 leken er nog niet op te wijzen dat psychische en sociale problemen, indien mogelijk vaker binnen de eerstelijns GGZ behandeld worden. Er werd aanbevolen rekening te houden met regionale verschillen in capaciteit, hulpverleningsaanbod en verwijzingen, en de eerstelijns GGZ te blijven monitoren omdat veranderingen mogelijk pas op langere termijn zichtbaar worden.

Dit rapport is een vervolg op het eerste rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. In deze vervolgmonitor worden tot en met het jaar 2005 en indien mogelijk 2006 de hulpverlenerscapaciteit van de eerstelijns GGZ, de geleverde zorg bij psychische problemen door de eerstelijns GGZ en verwijzingen in de eerstelijns GGZ in kaart gebracht.

1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign

Het doel van deze monitor is het op periodieke basis verzamelen van kerngetallen betreffende de capaciteit van eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, Eerstelijnspsycholoog), het probleemaanbod en de verwijsstromen tussen deze partijen naar aanleiding van psychische problematiek in de eerstelijns. In 2006 is de eerste monitor verschenen, dit wordt de tweede ofwel vervolg monitor.

Onderzoeksvragen

Met deze monitor wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

- I Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van:*
 - *I hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ*

- 2 de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden
- 3a. verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ
- 3b verwijsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ

II Zijn er op regionaal niveau verschillen in de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, het aanbod aan psychische problematiek in de eerstelijns GGZ en de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ?

Ad 1.hulpverleningscapaciteit

In de eerstelijns GGZ gaat het in de eerste plaats om de hulpverleningscapaciteit van de huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. Bij het vaststellen van de capaciteit aan huisartsen zal uitgegaan worden van het beschikbare aantal fte aan huisartsen. Aangezien psychische problemen in de huisartspraktijk maar een klein deel van het totale probleemaanbod uitmaken, en huisartsen hierin bovendien onderling verschillen, zal bij de vaststelling van de capaciteit rekening gehouden worden met het aandeel van psychische problemen in het totale aanbod.

Bij het vaststellen van de capaciteit aan AMW gaan we uit van de beschikbare fte uitvoerend AMW per instelling. Omdat niet alle werkzaamheden van het AMW tot de geestelijke gezondheidszorg behoren, zal er rekening gehouden worden met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt. Wat betreft hulpverleningscapaciteit betreffende de signalering, diagnostiek en behandeling van psychische of psychosociale problemen is de positie van de eerstelijnspsycholoog eenduidig. In principe zijn al zijn of haar hulpverleningscontacten daarop gericht. We kunnen ons wat deze beroepsgroep betreft beperken tot de vaststelling van het aantal zelfstandig gevestigde eerstelijnspsychologen.

Ad 2. prevalentie van psychische problematiek

Voor huisartsen en AMW is het van belang om het aandeel dat psychische problematiek op het geheel van hun probleemaanbod inneemt, in beschouwing te nemen. Daarnaast is het relevant om te monitoren, in hoeverre bepaalde psychische problemen binnen de eerstelijns GGZ behandeld worden en in hoeverre ze doorverwezen worden naar de tweedelijns GGZ.

Ad 3. verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van eerstelijns naar tweedelijns GGZ

Om te kunnen monitoren in hoeverre de eerstelijns kans ziet de tweedelijns GGZ te ontlasten door meer binnen de eerstelijns te behandelen is het belangrijk om jaarlijks te blijven volgen in welke mate en met welke indicaties de onderscheiden partners in de eerstelijns GGZ over en weer verwijzen. Het gaat hier vooral om verwijzingen van de huisarts naar AMW en de eerstelijnspsycholoog. Daarnaast moet gevolgd worden hoeveel patiënten met welke indicatie door de diverse eerstelijns hulpverleners naar de tweedelijns GGZ verwezen worden.

Dataverzameling

Bij de dataverzameling is vooral uitgegaan van bestaande databases (Landelijk

Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH); MADI-Monitor (Monitor van Maatschappelijke Dienstverlening); Codeboek van de Eerstelijnspsychologen). Ten behoeve van een betere monitoring van het werk van eerstelijnspsychologen heeft het NIVEL in 2006 het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP) opgezet. Alle gegevens zijn op landelijk niveau verzameld. Daarnaast worden de gegevens voor de vier regio's noord, zuid, oost, west gepresenteerd. Meer gedetailleerde informatie over de methode van onderzoek is te vinden in hoofdstuk 2.

1.3 Verdere indeling van dit rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode van onderzoek. Er wordt een overzicht gegeven van alle databestanden die gebruikt zijn voor dit rapport met een beschrijving van de manier waarop de gegevens verzameld zijn. De hoofdstukken 3, 4 en 5 geven respectievelijk een beeld van de ontwikkelingen in de hulpverleningscapaciteit, hulpverlening (het aanbod van psychische problemen en kenmerken van de hulpverlening) en verwijsstromen. Dit gebeurt iedere keer eerst op landelijk niveau en aan het eind van het hoofdstuk op regionaal niveau. In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste resultaten samengevat en zullen conclusies geformuleerd worden.

2 Methode van onderzoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. De diverse databestanden die voor dit rapport gebruikt zijn, zullen toegelicht worden. De dataverzameling is gericht op de drie kerndisciplines van de eerstelijns GGZ: de huisarts, de algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijnspsycholoog.

In paragraaf 2.2 wordt een samenvattend overzicht gepresenteerd van de dataverzameling. Vervolgens worden in de paragrafen 2.3, 2.4, en 2.5 respectievelijk de dataverzameling voor de huisartsen, het AMW en de eerstelijnspsychologen besproken. In paragraaf 2.6 wordt beschreven hoe de dataverzameling op regionaal niveau tot stand gekomen is.

Om de gegevens van de eerstelijns GGZ hulpverleners over de verschillende jaren in kaart te kunnen brengen, wordt vooral gebruik gemaakt van bestaande data. Deze bronnen missen soms gegevens. Ook de jaren waarin de data verzameld waren, komen niet altijd overeen. Bovendien worden er in sommige oude databestanden andere categorieën gebruikt waardoor het lastig is om gegevens over meerdere jaren met elkaar te vergelijken. Gezien deze variatie in gegevens over de jaren, is het niet mogelijk om de verschillen over de diverse jaren te toetsen. Er kan dus ook niet echt van een toename en afname gesproken worden, maar er kunnen alleen trends over de tijd beschreven worden.

2.2 Samenvattend overzicht van de dataverzameling

In tabel 2.1 wordt een samenvattend overzicht van de dataverzameling gegeven. Per kerndiscipline wordt aangegeven welke databases gebruikt zijn om de capaciteit, het probleemaanbod en de verwijsstromen te kunnen vaststellen. Voor het berekenen van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ per 100.000 inwoners, worden inwoneraantallen gebruikt die afkomstig zijn van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Tabel 2.1 Samenvattend overzicht van de dataverzameling

Gebruikte databestanden	
Huisartsen	
Capaciteit	NIVEL Beroepenregistratie huisartsen (2001, 2003, 2004, 2005 en 2006), NS2 (2001), LINH (2003, 2004, 2005, 2006)
Aanbod psychische problemen	Tweede Nationale Studie (NS2:2001), LINH (2003, 2004, 2005, 2006)
Verwijsstromen	NS2 (2001), LINH (2003,2004, 2005, 2006),
AMW	
Capaciteit	Enquête onder AMW instellingen (2000), MadiMonitor (2003, 2004, 2005)
Aanbod psychische problemen	Clïëntregistratie AMW (1999, 2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004, 2005)
Verwijsstromen	Clïëntregistratie AMW (2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004, 2005)
Eerstelijnspsychologen	
Capaciteit	Enquête onder psychologen (1998, 2002), Het Nederlands Instituut van Psychologen (2003 t/m 2007), ledenbestand LVE (2007)
Aanbod psychische problemen	Enquête onder eerstelijnspsychologen (1998, 2002), LINEP (2004, 2005, 2006)
Verwijsstromen	Enquête onder eerstelijnspsychologen (1998, 2002), LINEP (2004, 2005, 2006)

2.3 Huisartsen

Voor de dataverzameling bij de huisartsen is gebruik gemaakt van de volgende databestanden:

- NIVEL Beroepenregistratie huisartsen
- Tweede Nationale Studie (NS2) en Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)

NIVEL Beroepenregistratie huisartsen

Sinds 1997 wordt op het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) op jaarbasis een registratie bijgehouden van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's (Huisarts In Dienst van een HuisArts). HIDHA's zijn huisartsen die niet in opleiding zijn en voor langere tijd (minimaal een half jaar) werkzaam zijn in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts

De NIVEL beroepenregistratie huisartsen is gebruikt voor gegevens met betrekking tot de capaciteit van huisartsen over de jaren 2001 (Hingstman & Kenens, 2001), 2003 (Kenens & Hingstman 2003), 2004 (Kenens & Hingstman 2004), 2005 (Kenens & Hingstman 2005) en 2006 (Muysken et al, 2006). Bij het vaststellen van de capaciteit aan huisartsen

is uitgegaan van het aantal fte huisartsen. Omdat slechts een beperkt deel van de werkzaamheden van de huisarts betrekking heeft op de geestelijke gezondheidszorg, is bij de vaststelling van de capaciteit rekening gehouden met het aandeel van psychische en sociale problemen in het totale aanbod. Het aantal fte werkzame huisartsen is vermenigvuldigd met het percentage contacten waarin huisartsen van LINH een psychische of sociale diagnose hebben vastgesteld.

Tweede nationale studie (NS2) en Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)

Er is gebruik gemaakt van de registratiegegevens van patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk over het eerste kwartaal van 2001 en de eerste kwartalen van 2003 tot en met 2006.

De gegevens van het eerste kwartaal van 2001 komen uit de Tweede Nationale Studie van Ziekte en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) van het NIVEL. In het rapport “Evaluatie Versterking eerstelijns GGZ” (Meijer et al., 2004) worden deze database en de gegevens die uit deze database gebruikt zijn, uitvoerig besproken.

De registratiegegevens van de eerste kwartalen van 2003 tot en met 2006 zijn afkomstig van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een netwerk van 85 geautomatiseerde huisartspraktijken. De LINH-praktijken vormen een representatieve afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Zij verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelprescripties en verwijzingen. Alle deelnemende huisartspraktijken maken gebruik van een elektronisch medisch dossier. Het aantal praktijken dat betrokken is bij de analyses kan per onderwerp verschillen. Dit is afhankelijk van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens.

De registratiegegevens van NS2 en LINH zijn gebruikt om te kunnen rapporteren over het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk (morbiditeit), het voorschrijven van medicatie bij psychische problemen en om de verwijsstromen in kaart te brengen. Bij de analyse van de gegevens is gebruik gemaakt van de diagnoses die huisartsen bij patiënten gesteld hebben door middel van de diagnosecodes volgens de International Classification of Primary Care (ICPC), (Lamberts et al., 1986). De focus was gericht op de diagnoses uit de ICPC-hoofdstukken P (psychische problemen) en Z (sociale problemen).

In het jaar 2005 zijn er 9 LINH praktijken weggelaten uit de analyses omdat bij deze praktijken relatief veel diagnoses uit hoofdstuk A (algemeen) voorkwamen. In het bijzonder A97 (Geen ziekte) en A99 (Niet gespecificeerde ziekte) kwamen veel voor. Dit verschijnsel blijkt zich voor te doen bij praktijken, die een directe verbinding hebben met een apotheek. Als de arts – of bij herhaalrecept vaak de assistente – via het netwerk een recept bestelt bij de verbonden apotheek, dan genereert de software van het netwerk automatisch een deelcontact-record. In sommige gevallen wordt hier niet correct de icpc van de aandoening ingevuld, maar een lege icpc ofwel A97 of A99.

- Morbiditeit

De morbiditeit geeft aan hoe vaak psychische en sociale problemen van patiënten gediagnosticeerd worden in de huisartsenpraktijk. Er wordt gerapporteerd over het aantal contacten waarbij een psychische of een sociale diagnose gesteld wordt. Eveneens wordt de morbiditeit uitgedrukt als het aantal patiënten met minstens één psychische of sociale diagnose op de 1000 patiënten die de huisarts bezoeken.

Tabel 2.2 toont het aantal huisartspraktijken met het aantal ingeschreven patiënten dat gegevens geleverd heeft voor de beschrijving van de morbiditeit over de jaren 2001, 2003 tot en met 2006.

Tabel 2.2 Kenmerken van de bestanden met morbiditeitgegevens over de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	2001	2003	2004	2005	2006
Aantal huisartsenpraktijken	88	87	61	66	69
Aantal patiënten	140.167	130.837	93.721	80.482	114.694

- Prescripties

De groep patiënten die in het eerste kwartaal van de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006 een contact met de huisarts heeft gehad waarbij een psychische of sociale diagnose is gesteld, is nader geanalyseerd. Van deze patiënten is door de huisarts vastgelegd welke medicatie is voorgeschreven. De medicatie is onderverdeeld in drie groepen die relevant zijn bij psychische en sociale problemen: antidepressiva, anxiolytica (kalmeringsmiddelen), en hypnotica/sedativa (slaapmiddelen). Deze drie medicatiegroepen vallen onder de gemeenschappelijke noemer psychofarmaca. Er is berekend hoe vaak deze psychofarmaca worden voorgeschreven bij patiënten met psychische en sociale problemen. Antidepressiva zijn onderverdeeld in klassieke antidepressiva (TCA's, Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (Serotonine heropnameremmers). Over de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses wordt apart gerapporteerd, namelijk depressie, slaapproblemen, angst, stress, en problemen met de omgeving. Daarbij is de volgende indeling gebruikt:

- Depressie (P76 en P03, 'Depressie' en 'Down/depressief gevoel').
- Slaapproblemen (P06, 'Slapeloosheid/andere slaapproblemen').
- Angst (P74 en P01, 'Angststoornis/angsttoestand' en 'Angstig/nerveus/gespannen gevoel').
- Stress (P78 en P02, 'Neurasthenie/surmenage' en 'Crisis/voorbijgaande stressreactie').
- Sociale problemen met de omgeving (Z05 en Z12, 'Probleem met de werksituatie' en 'Relatieprobleem met de partner').

Tabel 2.3 toont het aantal huisartspraktijken en aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose dat prescriptiegegevens heeft geleverd over de jaren 2001, 2003 tot en met 2006.

Tabel 2.3 Kenmerken van de bestanden met prescriptiegegevens over de jaren 2001, 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	2001	2003	2004	2005	2006
Aantal huisartsenpraktijken	87	85	58	69	63
Aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose	14.834	12.813	9.776	7.499	11.778

- Verwijsstromen

Bij NS2 en LINH hebben de huisartsen ook geregistreerd hoeveel patiënten ze hebben verwezen binnen de eerstelijns GGZ of naar de tweedelijns GGZ. Er is onderscheid gemaakt tussen de eerstelijns GGZ disciplines AMW en de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ disciplines Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie en de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), en de vrijgevestigde psycholoog en psychotherapeut. Daarbij is er altijd sprake van onderrapportage. Huisartsen waren alleen verplicht om nieuwe verwijzingen van patiënten te registreren; herhaalverwijzingen of achteraf verwijzingen zijn niet of nauwelijks geregistreerd. Men was ook niet verplicht verwijzingen naar de psycholoog, psychotherapeut en het maatschappelijk werk te registreren. Vooral verwijzingen naar het AMW zijn veel minder vastgesteld dan in de werkelijkheid het geval is. Het AMW is immers direct toegankelijk. De huisarts kan patiënten wel adviseren naar het AMW te gaan maar een officiële verwijzing is niet verplicht. Bij de rapportage wordt ook bij de verwijzingen onderscheid gemaakt tussen patiënten met de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses.

Tabel 2.4 toont de kenmerken van de bestanden met verwijsgegevens over de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006; uitgedrukt in het aantal huisartspraktijken en het aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose.

Tabel 2.4 Kenmerken van de bestanden met verwijsgegevens over de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	2001	2003	2004	2005	2006
Aantal huisartsenpraktijken	63	87	60	69	63
Aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose	11.269	12.813	9.790	7.499	11.778

2.4 Algemeen Maatschappelijk Werk

Bij de dataverzameling over het AMW is gebruik gemaakt van:

- Een enquête onder AMW instellingen
- De cliëntregistratie van het AMW
- De MadiMonitor

Enquête onder AMW instellingen

In 2000 is er een enquête onder AMW instellingen gehouden om in kaart te brengen in hoeverre de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet. Voor gegevens over de hulpverlenerscapaciteit aan AMW is gebruik gemaakt van deze enquête.

Cliëntregistratie AMW

De cliëntregistratie van het AMW is gebruikt voor gegevens over het aanbod van psychische problemen en kenmerken van de hulpverlening en verwijsstromen voor de jaren 1999, 2000 en 2002. Meer informatie over deze cliëntregistratie en de gebruikte gegevens uit deze registratie zijn terug te vinden in het rapport over de evaluatie versterking eerstelijns GGZ van Meijer et al. (2004).

De MadiMonitor

Registratie van hulpverleningscontacten op een min of meer gestandaardiseerde wijze is al tientallen jaren gebruikelijk binnen het AMW (Verhaak, 1993). Aangezien niet alle instellingen hun gegevens tijdig doorstuurden naar de Landelijke Databank AMW, waren de gegevens van de afgelopen jaren niet compleet. Met ingang van 2004 doet de MadiMonitor zijn intrede. De MadiMonitor is het nieuwe informatiesysteem voor AMW instellingen en vervangt de Landelijke Databank AMW. Naast de registratiegegevens bevat de MadiMonitor ook de antwoorden op een vragenlijst van het CBS over de bedrijfsgegevens van de gehele organisatie. De madimonitor is gebruikt voor gegevens over de capaciteit, hulpverlening en verwijsstromen.

- Capaciteit

Bij het vaststellen van de capaciteit aan AMW is uitgegaan van het beschikbare aantal fte uitvoerend AMW die per instelling beschikbaar zijn. De CBS enquête waarin onder andere naar het aantal werknemers per instelling en het aantal fte uitvoerend maatschappelijk werkenden wordt gevraagd, levert deze informatie.

Van ongeveer 80 instellingen waren gegevens over het aantal fte uitvoerend maatschappelijk werkenden beschikbaar. Omdat dit maar een deel is van alle AMW instellingen, heeft er een extrapolatie plaatsgevonden naar alle instellingen. Ook is er rekening gehouden met het percentage relationele en psychische problemen dat per instelling voorkomt, omdat niet alle werkzaamheden van het AMW tot de geestelijke gezondheidszorg horen. Het aantal fte uitvoerend AMW is vermenigvuldigd met het percentage relationele en psychische problemen van het totale aanbod.

- Hulpverlening en verwijsstromen

Gegevens over de hulpverlening en verwijsstromen zijn ontleend aan de registratie van

hulpverlenerscontacten. De algemeen maatschappelijk werker vult online de registratiegegevens in voor elk cliëntsysteem. Dit is meestal een individu, maar kan ook een echtpaar, een gezin, een ouder of een kind zijn. Per cliëntsysteem kunnen meerdere hulpverlenertrajecten voorkomen. In dit rapport is gebruik gemaakt van de volgende registratiegegevens.

- Problematiek

Voor elk nieuw gestart hulpverleningstraject worden een of meerdere problemen geregistreerd uit 19 voorgecodeerde probleemcategorieën. Bij een cliëntsysteem kunnen meerdere hulpverlenertrajecten horen. Voorbeelden van probleemcategorieën zijn: echtscheidingsproblemen, problemen met betrekking tot werk en problemen met het verwerken van ernstige gebeurtenissen.

- Gehanteerde methodiek/werkwijze

Voor ieder afgesloten hulpverleningstraject wordt het type hulpverlening geregistreerd. Het type hulpverlening is ondergebracht in 10 categorieën. In deze rapportage worden echter negen categorieën beschreven, omdat er twee categorieën zijn samengevoegd onder de term procesmatige hulp (reguliere psychosociale begeleiding/behandeling en ondersteuning).

- Duur behandeling en aantal zittingen

Vastgelegd wordt hoe lang een cliëntsysteem gemiddeld in behandeling was en hoeveel contacten er gemiddeld plaatsvonden.

- Verwijsstromen

Vastgelegd wordt wie de initiatiefnemer tot het contact met AMW was en naar welke soort hulpverleners verwezen is. De meer dan 50 mogelijke categorieën van hulpverleners zijn in deze rapportage teruggebracht tot de volgende hoofdingeling: huisarts, overige lichamelijke zorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnssector, justitiële instanties, gemeentelijke instanties en overige instanties.

In tabel 2.5 is te zien hoeveel AMW instellingen en cliëntgegevens er geleverd zijn voor de MadiMonitor over de jaren 2003, 2004 en 2005.

In 2005 werd bij 63% van de dossiers de hulpverlening afgesloten voor het eind van het jaar. Bij 62% van de dossiers in 2005 betrof het een nieuwe aanmelding.

Tabel 2.5 Kenmerken van de MaDimonitor (2003 , 2004 en 2005)

	2003	2004	2005
Aantal AMW instellingen	76	77	88
Aantal cliënten	158.177	170.129	199.039
Aantal dossiers	139.172	149.353	174.656

2.5 Eerstelijnspsychologen

Informatie over de eerstelijnspsychologen is verkregen uit

- Register eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Het ledenbestand van de LVE
- Enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 en 2002
- Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP; 2004, 2005 en 2006)

Register eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is de landelijke beroepsvereniging van psychologen. Leden van het NIP moeten zich bij het uitoefenen van hun beroep houden aan gedragsregels, die door de vereniging zijn vastgelegd in de NIP-beroepscode, en kunnen daarop aangesproken worden. Goede scholing waarborgt de vakinhoudelijke kwaliteit van het beroep. Het NIP heeft verschillende registraties en kwalificaties ontwikkeld. De kwalificatie eerstelijnspsycholoog NIP is er één van.

Een psycholoog die zich wil vestigen in de eerstelijns, kan zich aanmelden voor de NIP-kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen. Deze regeling is alleen toegankelijk voor psychologen die BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) zijn of in opleiding zijn tot gezondheidszorgpsycholoog. Het traject bestrijkt minimaal één tot maximaal twee jaar. Tijdens deze periode dient men minimaal 16 uur per week werkzaam te zijn in een eerstelijnspraktijk. Om aan de criteria voor eerstelijnspsycholoog NIP te voldoen moet een psycholoog 1395 uur werkzaam zijn in de eerstelijns en 45 uur begeleide intervisie gehad hebben.

- Capaciteit

Bij het vast stellen van de capaciteit aan eerstelijnspsychologen, dient het aantal werkzame eerstelijnspsychologen over de jaren 2003 tot en met 2007 nagegaan te worden. Hiervoor is het register eerstelijnspsychologen van het NIP geraadpleegd.

Ledenbestand van de LVE

Voor de capaciteit aan eerstelijnspsychologen per regio is gebruik gemaakt van het ledenbestand van de LVE in 2007. De verdeling van de LVE leden over de verschillende Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs) is als uitgangspunt gebruikt voor de verdeling naar het noorden, zuiden, oosten en westen van het land (zie voor precieze verdeling paragraaf 2.6 in hoofdstuk 2).

Enquête onder eerstelijnspsychologen

Voor gegevens over het aanbod aan psychosociale problematiek en verwijsstromen in 1998 en 2002 is gebruik gemaakt van enquêtes onder eerstelijnspsychologen. Meer over de enquêtes is te vinden in het evaluatierapport van Meijer et al. (2004).

Hoewel gegevens over de duur van de behandeling door de eerstelijnspsycholoog uitgedrukt in dagen voor de jaren 1998 en 2002 niet beschikbaar waren, kon deze informatie wel herleid worden omdat er over deze jaren wel informatie over het gemiddelde aantal zittingen per maand was. In 1998 kwamen cliënten gemiddeld 2,6 keer per maand bij een eerstelijnspsycholoog. (Meijer et al, 2002) Aangezien er gemiddeld 15 sessies met een psycholoog plaatsvonden, zal een gemiddelde behandeling ongeveer 175 dagen geduurd hebben. In 2002 bezochten cliënten de eerstelijnspsycholoog gemiddeld 2,4 keer per maand en de hulpverlening aan een cliënt bestond gemiddeld uit 13 sessies. (Meijer et al, 2004) Hulpverlening aan een cliënt duurt dan gemiddeld ongeveer 165 dagen.

LINEP

Sinds enkele jaren registreren eerstelijnspsychologen gegevens van de contacten met cliënten op uniforme wijze. Zo worden onder andere personalia, de aanmeldingsklacht en het type en de duur van de behandeling geregistreerd. Hiervoor worden codes gebruikt die in een codeboek vermeldt staan. Deze codeboeken zijn opgesteld door de werkgroep Codeboek in nauw overleg met de Raad van Advies. In de Raad van Advies zitten afgevaardigden van alle Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs). Deze gegevens zijn van belang voor de individuele eerstelijnspsychologen ten behoeve van kwaliteitsverbetering en toetsing. Bovendien worden ze gebruikt voor regionale en landelijke informatieverstrekking en belangenbehartiging.

In deze rapportage is gebruik gemaakt van de registratie van 2004, 2005 en 2006 van gemiddeld 50 eerstelijnspsychologen. Deze eerstelijnspsychologen hebben zich aangemeld als peilstations in het Landelijke Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP). Dit is een recent opgezet informatienetwerk van eerstelijnspsychologen die verspreid over Nederland werkzaam zijn en representatief zijn voor de diverse zorgregio's en de mate van verstedelijking.

In tabel 2.6 wordt weergegeven hoeveel eerstelijnspsychologen registratiegegevens over de jaren 2004, 2005 en 2006 geleverd hebben. Eveneens wordt vermeld van hoeveel cliënten de gegevens geregistreerd zijn.

Tabel 2.6 Kenmerken van de LINEP bestanden over de jaren 2004, 2005 en 2006

	2004	2005	2006
Aantal (LINEP) eerstelijnspsychologen	32	42	46
Aantal cliënten	3.579	4.285	4.948

- Hulpverlening en verwijsstromen

Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van de codeboekgegevens van de LINEP peilstations die betrekking hadden op de volgende registratiegegevens:

- Problematiek: De belangrijkste aanmeldingsklacht wordt geregistreerd. Hoewel de aanmeldingsklacht voor volwassene en jeugd in 2004, 2005 en 2006 apart wordt uitgevraagd, zijn de overeenkomstige categorieën bij volwassenen en jeugd samengevoegd om deze beter vergelijkbaar te maken met de gegevens uit de enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 en 2002.
- Behandeling: De aard van werkzaamheden wordt vastgelegd: evenals de wachttijd (de tijd tussen de aanmelding en eerste sessie) en de behandelduur (duur van eerste sessie tot laatste sessies en het aantal sessies per behandeling).
- Verwijsstromen: Er wordt vastgelegd door wie de cliënt naar de eerstelijnspsycholoog verwezen is en naar wie de cliënt eventueel doorverwezen wordt.

2.6 Dataverzameling op regionaal niveau

Naast de landelijke ontwikkelingen in hulpverlenercapaciteit, probleemaanbod en verwijsstromen zijn ook regionale verschillen in kaart gebracht. Gezien de verscheidenheid in regio-indelingen onder de verschillende GGZ hulpverleners en in sommige gevallen het beperkte aantal waarnemingen per regio, is er voor de grovere indeling van het land naar noord, zuid, oost en west gekozen. Noord-Nederland bestaat uit de provincies Groningen, Friesland en Drenthe, Zuid-Nederland uit Limburg en Noord-Brabant, Oost-Nederland uit Flevoland, Overijssel en Gelderland en West-Nederland uit Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Zeeland. Om te komen tot de verdeling in Noord-, Zuid-, Oost- en West-Nederland werden de gegevens van de huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen op de onderstaande wijze verwerkt.

Regionale verdeling bij de huisartsen

De NIVEL beroepenregistratie huisartsen 2005 (Kenens & Hingstman 2005) en 2006 (Muysken et al, 2006) is gebruikt voor gegevens met betrekking tot de capaciteit van huisartsen per regio.

Voor het verkrijgen van gegevens over het aanbod aan psychische en sociale problemen onder huisartspatiënten en de verwijsstromen in 2005 en 2006 per regio, zijn de postcodes van de LINH praktijken omgezet in noord, zuid oost en west. Voor het noorden waren dit gegevens van 12 huisartspraktijken, voor het zuiden de gegevens van 13 praktijken, voor het oosten de gegevens van 12 praktijken en voor het westen de gegevens van 23 praktijken. Van 9 praktijken was de postcode onbekend.

Regionale verdeling bij het AMW

Om de regionale capaciteit aan AMW vast te stellen, is voor iedere AMW-instelling die capaciteitsgegevens geleverd heeft, nagegaan bij welke gemeenten deze hoort en hoeveel

inwoners er in deze gemeenten wonen. Per instelling is het aantal fte per 100.000 inwoners van de bij de instelling horende gemeenten berekend. Voor de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is het inwoner aantal gedeeld door het aantal AMW instellingen wat zich in de stad bevindt. De instellingen en bijbehorende gemeenten zijn onderverdeeld naar de regio's noord, zuid, oost en west, waarbij per regio het aantal fte AMW per 100.000 inwoners opgeteld is.

De regionale gegevens over het probleemaanbod en de verwijzingen bij het AMW zijn verkregen door de postcodes van de instellingen die gegevens hebben geleverd aan de MadiMonitor 2005 om te zetten in noord, zuid, oost en west. Voor het noorden waren dit gegevens van 9 instellingen (die in totaal de gegevens van 12713 cliënten hebben aangeleverd), voor het zuiden de gegevens van 23 instellingen (die in totaal de gegevens van 49962 cliënten hebben aangeleverd), voor het oosten de gegevens van 19 instellingen (die in totaal de gegevens van 49592 cliënten hebben aangeleverd), voor het westen de gegevens van 36 instellingen (die in totaal de gegevens van 85512 cliënten hebben aangeleverd). Van 1 instelling was de postcode niet bekend.

Regionale verdeling bij eerstelijnspsychologen

Bij het vaststellen van de capaciteit aan eerstelijnspsychologen, dient het aantal werkzame eerstelijnspsychologen per regio nagegaan te worden. Hiervoor is gebruikt gemaakt van het ledenbestand van de LVE in 2007. De verdeling van de LVE leden over de verschillende Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs) is op de volgende manier als uitgangspunt gebruikt voor de verdeling naar het noorden, zuiden, oosten en westen van het land.

- o Noord-Nederland: ROEP Groningen, ROEP Fryslân en ROEP Drenthe
- o Zuid-Nederland: ROEP West Brabant, ROEP Noord-Brabant, ROEP Noord-Oost-Brabant, ROEP Noord-Midden-Limburg, ROEP Midden Brabant, ROEP Zuid-Oost-Brabant, ROEP Zuid-Limburg
- o Oost-Nederland: ROEP Nijmegen, ROEP Arnhem, ROEP Zwolle, ROEP Flevoland, ROEP Salland-Twente-Achterhoek
- o West-Nederland: ROEP Amersfoort, ROEP Amsterdam, ROEP Kennemerland, ROEP Gooi e.o., ROEP Haaglanden, ROEP Noord-Holland- Noord, ROEP Waterland/Zaanstreek, ROEP Zuid-Holland-Noord, ROEP West-Friesland, ROEP Zeeland en ROEP Midden-Nederland.

In het noorden bevinden zich 103 geregistreerde eerstelijnspsychologen, in het zuiden 218 in het oosten 193 en in het westen 509.

De postcodes van de eerstelijnspsychologen die deelnemen aan LINEP zijn omgezet in noord, zuid, oost en west. In het noorden zitten 5 LINEP psychologen, in het zuiden zitten 12 LINEP psychologen, in het oosten zitten 12 LINEP psychologen en in het westen bevinden zich 17 LINEP psychologen. De gegevens van 2006 zijn gebruikt voor informatie over de hulpverlening en de verwijzingen onder eerstelijnspsychologen.

3 Resultaten: Capaciteit

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ in kaart gebracht. Achtereenvolgens komen ontwikkelingen in de hulpverleningscapaciteit van huisartsen (paragraaf 3.2), het AMW (paragraaf 3.3), de eerstelijnspsycholoog (paragraaf 3.4) aan bod. Aangezien huisartsen slechts in beperkte mate psychosociale zorg verrichten, is rekening gehouden met het aantal gestelde psychische en sociale diagnoses per huisarts. Bij het AMW is eveneens rekening gehouden met het feit dat slechts een deel van de werkzaamheden gericht is op relationele en psychische problemen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ uitgesplitst wordt in regio's (paragraaf 3.5).

3.2 Ontwikkelingen in de capaciteit bij huisartsen

De ontwikkelingen die zich over de tijd hebben voorgedaan in de capaciteit van huisartsen om zorg te leveren aan patiënten met psychische en sociale problemen wordt zichtbaar gemaakt in tabel 3.1. In deze tabel wordt de huisartscapaciteit in het aantal fulltime-equivalent (fte) per 100.000 inwoners weergegeven, waarbij gecorrigeerd wordt voor percentage psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten.

Tabel 3.1 De totale huisartscapaciteit uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners, zonder en met correctie voor psychosociale problemen

Bron: NIVEL beroepenregistratie huisartsen (2001, 2003, 2004, 2005 en 2006), NS2 (2001), LINH (2003, 2004, 2005 en 2006), CBS (2001, 2003, 2004, 2005, 2006)

	2001	2003	2004	2005	2006
Aantal huisartsen	7801	8107	8209	8408	8495
Aantal fte	6.608	6.725	6.795	6.920	6.961
fte huisartsen per 100.000 inwoners	41	42	42	42	43
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	7,7	7,3	7,5	6,6	7,0
Fte huisartsen per 100.000 inwoners besteedt aan psychische en sociale problemen	3,2	3,1	3,2	2,8	3,0

Uit tabel 3.1 blijkt dat het percentage psychische en sociale problemen dat huisartsen ziet in de periode van 2001 tot en met 2006 rond de 6,6-7,7% ligt. Indien dit percentage

gecombineerd wordt met het aantal fte huisartsen, zou gezegd kunnen worden dat het beslag dat psychosociale problemen doen op de huisartscapaciteit iets af lijken te nemen. Hierbij dient vermeld te worden dat de 3 fte huisarts besteding aan psychosociale zorg zowel kan samenhangen met de mate waarin de patiënten voor psychosociale zorg bij de huisarts terecht kunnen ofwel de beschikbaarheid van de huisarts, maar ook met de mate waarin huisartspatiënten met hun psychosociale problemen naar de huisarts toegaan ofwel het zorggebruik van de patiënten.

3.3 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau

In tabel 3.2 worden de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers van 2000 tot en met 2005 weergegeven. Tot 2003 lijkt er een toename te zijn in het aantal fte uitvoerend AMW-ers per 100.000 inwoners en daarna neemt het aantal fte af om daarna weer toe te nemen. Indien er rekening gehouden wordt met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt, dan is er ook eerst een toename en daarna afname en weer kleine toename in het aantal fte AMW per 1000.000 inwoners dat besteedt wordt aan psychische en sociale problemen. Ook hier geldt dat dit zowel samen kan hangen met de mate waarin cliënten voor hun psychosociale problemen bij het AMW terecht kunnen als de mate waarin ze voor deze problemen naar het AMW gaan.

Tabel 3.2 De totale capaciteit van uitvoerend AMW-ers per AMW instelling uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte AMW-ers per 100.000 inwoners, zonder en met correctie voor psychosociale problemen

Bron: NIVEL enquêtes onder AMW-instellingen (2000), Cliënt registratie AMW (2000) MadiMonitor (2003, 2004, 2005), CBS (2000, 2003, 2004, 2005)

	2000 (n=143)	2003 (n=145)	2004 (n=145)	2005 (n=146)
Fte uitvoerend AMW	2071*	2493	2335	2493
Fte AMW per 100.000 inwoners	13,1	15,4	14,4	15,2
% psychische en sociale problemen	64%	62%	58%	57%
Fte AMW per 100.000 inwoners bestedt aan psychische en sociale problemen	8,4	9,5	8,4	8,7

* Gegevens zijn afkomstig uit Meijer et al. (2002)

3.4 Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen

In tabel 3.3 wordt de totale capaciteit van geregistreerde eerstelijnspsychologen weergegeven. Eveneens is voor de jaren 2003 tot en met 2007 tussen haakjes vermeld hoeveel eerstelijnspsychologen er in de afgelopen jaren in opleiding waren. Tevens wordt het gemiddeld aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners weergegeven.

Tabel 3.3 De totale capaciteit aan eerstelijnspsychologen en het gemiddeld aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners

Bron: Wentink et al, 2002 (enquête onder psychologen 1998), Meijer et al, 2004 (enquête onder psychologen 2002), het Nederlands Instituut van Psychologen (2003 t/m 2007), CBS (2003 t/m 2007)

	1998*	2002**	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen (aantal in opleiding)	751	1013	1076 (86)	1137 (121)	1160 (104)	1195 (110)	1234 (97)
Aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners	5	6	7	7	7	7	8

*Gegevens zijn afkomstig uit Wentink et al.(2002): het betreft schattingen volgens het NIP

**Gegevens zijn afkomstig uit Meijer et al. (2004): het betreft praktijken van alle gekwalificeerde en aspirant gekwalificeerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van het NIP, dus ook van eerstelijnspsychologen die geen lid van de LVE zijn.

Het aantal eerstelijnspsychologen is in de periode van 1998 tot en met 2007 toegenomen van 5 tot 8 eerstelijnspsychologen per 100.00 inwoners. Het betreft hier niet het aantal *fte*, maar het aantal *personen*. Geschat wordt dat één eerstelijnspsycholoog gemiddeld 0,5-0,8 fte vervult.

3.5 Capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ, uitgesplitst in regio's.

Capaciteit bij huisartsen op regionaal niveau

Tabel 3.4 laat de dichtheid van de huisarts voor de GGZ over de verschillende regio's voor het jaar 2006 zien. In tabel 1. van bijlage 1. zijn deze cijfers ook voor het jaar 2005 zien. De dichtheid van de huisarts voor de GGZ over de jaren 2005 en 2006 verschilt over de vier regio's. In vergelijking met de andere regio's is het aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners lager. Deze huisartsen zien ook minder psychische en sociale problemen. Het aantal fte per 100.000 inwoners dat huisartsen besteden aan psychische en sociale problemen ligt in het zuiden lager dan in de andere regio's. Hierbij moet net als bij de landelijke huisartsencapaciteit rekening gehouden wordt met het feit dat dit zowel met de beschikbaarheid van de huisartsen als met het zorggebruik van de huisartspatiënten te maken heeft.

Tabel 3.4 De totale huisartscapaciteit per regio uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners, zonder en met correctie voor psychosociale problemen

Bron: NIVEL beroepenregistratie huisartsen (2006), LINH (2006), CBS (2006)

	2006			
	Noord	Zuid	Oost	West
Aantal fte huisartsen	756	1459	3261	1485
Fte huisartsen per 100.000 inwoners	44,4	41,1	42,3	42,9
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	7,3	6,2	7,7	7,5
Fte huisartsen per 100.000 inwoners besteedt aan psychische en sociale problemen	3,2	2,5	3,3	3,2

Capaciteit bij het AMW op regionaal niveau

In tabel 3.5 worden de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers voor het jaar 2005 weergegeven voor de vier regio's.

Tabel 3.5 De capaciteit van uitvoerend AMW-ers per regio, uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte AMW-ers per 100.000 inwoners in het jaar 2005, zonder en met correctie voor psychosociale problemen, per regio

Bron: MadiMonitor (CBS enquête) 2005, CBS (2005)

	Noord	Zuid	Oost	West
Fte uitvoerend AMW	208	410	704	439
Fte AMW per 100.000 inwoners	15,3	15,0	13,1	11,3
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	51%	61%	64%	56%
Fte AMW per 100.000 inwoners besteedt aan psychische en sociale problemen	7,8	9,2	8,4	6,3

De dichtheid van uitvoerend AMW-ers is in het noorden en zuiden het hoogste en in het westen het laagste; het oosten zit er tussenin. Indien er rekening gehouden wordt met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt, dan is het aantal fte AMW per 1000.000 inwoners voor psychische en sociale problemen in het zuiden van het land het hoogst en in het westen het laagst; het noorden en oosten zitten er tussenin. Ook hier geldt dat het aantal fte AMW met correctie voor psychosociale problemen zowel samen kan hangen met de mate waarin cliënten voor hun psychosociale problemen bij het AMW terecht kunnen als de mate waarin ze voor deze problemen naar het AMW gaan.

Capaciteit bij eerstelijnspsychologen op regionaal niveau

In tabel 3.6 wordt de totale capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van de landelijke vereniging voor eerstelijnspsychologen (LVE) gepresenteerd en uitgedrukt per 100.000 inwoners. De dichtheid van eerstelijnspsychologen in het zuiden en noorden is vergelijkbaar. In het oosten is de dichtheid aan eerstelijnspsychologen lager en in het westen hoger.

Tabel 3.6 De totale capaciteit van eerstelijnspsychologen (alleen LVE-leden) en het gemiddeld aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in het jaar 2007

Bron: Ledenbestand van de LVE 2007, CBS (2007)

	Noord	Zuid	Oost	West
Aantal geregistreerde ELP	103	218	193	509
Aantal geregistreerde ELP per 100.000 inwoners	6,0	6,1	5,6	6,7

4 Resultaten: probleemaanbod

4.1 Inleiding

Om een sterke eerstelijns GGZ te bewerkstelligen is het belangrijk op de hoogte te zijn van het probleemaanbod in de eerstelijns. Hoewel het probleemaanbod van eerstelijnspsychologen geheel uit psychische en sociale problemen bestaat, zal voor huisartsen en AMW-ers het aandeel dat psychische en sociale problemen inneemt op het geheel van hun probleem aanbod in beschouwing genomen moeten worden.

Een tweede belangrijke voorwaarde voor een sterke eerstelijns GGZ is een goede kwaliteit van de hulpverlening voor patiënten met psychische en sociale problemen. Daarom is het relevant om een aantal kenmerken van de hulpverlening door de verschillende eerstelijns GGZ hulpverleners in kaart te brengen.

In dit hoofdstuk gaan we in op ontwikkelingen in de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden en de GGZ gerelateerde hulpverlening bij huisartsen, het AMW en eerstelijnspsychologen. In paragraaf 4.2 kijken we naar ontwikkelingen in aanbod en kenmerken van de GGZ hulpverlening bij huisartsen aan de hand van de morbiditeit ofwel het voorkomen van psychische en sociale problematiek en het voorschrijven van psychofarmaca. In paragraaf 4.3 en 4.4 worden respectievelijk de ontwikkelingen in aanbod en kenmerken van de hulpverlening bij het AMW en de eerstelijnspsychologen weergegeven. In de afsluitende paragraaf 4.5 wordt het aanbod van psychische problemen op regionaal niveau weergegeven.

4.2 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen

Morbiditeit

Tabel 4.1 laat zien welk deel van de huisartsdiagnoses psychisch (ICPC-hoofdstuk P) of sociaal (ICPC-hoofdstuk Z) van aard zijn. Het percentage contacten waarin de huisarts een psychische diagnose bij de patiënt vaststelt is vanaf 2004 in geringe mate afgenomen. Het percentage contacten waarin de huisarts een sociale diagnose bij de patiënt vaststelt is over de eerste kwartalen van 2001 en 2003 tot en met 2006 vrijwel hetzelfde gebleven. Bij gemiddeld 6% van de contacten wordt een psychische diagnose vastgesteld en bij gemiddeld 1% van de contacten een sociale diagnose.

Tabel 4.1 Contacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

ICPC hoofdstuk: % van alle contacten in eerste kwartaal	2001 n = 316.779	2003 n = 290.743	2004 n = 216.939	2005 n = 227.167	2006 N = 284.165
A: algemeen	7,6	7,6	7,8	7,2	8,1
B: Bloed en bloedvormende organen	1,1	1,1	1,2	1,0	1,1
D: Tractus digestivus	7,2	7,3	6,8	7,0	7,2
F: Oog	2,4	2,4	2,3	2,4	2,4
H: Oor	4,3	4,1	4,2	4,6	4,1
K: Tractus circulatorius	9,4	10,2	11,3	10,3	11,4
L: Bewegingsapparaat	16,1	16,1	15,6	14,9	14,4
N: Zenuwstelsel	2,9	2,9	2,7	2,6	2,7
P: Psychische problemen	6,5	6,2	6,4	5,5	5,9
R: Tractus respiratorius	14,2	13,3	12,0	15,8	14,4
S: Huid en subcutis	12,3	11,9	12,0	12,2	11,4
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,0	4,9	5,3	5,1	6,0
U: Urinewegen	3,0	3,2	3,4	3,1	3,2
W: Zwangerschap	2,8	2,8	2,4	2,3	2,1
X: Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,9	4,3	3,9	3,6
Y: Geslachtsorganen man	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Z: Sociale problemen	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1

In tabel 4.2 wordt weergegeven wat het aandeel van de afzonderlijke psychische en sociale diagnoses in het totale aantal psychische en sociale diagnoses is.

De meest voorkomende psychische diagnose die de huisarts stelt is over alle jaren depressie. Deze diagnose komt voor in 15-19% van alle contacten, waar een psychische of sociale diagnose is vastgesteld. Op de tweede plaats komt slapeloosheid of andere slaapstoornis met 9-12% en op de derde een angstig/nerveus en gespannen gevoel met 8-10%. Andere veelvoorkomende diagnoses zijn angststoornissen, depressieve gevoelens, neurasthenie/surmenage en crisis/voorbijgaande stress reactie.

Tabel 4.2 Meest voorkomende psychische of sociale diagnoses bij de contacten in het eerste kwartaal 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	% van alle contacten met een psychische of sociale diagnose				
	2001 n = 24.533	2003 n = 20.629	2004 n = 15.801	2005 n = 14.728	2006 N = 19.722
P76 Depressie	17,3	18,7	16,8	17,0	15,2
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	11,7	10,4	10,4	8,9	11,8
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	10,3	9,0	9,6	8,3	9,9
P74 angststoornis/angsttoestand	6,0	6,9	6,7	5,7	6,4
P03 down/ depressief gevoel	4,8	5,6	6,5	4,3	5,3
P78 neurasthenie/surmenage	5,3	4,4	5,3	5,1	4,5
P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	4,0	4,2	4,3	4,7	4,4
P17 tabaksmisbruik	2,7	2,7	3,9	3,5	2,5
Z12 relatieprobleem met partner	2,6	2,7	2,8	3,5	2,9
Z15 verlies/overlijden partner	2,4	2,4	2,4	2,8	2,3

In tabel 4.3 wordt de morbiditeit van één of meer psychische of sociale diagnoses weergegeven per 1000 patiënten die in het eerste kwartaal van de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006 de huisarts bezochten.

Tabel 4.3 Prevalentie van psychische en sociale problemen per 1000 patiënten die in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006 de huisarts bezochten

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	Prevalentie van één of meer psychische of sociale diagnoses per 1000 patiënten				
	2001 88 praktijken; 140.167 patiënten	2003 87 praktijken; 130.837 patiënten	2004 61 praktijken; 93.721 patiënten	2005 66 praktijken; 80.482 patiënten	2006 69 praktijken; 114.694 patiënten
Psychische diagnose	88,80	82,79	88,25	77,15	85,57
Sociale diagnose	21,52	18,56	19,43	19,31	20,78

De tabel laat zien dat in de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006 van de 1000 patiënten die de huisarts bezoeken 77 tot 89 patiënten (7,7-8,9%) één of meer psychische diagnoses kregen en 19 tot 22 (1,9-2,2%) patiënten één of meer sociale diagnoses. Indien de diverse jaren met elkaar vergeleken worden, dan blijkt het aantal mensen met minstens één psychische diagnose na 2001 af te nemen en na 2003 weer toe te nemen om na 2004 weer af te nemen. Het vermoeden bestaat dat de flinke daling in het aantal mensen met een of meer psychische diagnoses in 2005 te maken heeft met het feit dat door een aantal praktijken in dat jaar waarschijnlijk onterecht veel algemene diagnoses geregistreerd zijn. Tabel 4.4 toont de prevalentie van de meest voorkomende psychische en sociale

diagnoses per 1000 patiënten. De meest voorkomende diagnoses zijn depressie, slapeloosheid en een angstig/nerveus en gespannen gevoel. In het algemeen lijkt het aantal mensen met één van de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses over de tijd af te nemen waarbij zich in het jaar 2003 en in sterkere mate in 2005 een daling in het aantal mensen voordoet.

Tabel 4.4 Prevalentie van de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses voor de jaren 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	Prevalentie van één of meer meest voorkomende psychische of sociale diagnoses per 1000 patiënten				
	2001	2003	2004	2005	2006
	88	87	61	66	69
	praktijken;	praktijken;	praktijken;	praktijken;	praktijken;
	140.167	130.837	93.721	80.482	114.694
	patiënten	patiënten	patiënten	patiënten	patiënten
P76 Depressie	18,07	17,61	16,26	14,94	15,45
P06 Slapeloosheid	14,85	11,81	12,75	10,56	13,80
P01 Angstig/nerveus	13,03	10,18	11,30	8,65	11,53
P74 angststoornis	6,22	6,86	6,51	5,45	6,36
P03 down/ depressief gevoel	5,49	5,95	7,35	4,92	5,92
P78 neurasthenie/surmenage	6,60	5,08	5,74	5,02	5,12
P02 stress reactie	5,34	4,93	5,46	5,13	5,29
Z12 relatieprobleem	3,57	3,32	3,67	3,96	3,83
P17 tabaksmisbruik	3,90	3,46	4,58	3,44	3,02
Z15 verlies/overlijden partner	2,51	2,44	2,52	2,55	2,42

Prescripties

In tabel 4.5 is weergegeven welke medicatie in de eerste kwartalen van 2001 en 2003 tot en met 2006 is voorgeschreven aan patiënten met een psychische of sociale diagnose. Er wordt onderscheid gemaakt in drie hoofdcategorieën van psychofarmaca, namelijk kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en anti-depressiva.

De tabel laat zien dat huisartsen aan patiënten met psychische en sociale problemen vooral antidepressiva voorschrijven en binnen de antidepressiva vooral de Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's). Indien in grote lijnen gekeken wordt naar het voorschrijfgedrag van huisartsen over de afgelopen jaren, is het gebruik van psychofarmaca vanaf 2003 sterk afgenomen.

Tabel 4.5 Prescripties in hoofdgroepen van psychofarmaca bij patiënten met een psychische of sociale diagnose gedurende het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

Prescripties per 1000 patiënten met een psychische of sociale diagnose					
ATC categorie: psychofarmaca	2001 n=87 praktijken; 14.834 patiënten	2003 n=87 praktijken; 12.813 patiënten	2004 n=61 praktijken; 9.776 patiënten	2005 n=66 praktijken; 7.499 patiënten	2006 n=69 praktijken; 11.778 patiënten
N05B Kalmeringsmiddelen	462	470	441	429	388
N05C Slaapmiddelen	369	355	331	325	311
N06A Antidepressiva, waaronder:	567	590	484	532	438
N06AA TCA's	100	107	98	94	71
N06AB SSRI's	352	375	299	323	272
Totaal	1399	1416	1255	1278	1137

In tabel 4.6 is opgenomen welk deel van de patiënten met een veel voorkomende psychische of sociale diagnose in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006 een recept heeft gekregen van de huisarts in de hierboven genoemde categorieën van medicatie. De patiëntengroepen kunnen onderling overlappen.

Tabel 4.6 Percentage patiënten met prescripties in de categorieën antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen bij verschillende psychische en sociale diagnoses in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

% patiënten met prescriptie					
Problematiek	2001	2003	2004	2005	2006
Alle psychische en sociale diagnoses tezamen	54	42	36	38	34
P76 Depressie	83	80	82	79	66
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	88	79	76	75	65
P74 Angststoornis/angsttoestand	77	67	69	63	53
P03 Down/ depressief gevoel	65	60	55	45	49
P78 Neurasthenie/surmenage	36	31	38	33	36
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	67	31	32	28	25
P02 Crisis/voorbijgaande stress reactie	53	31	28	27	31
Z05 en Z12 Sociale problemen in de omgeving	30	22	23	22	18

Uit de tabel blijkt dat het percentage patiënten dat een of meer GGZ gerelateerde prescripties heeft ontvangen afgenomen is. In 2001 kreeg 54% van de patiënten met een psychische of sociale diagnose nog psychofarmaca voorgeschreven, in 2006 is dat gereduceerd tot 34%.

4.3 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij het AMW

Aanbod psychische en sociale problemen

Tabel 4.7 toont het aanbod aan psychische en sociale problematiek onder cliënten van het AMW. Het AMW hanteert een categorieënsysteem met 19 probleemcategorieën, die in de tabel geordend zijn in vier hoofdgroepen: relationeel, psychisch, materieel en overig. Voor de eerstelijns GGZ achten we vooral de twee eerste hoofdgroepen relevant.

Tabel 4.7 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen per AMW instelling

Bron: Cliëntregistratie AMW (1999, 2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004, 2005)

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling*					
	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Relationeel						
Relatie ouder-kind	9	9	8	10	10	10
Relatie partner	10	11	9	10	8	8
Scheiding	5	5	6	6	6	6
Relatie met anderen	5	5	5	6	5	5
<i>Subtotaal relationeel</i>	<i>29</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>31</i>	<i>29</i>	<i>29</i>
Psychisch						
Verwerking gebeurtenissen	11	12	11	10	9	9
Identiteit	4	4	4	4	4	3
Eenzaamheid	2	2	2	2	2	2
Verslaving	1	2	2	2	1	1
Overig psychisch	16	15	14	13	13	13
<i>Subtotaal psychisch</i>	<i>33</i>	<i>35</i>	<i>32</i>	<i>30</i>	<i>29</i>	<i>28</i>
Materieel						
Besteding	9	7	6	8	9	9
Huisvesting	5	3	6	6	7	7
Arbeid	4	4	5	5	5	4
Inkomen	4	3	3	5	5	6
Vorming/opleiding	1	1	1	2	2	1
<i>Subtotaal materieel</i>	<i>22</i>	<i>19</i>	<i>21</i>	<i>25</i>	<i>27</i>	<i>26</i>

tabel 4.7 wordt vervolgd

Vervolg tabel 4.7

	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Overig						
Gezondheid	6	8	8	7	7	7
Maatschappelijke organisaties	3	3	3	4	5	5
Slachtoffer geweld	4	4	3	1	3	4
Cultuurverschillen	1	1	2	1	1	1
Multi-probleem gezin	2	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
<i>Subtotaal overig</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>15</i>	<i>17</i>

* >1 antwoord mogelijk per cliëntsysteem

In het algemeen kan gezegd worden dat bij iets minder dan een derde van de cliënten relationele problemen behandeld worden, bij iets minder dan een derde psychische problemen, bij ongeveer een kwart materiële problemen en bij ongeveer 16% van de cliënten overige problemen. Over de tijd neemt het percentage cliëntsysteem dat behandeld wordt voor psychische problemen af en het percentage dat behandeld wordt voor materiële problemen zoals problemen met besteding, huisvesting en inkomen toe.

Type en duur van de hulpverlening

Uit tabel 4.8 valt af te leiden dat er in de periode van 2000 tot en met 2005 geen grote veranderingen hebben plaatsgevonden in het type hulpverlening bij het AMW.

Procesmatige hulp, ofwel reguliere psychosociale begeleiding en behandeling van de cliënt, is de meest toegepaste vorm van hulpverlening, gevolgd door informatie en advisering. Over de tijd is een geleidelijke toename zichtbaar in het percentage dienstverlening en in 2005 wordt er in vergelijking met de vorige jaren meer groepswerk verricht.

Tabel 4.8 Type hulpverlening bij het AMW

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003, 2004 en 2005)

	Gemiddeld % cliëntsysteem per instelling				
Type hulpverlening	2000	2002	2003*	2004*	2005*
Procesmatig hulp**	62	59	57	58	56
Informatie/advies	12	15	12	11	12
Dienstverlening	6	7	7	9	10
Bemiddeling/pleitbezorging	7	7	6	7	7
Groepswerk	5	4	5	5	7
Steun-leuncontact	5	3	6	4	3
Rapportage ovv derden	1	1	3	3	2
Crisishulp	2	2	3	3	4
Casemanagement	1	1	1	1	1

* >1 antwoord mogelijk per cliëntsysteem

** reguliere psychosociale begeleiding/behandeling van de cliënt

In tabel 4.9 wordt de gemiddelde duur van de hulpverlening en het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten aan een cliëntsysteem bij het AMW weergegeven.

Tabel 4.9 Gemiddeld aantal hulpverleningscontacten en duur van de hulpverlening per cliëntsysteem bij het AMW (per instelling)

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003, 2004, 2005)

	2000	2002	2003	2004	2005
Gemiddeld aantal contacten (SD)	7,4 (2,8)	8,7 (2,7)	10 (3,6)	10 (4,2)	11 (3,9)
Gemiddeld aantal dagen (SD)	147 (50,1)	180 (78,2)	193 (50,2)	197 (44,4)	208 (59,6)

Het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten per cliëntsysteem in een AMW instelling is toegenomen van 7 in 2000 naar 11 in 2005. De totale hulpverlening voor een cliënt die kan bestaan uit meerdere hulpverleningstrajecten nam toe van 147 dagen (4,8 maanden) in 2000 naar 208 dagen (6,8 maanden) in 2005.

4.4 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij eerstelijnspsychologen

Tabel 4.10 laat de probleemgebieden zien zoals eerstelijnspsychologen die registreren. In het algemeen kan gezegd worden 17-25% van de probleemgebieden relationeel en 59-73% psychisch. Problemen rondom de gezondheid komen bij 7-11% van de cliënten van een eerstelijnspsycholoog voor en 2-9% komt met andere problemen. Over tijd is er een geringe verschuiving in benoeming van problemen van psychisch naar relationeel. In 1998 en 2002 waren de meest voorkomende problemen bij de eerstelijnspsycholoog depressiviteitsklachten, spanningsklachten, werk en studieproblemen en identiteitsproblemen en relatieproblemen. In 2004 en 2005 komen relationele problemen het meeste voor. Ook aanpassings/verwerkingsproblemen en depressies en angsten komen veel voor. Klachten met betrekking tot slapen, eten, seksualiteit, impulsbeheersing en gezinsproblemen komen in het algemeen minder vaak voor. Verslavingsproblemen, leerproblemen, zindelijkheidsproblemen en tic-stoornissen, komen nauwelijks voor bij de cliënten van de eerstelijnspsychologen.

Tabel 4.10 Probleemgebieden voorkomende bij de eerstelijnspsycholoog

Bron: enquête onder eerstelijnspsychologen (1998, 2002) en LINEP (2004, 2005, 2006)

Probleemgebieden 1998 en 2002	% cliënten		Probleemgebieden 2004, 2005 en 2006	% cliënten		
	1998*	2002*		2004	2005	2006
	n=2.779	n=1.109		n=3.512	n=4.179	N=4.823
Relationeel						
Relatie problemen	13	11	Interpersoonlijke problemen	23	23	24
Gezins en opvoedingsproblemen	4	5	Gezinsproblemen	1	2	1
<i>Totaal relationeel</i>	<i>17</i>	<i>16</i>		<i>24</i>	<i>25</i>	<i>25</i>

Vervolg tabel 4.10

Psychisch

Trauma/rouw/scheiding	8	9	Aanpassings/ verwerkingsproblemen	16	18	18
Depressiviteitsklachten	14	11	Depressies	16	15	14
Fobie, vage angsten/paniekaanvallen	8	7	Angsten	13	13	14
Werk/studieproblemen, burnout/overspannen	11	15	Werk en studieproblemen	11	9	8
Identiteitsproblemen/negatief zelfbeeld	7	11	Identiteitsproblemen	5	6	5
Spanningsklachten	13	6				
Assertiviteitsproblemen	7	6				
Levens-/zingevingproblemen	nvt	3				
Agressie/woede	nvt	3				
Dwangmatige klachten	2	1				
Identiteitsstoornis	nvt	1				
<i>Totaal psychisch</i>	<i>70</i>	<i>73</i>		<i>60</i>	<i>61</i>	<i>59</i>

Gezondheid

Psychosomatisch/ somatoforme klachten	5	3	Psychosomatisch/ somatoforme klachten	5	4	5
Slaapproblemen	3	2	Klachten met betrekking tot slapen/eten/seks/ impulsbeheersing	3	3	3
Seksuele problemen	2	1				
Eetproblemen	1	1				
<i>Totaal gezondheid</i>	<i>11</i>	<i>7</i>		<i>8</i>	<i>7</i>	<i>8</i>

Anders

Gedragsproblemen	nvt	1	Gedragsproblemen	3	2	3
Psychose/decompensatie	nvt	1	Psychose/decompensatie	nvt	Nvt	nvt
Verslaving	nvt	1	Verslavingsproblemen	nvt	1	0
			Leerproblemen	1	1	1
			Zindelijkheidsproblemen	nvt	0	0
			Tic-Stoornissen	nvt	0	0
Anders	2	3	Anders	5	3	4
<i>Totaal anders</i>	<i>2</i>	<i>6</i>		<i>9</i>	<i>7</i>	<i>8</i>

* > 1 antwoord mogelijk

Duur en type hulpverlening

In tabel 4.11 is het type hulpverlening door eerstelijnspsychologen te zien.

Over het algemeen betrof voor de meerderheid van de cliënten de hulpverlening een behandeling. Ook crisisinterventie/ondersteuning maakt een aanzienlijk deel uit van de hulpverlening, evenals advies/consultatie en een oriënterend gesprek. Indien gekeken wordt naar de verschillen in het type hulpverlening in de periode van 1998 tot en met 2006, dan neemt het geven van kortdurende crisisinterventies en ondersteuning van 17% af naar 10%.

Tabel 4.11 Type hulpverlening bij de eerstelijnspsychologen

Bron: *Enquêtes eerstelijnspsychologen (1998)*, Jaarverslag 2002 LVE, LINEP (2004, 2005 en 2006)

	1998*	2002**	2004	2005	2006
Werkzaamheden	n=2.768		n=3.514	n=4.279	n=4.843
Behandeling	67	83	64	68	69
Kortdurende crisisinterventie/ondersteuning	17		10	10	10
Advies/consultatie	7		9	7	9
Oriënterend gesprek	7		8	7	7
Psycho-educatie	2		3	3	3
Anders			6	5	2

* > 1antwoord mogelijk

** Voor het jaar 2002 alleen bekend dat 83% van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog behandeling betrof

Tabel 4.12 toont gegevens over wachttijden, aantal sessies en behandelduur bij eerstelijnspsychologen tussen 1998 en 2006.

De gemiddelde wachttijd over de jaren 1998, 2002, en 2004 tot en met 2006 fluctueert van 10 tot 19 dagen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er in 2004 en 2005 op software niveau bij enkele eerstelijnspsychologen iets misgegaan is, waardoor de wachttijd in deze jaren niet correct geregistreerd werd. Dit heeft tot een onderschatting van de wachttijd geleid. In het jaarbericht van de LVE staat voor het jaar 2004 een wachttijd van gemiddeld 16 dagen. Dit is een betere benadering van de wachttijd in 2004. Er vanuit gaande dat de wachttijd in 2006 wel correct werd geregistreerd, is een toename in wachttijd nog steeds zichtbaar. In de afgelopen jaren is het gemiddelde aantal sessies ofwel zittingen per cliënt afgenomen. In 1998 had een cliënt gemiddeld nog 15 zittingen, vanaf 2004 reduceert dit naar 7 zittingen en dat aantal blijft stabiel voor de jaren 2005 en 2006. In 1998 nam de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog gemiddeld 175 dagen (5,7 maand) in beslag en in 2006 was dit 122 dagen (4 maanden).

Tabel 4.12 Gemiddelde wachttijd tot intake gesprek (in dagen), aantal sessies en behandelduur 1998 - 2006

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (1998 en 2002), LINEP (2004, 2005 en 2006)

	1998	2002	2004	2005	2006
	n=362	n=412	n=2.772	n=4.057	n=4.714
Wachttijd in dagen	12	17	10	13	19
Aantal sessies	15	13	7	7	7
Behandelduur in dagen	175	165	126	128	122

4.5 Aanbod van psychische problemen op regionaal niveau

Probleemaanbod bij huisartsen op regionaal niveau

In tabel 4.13 wordt per regio weergegeven welke percentage van de patiëntcontacten bij de huisarts psychische en sociale problemen betreft voor het eerste kwartaal van 2006. In bijlage 1 tabel 2. worden deze percentages ook voor het jaar 2005 gepresenteerd. Voor beide jaren geldt dat in het oosten van het land het percentage contacten waarbij psychische problemen vastgesteld zijn het grootst en in het zuiden het kleinst is. Het percentage contacten waar een sociaal probleem is vastgesteld, verschilt niet veel over de verschillende regio's; over de beide jaren is het percentage in het noorden het hoogst.

Tabel 4.13 Contacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2006 verdeeld over vier regio's

Bron: LINH 2006

	2006			
	Noord	Zuid	Oost	West
ICPC hoofdstuk: % van alle deelcontacten in eerste kwartaal	n=52.978	n=81.694	n=54.746	n=101.463
A: algemeen	6,5	7,6	8,7	9,6
B: Bloed en bloedvormende organen	1,6	1,0	1,0	1,0
D: Tractus digestivus	6,8	7,0	6,8	7,4
F: Oog	2,0	2,6	2,4	2,3
H: Oor	4,3	4,1	4,3	3,6
K: Tractus circulatorius	11,4	11,8	12,4	12,2
L: Bewegingsapparaat	14,3	15,6	14,0	12,7
N: Zenuwstelsel	2,5	2,8	2,6	2,6
P: Psychische problemen	5,9	5,0	6,6	6,6
R: Tractus respiratorius	13,9	14,5	13,1	14,7
S: Huid en subcutis	12,2	11,2	11,4	10,3
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	6,3	6,0	5,2	6,8
U: Urinewegen	3,7	3,0	3,9	3,0
W: Zwangerschap	2,3	1,6	2,0	2,3
X: Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,9	3,7	3,1
Y: Geslachtsorganen man	1,1	1,1	0,9	1,1
Z: Sociale problemen	1,4	1,2	1,1	0,9
Totale aantal contacten	100	100	100	100

Tabel 4.14 laat voor het jaar 2006 zien welke psychische of sociale diagnoses tijdens de contacten het meest gesteld worden. In bijlage 1. tabel 3 wordt dit ook voor het jaar 2005 weergegeven. In alle regio's komt depressie het meeste voor, gevolgd door slapeloosheid en een angstig/nerveus/gespannen gevoel. Voor beide jaren valt het op dat in vergelijking met de andere regio's in het westen tijdens meer contacten slapeloosheid/andere slaapstoornissen gediagnosticeerd werd en in het oosten in vergelijking met de andere regio's meer neurasthenie/surmenage vastgesteld werd.

Tabel 4.14 Meest voorkomende psychische (P-) of sociale (Z-) diagnoses bij de contacten in het eerste kwartaal 2006 verdeeld over de vier regio's

Bron: LINH 2006

	2006			
	Noord	Zuid	Oost	West
Meest voorkomende psychische en sociale diagnoses bij de contacten in eerste kwartaal	N=3.634	N=4.284	N=3.337	N=6.822
1 P76 Depressie	15,9	14,4	14,6	14,4
2 P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	7,3	11,6	8,4	16,3
3 P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	8,5	8,8	9,4	12,2
4 P74 angststoornis/angsttoestand	5,2	8,2	5,2	6,2
5 P03 down/ depressief gevoel	5,6	4,5	3,0	6,4
6 P78 neurasthenie/surmenage	5,2	2,9	6,9	3,0
7 P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	4,9	3,9	3,3	4,7
8 Z12 relatieprobleem met partner	2,5	2,6	3,4	2,2
9 P17 tabaksmisbruik	2,3	2,6	2,3	2,3
10 Z15 verlies/overlijden partner	3,3	2,7	2,7	1,3

Aanbod van psychische problemen bij het AMW op regionaal niveau

Tabel 4.15 laat per regio zien welke problematiek er binnen het AMW behandeld wordt. Ten aanzien van relationele problemen zijn er per regio geen grote verschillen te zien. In vergelijking met de andere regio's wordt in het noorden een aanzienlijk kleiner percentage cliënten bij het AMW geholpen voor (overige) psychische problemen. Hier staat tegenover dat in het noorden meer cliënten geholpen worden bij materiële problemen zoals problemen rondom de besteding, de huisvesting en het inkomen. In het oosten komen materiële problemen relatief minder vaak voor. In vergelijking met het noorden en het westen wordt in het zuiden en oosten van het land een kleiner percentage van de cliënten geholpen voor overige problemen die onder andere te maken kunnen hebben met de gezondheid of maatschappelijke organisaties.

Tabel 4.15 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen per AMW instelling verdeeld over vier regio's
Bron: MadiMonitor 2005

Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling*				
	Noord	Zuid	Oost	West
Relationeel				
Relatie ouder-kind	11	11	12	9
Relatie partner	7	8	9	8
Scheiding	6	6	6	5
Relatie met anderen	5	6	5	5
<i>Totaal relationeel</i>	<i>29</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>27</i>
Psychisch				
Verwerking gebeurtenissen	8	10	8	11
Identiteit	3	3	4	2
Eenzaamheid	1	2	2	2
Verslaving	1	1	1	2
Overig psychisch	9	14	17	12
<i>Totaal psychisch</i>	<i>22</i>	<i>30</i>	<i>32</i>	<i>29</i>
Materieel				
Besteding	12	11	7	9
Huisvesting	8	6	6	6
Arbeid	3	4	4	5
Inkomen	9	5	4	5
Vorming/opleiding	2	1	1	2
<i>Totaal materieel</i>	<i>34</i>	<i>27</i>	<i>22</i>	<i>27</i>
Overig				
Gezondheid	6	6	5	7
Maatschappelijke organisaties	6	4	4	5
Slachtoffer geweld	4	4	3	4
Cultuurverschillen	1	1	1	1
<i>Totaal overig</i>	<i>17</i>	<i>15</i>	<i>13</i>	<i>17</i>

* >1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

Aanbod van psychische problemen bij de eerstelijnspsycholoog op regionaal niveau

Tabel 4.16 laat per regio zien welke probleemgebieden voorkomen bij de eerstelijnspsycholoog. In vergelijking met de andere regio's wordt in het oosten van het land een kleiner percentage cliënten door de eerstelijnspsycholoog geholpen voor interpersoonlijke problemen en een groter deel van de cliënten geholpen voor angsten.

Tabel 4.16 Probleemgebieden voorkomend bij de eerstelijnspsycholoog

Bron: LINEP 2005

Probleemgebieden	% cliënten			
	Noord	Zuid	Oost	West
	n=686	n=1525	n=1063	n=1549
Relationeel				
Interpersoonlijke problemen	30	25	19	22
Gezinsproblemen	1	1	1	2
<i>Totaal relationeel</i>	<i>31</i>	<i>26</i>	<i>20</i>	<i>24</i>
Psychisch				
Aanpassings/verwerkingsproblemen	16	17	19	21
Depressies	11	16	11	17
Angsten	12	12	19	12
Werk en studieproblemen	10	9	8	7
Identiteitsproblemen	4	4	5	6
<i>Totaal psychisch</i>	<i>54</i>	<i>58</i>	<i>62</i>	<i>63</i>
Gezondheid				
Psychosomatische/somatoforme klachten	5	5	6	5
Klachten met betrekking tot slapen/eten/seks/impulsbeheersing	3	3	2	3
<i>Totaal gezondheid</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>8</i>
Anders				
Gedragsproblemen	3	2	6	2
Verslavingsproblemen	0	0	0	1
Leerproblemen	1	1	0	1
Zindelijkheidsproblemen	0	0	0	0
Tic-Stoornissen	0	0	0	0
Anders	3	6	4	4
<i>Totaal anders</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>8</i>

5 Resultaten: verwijsstromen

5.1 Inleiding

De doelstelling van een sterke eerstelijns GGZ is om patiënten met psychische en sociale problemen waar mogelijk binnen de eerstelijns te behandelen. Dit uit zich in het ideale geval in een optimale verwijsstroom: verwijzingen van patiënten binnen de eerstelijns GGZ waar dat kan en verwijzingen naar de tweedelijns GGZ wanneer dat nodig is. Er wordt dus een afnemende stroom van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ en een toenemende stroom van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ nagestreefd.

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de verwijsstromen bij huisartsen (paragraaf 5.2), AMW (paragraaf 5.3) en eerstelijnspsychologen (paragraaf 5.4) in kaart gebracht.

Paragraaf 5.5 toont de verwijsstromen op regionaal niveau

5.2 Ontwikkelingen in de verwijsstromen bij huisartsen

Tabel 5.1 toont de GGZ verwijzingen van alle patiënten die in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 tot en met 2006 een contact met de huisartspraktijk hebben gehad waarbij een psychische of sociale diagnose gesteld is. Daarbij moet opgemerkt worden dat er waarschijnlijk sprake is van onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en de vrijgevestigde psycholoog (zie hoofdstuk 2 paragraaf 2.3 Methode).

Tabel 5.1 Geregistreerde GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een psychische of een sociale diagnose in het eerste kwartaal 2001 en 2003 tot 2006

Bron: NS2/LINH registratie

	2001 (n=11.269)	2003 (n=12.831)	2004 (n=9.804)	2005 (n=7.499)	2006 (n=11.778)
Eerstelijns GGZ					
Algemeen Maatschappelijk Werk	5	4	6	7	6
Eerstelijnspsycholoog	10	8	13	19	11
<i>Totaal</i>	<i>15</i>	<i>12</i>	<i>19</i>	<i>26</i>	<i>17</i>
Tweedelijns GGZ					
Psychiatrie/PAAZ	21	18	23	35	21
Ambulante GGZ	15	11	14	20	13
Vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut	10	10	11	15	12
<i>Totaal</i>	<i>46</i>	<i>39</i>	<i>48</i>	<i>70</i>	<i>46</i>
Totaal	61	51	67	96	63

In 2001 werd 6% van de patiënten met psychische en sociale diagnoses door de huisarts doorverwezen. In 2003 neemt dat percentage af om daarna weer toe te nemen. Na 2005 daalt het percentage patiënten met psychische en sociale diagnoses dat door de huisarts wordt doorverwezen weer. Dit patroon is terug te zien bij zowel verwijzingen naar de eerstelijns GGZ als naar de tweedelijns GGZ.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de opvallend hoge verwijscijfers in 2005 voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden omdat in dat jaar een deel van de praktijken weggelaten zijn (zie ook paragraaf 2.2).

Ook is in kaart gebracht hoe de verwijsstromen vanuit de huisarts plaatsvinden bij vijf hoofdcategorieën van patiënten met psychische en sociale problemen en bij de groep patiënten met 'overige psychische en sociale problemen' (bijlage 2). Binnen vrijwel alle hoofdcategorieën van patiënten met psychische en sociale problemen is het aantal verwijzingen naar een GGZ hulpverlener in 2004 ten opzichte van 2001 en 2003 toegenomen en na 2005 weer afgenomen. Patiënten met de diagnoses depressie, stress, sociale problemen en angst worden over alle jaren het meest verwezen. Patiënten worden het minst verwezen voor slaapproblemen. Indien we kijken naar de verwijsbestemmingen, dan vinden binnen de eerstelijns naar zowel het AMW als de eerstelijnspsycholoog de meeste verwijzingen plaats bij patiënten met stress en sociale problemen. Wanneer we kijken naar de tweedelijns dan vinden verwijzingen naar de psychiatrie en ambulante GGZ het meest plaats bij patiënten met depressie. De meeste verwijzingen naar een vrijgevestigde psycholoog of psychotherapeut betreft patiënten met

stress of sociale problemen. Er wordt meer verwezen naar de tweedelijns dan binnen de eerstelijns.

5.3 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij het AMW

Instroom naar het AMW

Uit tabel 5.2 is af te lezen dat de verwijsstromen naar het AMW over de jaren niet veel veranderd zijn. Ongeveer de helft van de cliënten komt niet via een verwijzer, maar op eigen initiatief naar het AMW. Iets minder dan een derde van de verwijzingen naar het AMW, loopt via de huisarts. De rest van de verwijzingen vindt plaats op initiatief van een hulpverlener van het maatschappelijk werk, via de gemeente of (geestelijke) gezondheidszorg, de justitie, of andere initiatiefnemer zoals een woningbouwvereniging of onderwijsinstelling.

Tabel 5.2 Percentage verwijzingen naar het AMW en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003, 2004, 2005)

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling				
	2000	2002	2003	2004	2005
Type verwijzer					
Eigen initiatief	50	43	43	43	46
Huisarts	27	30	30	29	26
Maatschappelijk werk extern en maatschappelijke dienstverlening	6	7	7	7	6
Gemeente	3	4	4	4	5
Gezondheidszorg	3	3	3	3	3
GGZ	3	3	3	3	3
Justitie	3	2	2	2	2
Anders	7	8	9	8	9

Uitstroom van het AMW

Tabel 5.3 geeft inzicht in de verwijsbestemming van doorverwijzingen vanuit het AMW. Er is alleen gepercenteerd over die gevallen die, na intake (en behandeling) door AMW verder werden verwezen.

Tabel 5.3 Percentage doorverwijzingen vanuit het AMW en type hulpverlener waarnaar verwezen is

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003, 2004 en 2005)

	Gemiddeld % cliëntsystemen per AMW instelling				
	2000	2002	2003	2004	2005
Verwijsbestemming					
GGZ	29	32	33	33	35
Maatschappelijk werk (extern) en maatschappelijke dienstverlening	22	30	27	26	27
Gemeente	9	10	10	10	9
Gezondheidszorg	7	8	8	8	7
Huisarts	2	4	7	7	6
Justitie	5	5	6	6	7
Anders	29	15	12	12	12

Ook in de verwijzingenstroom vanuit het AMW hebben zich over de tijd niet veel veranderingen voorgedaan. Een derde deel van de cliënten wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en ongeveer een kwart naar een andere maatschappelijk werker. Wanneer het jaar 2000 vergeleken wordt met de andere jaren dan is het aantal (terug)verwijzingen naar de huisarts en het aantal doorverwijzingen naar een andere maatschappelijk werker en de GGZ toegenomen en het aantal doorverwijzingen ‘anders’ afgenomen. Van het totale aantal cliënten in een AMW instelling werd iets minder dan de helft doorverwezen.

5.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog

Instroom naar eerstelijnspsychologen

Tabel 5.4 toont de instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog. Het aantal cliënten dat op eigen initiatief naar de eerstelijnspsycholoog komt, is toegenomen, terwijl het aantal cliënten dat via de huisarts komt, afgenomen is. In 2006 komt meer dan een kwart van de cliënten op eigen initiatief en minder dan twee derde van de cliënten via de huisarts. De overige 12% van de cliënten is doorverwezen door een andere verwijzende instantie zoals bijvoorbeeld het bedrijfmaatschappelijk werk/bedrijfsarts.

Tabel 5.4 Percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was

Bron: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LINEP (2004, 2005 en 2006)

	% cliënten van de eerstelijnspsycholoog				
	1998	2002	2004	2005	2006
	n=2769	n=1108	n=3527	n=4282	n=4854
Type verwijzer					
Eigen initiatief	20	20	20	23	27
Huisarts	70	68	71	65	62
Bedrijfsmaatsch.werk/-arts	3	nvt	3	3	3
Schoolarts/school	nvt	nvt	1	1	1
AMW	1	1	1	1	1
Collega/ELP	1	2	1	1	1
2 ^e lijns GGZ of SGZ *	nvt	2	1	1	1
3 ^e lijns GGZ of SGZ*	nvt	nvt	0	0	1
Fysiotherapeut	nvt	nvt	0	0	0
Anders	5	7	2	4	4

*SGZ= somatische gezondheidszorg

Uitstroom vanuit eerstelijnspsychologen

De uitstroom van de cliënten van de eerstelijnspsychologen naar andere instanties wordt gepresenteerd in tabel 5.5. In 1998 en 2002 werden andere categorieën van verwijsbestemmingen gebruikt dan in 2004 en 2005. Er werd geregistreerd welk percentage van de cliënten doorverwezen werd naar het AMW, de ambulante GGZ, de vrijgevestigde psycholoog of psychiater en de restcategorie. Het onderscheid in collega eerstelijnspsycholoog, tweedelijns GGZ (RIAGG, poli psychiatrie) en derdelijns GGZ (Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)) wordt niet duidelijk gemaakt vandaar dat we in de onderstaande tabel een gecombineerd percentage laten zien. De restcategorie hebben we onder de categorie anders laten vallen, maar een deel van deze categorie zou nog onder de kopjes collega eerstelijnspsycholoog, tweedelijns GGZ en derdelijns GGZ kunnen vallen.

In het algemeen kan gezegd worden dat er zich geen grote veranderingen voorgedaan hebben in der verwijzingenstroom vanuit de eerstelijnspsycholoog. Over alle jaren heen, worden de meeste cliënten doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. De eerstelijnspsycholoog verwijst cliënten ook regelmatig door naar een collega eerstelijnspsycholoog, de derdelijns GGZ of de huisarts.

Tabel 5.5 Percentage doorverwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog en type hulpverlener waarnaar verwezen is

Bron: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LINEP (2004, 2005 en 2006)

	1998	2002	2004	2005	2006
	n=179	n=116	n=688	n=880	n=1034
Verwijsbestemming					
2 ^e lijns GGZ of SGZ	60 (26% ambulante GGZ en 44% vrijgevestigd)	48 (16% ambulante GGZ en 28% vrijgevestigd)	54	50	60
3 ^e lijns GGZ of SGZ			9	5	8
Collega/ELP			11	16	9
Huisarts	nvt	nvt	5	8	8
Bedrijfsmaatschappelijk werk/bedrijfsarts	nvt	nvt	4	5	3
AMW	5	5	4	4	3
Schoolarts/school	nvt	nvt	2	1	0
Fysiotherapeut	nvt	nvt	1	1	2
Anders	35	47	9	10	7

5.5 Verwijsstromen op regionaal niveau

Verwijsstromen bij huisartsen op regionaal niveau

In tabel 5.7 worden de verwijsstromen bij de huisartsen voor de verschillende regio's over het jaar 2006 weergegeven. In bijlage 1 tabel 4 worden de verwijsstromen ook voor het jaar 2005 weergegeven. In beide jaren verwijzen huisartsen in het noorden van het land hun patiënten het meest door. In vergelijking met de andere regio's verwijzen de huisartsen in het noorden van het land hun patiënten vaker door naar de eerstelijnspsycholoog en de psychiatrie.

Tabel 5.7 Geregistreerde GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een psychische of een sociale diagnose verdeeld naar de vier regio's in het eerste kwartaal van 2006

Bron: LINH registratie (2006)

	2006			
	noord	zuid	oost	west
	n=3.634	n=4.248	n=3.337	n=6.822
Eerstelijns GGZ				
Algemeen Maatschappelijk Werk	5	4	4	2
Eerstelijnspsycholoog	17	5	4	5
<i>Totaal</i>	22	9	8	7
Tweedelijns GGZ				
Psychiatrie/PAAZ	30	5	11	10
Ambulante GGZ	1	5	12	11
Vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut	2	7	6	6
<i>Totaal</i>	33	17	29	27
Totaal	54	26	37	34

Verwijsstromen bij het AMW op regionaal niveau

De instroom naar het AMW voor de vier regio's wordt in tabel 5.8 gepresenteerd.

Tabel 5.8 Percentage verwijzingen naar het AMW en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was voor de vier regio's voor het jaar 2005

Bron: Madimonitor 2005

Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	2005			
	Noord	Zuid	Oost	West
Type verwijzer				
Eigen initiatief	51	45	45	53
Huisarts	18	27	29	25
Maatschappelijk werk extern en maatschappelijke dienstverlening	6	6	6	7
Gemeente	5	5	5	4
Gezondheidszorg	2	2	3	2
GGZ	2	3	3	3
Justitie	3	3	2	2
Anders	14	8	11	7

Er zijn geen grote verschillen tussen de regio's. In vergelijking met de andere twee regio's komen in het zuiden en oosten iets minder cliënten op eigen initiatief naar het AMW. Hier staat tegenover dat er in deze regio's iets meer cliënten bij het AMW komen via de huisarts.

Tabel 5.9 toont de verwijsbestemming van doorverwijzingen vanuit het AMW voor de verschillende regio's. In vergelijking met de andere regio's, wordt in het zuiden een groter deel van de cliënten (terug)verwezen naar de huisarts. Verder worden in het oosten meer cliënten vanuit het AMW doorverwezen naar de GGZ. In het noorden wordt in vergelijking met het zuiden een groter deel doorverwezen naar een andere maatschappelijk werker.

Tabel 5.9 Percentage doorverwijzingen vanuit het AMW en type hulpverlener waarnaar verwezen is voor de vier regio's voor het jaar 2005

Bron: Madimonitor 2005

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling 2005			
	Noord	Zuid	Oost	West
Verwijsbestemming				
GGZ	34	34	40	33
Maatschappelijk werk (extern) en maatschappelijke dienstverlening	32	24	27	29

tabel 5.9 wordt vervolgd

vervolg tabel 5.9

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling 2005			
	Noord	Zuid	Oost	West
Verwijsbestemming				
Gemeente	12	7	10	10
Gezondheidszorg	7	8	7	7
Huisarts	4	11	3	5
Justitie	9	8	4	7
Anders	11	11	10	13

Verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog op regionaal niveau

Tabel 5.10 laat de instroom naar de eerstelijnspsycholoog voor de vier verschillende regio's zien. Er zijn geen grote verschillen tussen de regio's. In het algemeen komt ongeveer een kwart op eigen initiatief en ongeveer twee derde via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog. In vergelijking met het noorden en het zuiden komt in het oosten een kleiner deel van de cliënten op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog; het westen zit er tussenin.

Tabel 5.10 Percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was voor de vier regio's in 2006

Bron: LINEP 2006

	% cliënten van de eerstelijnspsycholoog 2006			
	Noord	Zuid	Oost	West
Type verwijzer	n=687	n=1.533	n=1.065	n=1.569
Eigen initiatief	30	29	23	26
Huisarts	60	58	64	66
Bedrijfsmaatschappelijk werk/ bedrijfsarts	3	4	2	3
Schoolarts/school	2	1	1	0
AMW	0	0	2	1
Collega/ELP	1	1	1	1
2 ^e lijns GGZ of SGZ*	2	1	1	2
3 ^e lijns GGZ of SGZ*	0	0	3	0
Fysiotherapeut	0	1	0	0
Anders	4	6	4	2

*SGZ staat voor somatische gezondheidszorg

De uitstroom van de cliënten van de eerstelijnspsychologen naar andere instanties voor de vier regio's wordt gepresenteerd in tabel 5.11

Tabel 5.11 Percentage doorverwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog en type hulpverlener waarnaar verwezen is voor de vier regio's in 2006

Bron: LINEP 2006

	Noord	Zuid	Oost	West
Indien doorverwezen	n=182	n=315	n=165	n=372
2 ^e lijns GGZ of SGZ*	69	54	57	60
Huisarts	2	13	6	9
Collega/ELP	13	8	6	9
3elijns GGZ of SGZ*	6	10	13	6
Bedrijfsmaatschappelijk werk/bedrijfsarts	2	3	4	3
AMW	2	1	7	3
Schoolarts/school	0	1	0	0
Fysiotherapeut	1	3	1	2
Anders	5	8	6	9

*SGZ staat voor somatische gezondheidszorg

In totaal wordt 11% van de cliënten doorverwezen. In het noorden wordt 19%, in het zuiden 10%, in het oosten 7% en in het westen 13% van de cliënten doorverwezen. In vergelijking met de andere regio's worden in het zuiden meer cliënten (terug) verwezen naar de huisarts en in het noorden meer cliënten doorverwezen naar een collega/ELP. In het noorden en het westen worden meer cliënten doorverwezen naar de tweedelijns GGZ of SGZ dan in zuiden en oosten ; daar worden meer cliënten verwezen naar de 3elijns GGZ of SGZ. Het percentage cliënten dat doorverwezen wordt naar het AMW is in het oosten hoger.

6 Discussie

6.1 Inleiding

Het doel van deze vervolgmonitor is het presenteren van kerngetallen betreffende de capaciteit van de eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, en eerstelijnspsycholoog), het probleemaanbod en verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerste naar de tweedelijns GGZ. Hiertoe zijn een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Op deze onderzoeksvragen wordt achtereenvolgens een antwoord gegeven (paragraaf 6.2). Verder worden er bij deze monitor enkele onderzoekstechnische kanttekeningen geplaatst (paragraaf 6.3). Tenslotte wordt het hoofdstuk afgesloten met overwegingen voor de toekomst (paragraaf 6.4).

6.2 De onderzoeksvragen

De monitor geeft antwoord op de volgende vragen:

Wat is de landelijke en regionale ontwikkeling op jaarbasis van:

- 1. hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ
- 2. de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden
- 3a. verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ
- 3b. verwijsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ

Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ?

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ kunnen als volgt samengevat worden. Hoewel de capaciteit aan huisartsen groot is, lijkt het beslag dat psychosociale problemen doen op de huisartscapaciteit iets af te nemen. De capaciteit AMW neemt na een daling in 2004 weer toe. De capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen neemt toe. Deze landelijke ontwikkelingen van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ zullen nader toegelicht worden.

In de periode van 2001 tot en met 2006 neemt het aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners geleidelijk toe, maar het percentage psychische en sociale problemen dat huisartsen zien vanaf 2004 licht af. Over de gehele periode blijft de capaciteit van huisartsen om zorg te leveren aan patiënten met psychische en sociale problemen vrijwel hetzelfde. In 2006 is voor deze problemen per 100.000 inwoners gemiddeld 3,0 fte aan huisartsenzorg beschikbaar.

Na invoering van de stimuleringsmaatregel AMW stijgt de capaciteit uitvoerend *AMW*

die psychische en sociale problemen behandelen, van 2000 naar 2003 tot 9,3 fte AMW per 100.000 inwoners. Na het stopzetten van de regeling neemt deze capaciteit weer af tot de 8,4 fte AMW/100.000 inwoners van voor de stimuleringsregeling. In 2005 lijkt deze afname zich weer te herstellen. De capaciteit uitvoerend AMWers die psychische en sociale problemen behandelen is dan weer toegenomen tot 8,7 fte. Deze stijging is vooral te danken aan een stijging in het aantal fte AMW per 100.000 inwoners. Hoewel het aantal fte AMW/100.000 inwoners overeenkomt met het aantal in 2003, is de toename in capaciteit AMW voor psychische en sociale problemen geringer omdat het AMW relatief minder problematiek als psychisch of relationeel is gaan benoemen (van 64% in 2000 naar 57% in 2005).

De capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren toegenomen van bijna 5 in 1998 tot ruim 8 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2007.

Deze toename in het aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen is belangrijk aangezien de verwachting is dat met de opname van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de ziektekostenverzekering op 1 januari 2008 de vraag naar eerstelijnspsychologische hulp zal toenemen. De financiële drempel om gebruik te maken van een eerstelijnspsycholoog zal wegvallen en onderzoek naar verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen heeft aangetoond dat een huisarts dan meer cliënten naar eerstelijnspsychologen gaat verwijzen in plaats van naar de gespecialiseerde GGZ. (IJland en Drouven, 2003) Deze verwachting wordt ondersteund door het gegeven dat er veel mensen met psychische en sociale problemen zijn met een latente hulpbehoefte. (Landelijke commissie geestelijke volksgezondheid, 2002) Indien de hulp voor hun psychische en sociale problemen straks onder de basisverzekering valt, doen deze mensen daar mogelijk ook een beroep op.

De LVE zet zich in op diverse manieren in de aanwas aan eerstelijnspsychologen te vergroten om zo aan de toenemende vraag naar eerstelijnspsychologische zorg te kunnen voldoen (notitie capaciteitsuitbreiding, LVE 2007). Een van de maatregelen is het creëren van opleidingsplaatsen voor GZ psychologen in de eerstelijns. (www.stichtingSPE.nl, 14-06-07)

Naast de capaciteit van de huisartsen, het AMW en de eerstelijnspsychologen is er ook nog de inzet van de consultatiegevers vanuit de tweedelijns die in de periode 2000-2005 is ingezet en gedurende die periode ongeveer 0.8-0.9 fte per 100.000 inwoners was. (Verhaak e.a., 2007) Deze consultatie wordt nu vooral verricht door een SPV-er uit de tweedelijns GGZ, maar zal in de toekomst steeds vaker verricht gaan worden door een praktijk ondersteuner huisartsen GGZ (POH GGZ). (Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn, 2007) Deze POH-GGZ zal de huisarts vanuit de eerstelijns ondersteunen bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen. De ondersteuning door de POH kan analoog gezien worden aan bijvoorbeeld de ondersteuning bij diabetes of COPD. Een dergelijke functie zou ingevuld kunnen worden door mensen met een SPV-, AMW- of ELP-achtergrond.

Indien gekeken wordt naar de totale inzet dan komt het grootste deel van de capaciteit van de eerstelijns GGZ van het AMW (in 2005 46% van alle beschikbare capaciteit (18,5 fte/100.000 inwoners)) en de eerstelijnspsycholoog (38%). De huisarts is weliswaar met

het grootste aantal aanwezig, maar omdat hij slechts rond de 7% van zijn inzet aan GGZ wordt besteed neemt hij maar 16% van de eerstelijns capaciteit voor zijn rekening.

Conclusie

De mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding van de GGZ die in de eerstelijns geboden wordt, zitten vooral bij de eerstelijnspsychologen en in toenemende mate bij het AMW. Daarnaast zal de POH GGZ in de huisartsenpraktijk een ondersteuningsfunctie gaan bieden voor de GGZ in de eerste lijn.

Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van het aanbod aan psychische problematiek binnen de eerstelijns GGZ?

De belangrijkste bevindingen zijn dat huisartsen minder patiënten met psychische problemen registreren en minder psychofarmaca hebben voorgeschreven bij patiënten met psychosociale problemen. Bij het AMW is het aandeel cliënten met materiële problemen toegenomen, bij de eerstelijnspsycholoog het aandeel cliënten met relationele problemen.

Uit de LINH registratie bleek dat huisartsen vanaf 2005 minder patiënten met psychische problemen zien. Bij minder dan 6% van de patiëntcontacten stelt de huisarts een psychische diagnose vast en bij 1% van de contacten een sociale diagnose. Ongeveer 9% van de patiënten die de huisarts bezoeken krijgen minstens één psychische diagnose en ongeveer 2% minstens één sociale diagnose. De meest voorkomende psychische en sociale diagnoses die gesteld worden zijn depressie, slapeloosheid en een angstig/nerveus/gespannen gevoel.

Het voorschrijven van psychofarmaca lijkt over zijn hoogtepunt heen te zijn. Vanaf 2003 neemt het gebruik van psychofarmaca geleidelijk af. In 2001 kreeg ruim de helft van de patiënten met psychische en sociale problemen nog psychofarmaca voorgeschreven; in 2005 was dit nog maar een derde van de patiënten.

Bij de AMW instellingen is het percentage cliënten dat behandeld wordt voor psychische problemen over de afgelopen jaren licht afgenomen van 35% in 2000 naar 28% in 2005. Door de jaren heen zijn daarentegen meer cliënten behandeld gaan worden voor materiële problemen.

Mogelijkerwijs gaat het aandeel dat het AMW aan psychosociale problemen besteedt, toenemen als de eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering opgenomen wordt en ook het AMW in aanmerking kan komen als verlener van deze zorg. Recent zijn er vanuit het Algemeen Maatschappelijk Werk een aantal pilots gestart om te onderzoeken hoe en onder welke voorwaarden AMW aanspraak kan doen gelden op financiering door de nieuwe Zorgverzekeringswet voor eerstelijnspsychologische zorg.

De duur van de hulpverlening uitgedrukt in het gemiddeld aantal dagen en gemiddeld aantal contacten neemt over tijd toe. In 2005 heeft een AMW-er gemiddeld 11 contacten met een cliëntsysteem en duurt de behandeling gemiddeld 7 maanden. Een mogelijke reden voor de toename in de duur van de zorg, is het voorkomen van complexere problematiek onder de cliënten die meer tijd vereist.

De meeste problematiek die bij de eerstelijnspsycholoog komt, is psychisch van aard.

Over tijd neemt echter het aandeel relationele problemen bij de eerstelijnspsycholoog toe. Het grootste deel van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog bestaat uit het geven van behandeling. Sinds 2004 is de duur van de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog uitdrukt in het gemiddeld aantal sessies en aantal dagen vrijwel gelijk gebleven. In 2006 bestaat de hulpverlening aan de cliënt uit 7 sessies en duurt deze ongeveer 4 maanden. De wachttijd neemt over tijd toe en is in 2006 gemiddeld 19 dagen. Het is niet onwaarschijnlijk dat met de toenemende vraag naar eerstelijnspsychologische zorg de wachttijd nog verder gaat toenemen.

Conclusies

Afgaande op de gegevens uit de huisartspraktijk is het aanbod aan psychische problemen ten opzichte van het totaal aanbod licht afgenomen. Er is ook een afname te constateren in het voorschrijven van psychofarmaca aan patiënten met psychische en sociale problemen door huisartsen. Bij het AMW zien we, dat materiële problematiek de afgelopen jaren relatief meer aandacht is gaan krijgen. Mogelijk verandert dit als ook het AMW in 2008 eerstelijnspsychologische zorg gaat verrichten. De duur van de behandelingen door het AMW is toegenomen. Bij de eerstelijnspsycholoog neemt over tijd het aandeel relationele problemen toe. Er vanuit gaande dat de wachttijd correct geregistreerd werd, neemt ook de wachttijd toe. Nieuwe aanwas van eerstelijnspsychologen zou dit tegen kunnen gaan.

Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ en de verwijfsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ?

Bij de huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk zijn de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ in de afgelopen jaren niet veel veranderd. Bij de eerstelijnspsycholoog neemt het aantal cliënten dat op eigen initiatief komt toe en het aantal cliënten dat via de huisarts komt af. In de uitstroom van cliënten van de eerstelijnspsycholoog naar andere instanties hebben zich weinig veranderingen voorgedaan.

Volgens de LINH resultaten verwijft de huisarts ongeveer 1,5% van zijn patiënten naar het AMW of de eerstelijnspsycholoog en ongeveer 6% van zijn patiënten naar de tweedelijns GGZ. Over de tijd is in deze verwijfszinstroom niet veel veranderd. Patiënten met de diagnoses depressie, stress en sociale problemen worden over alle jaren het meest verwezen. Patiënten worden het minst verwezen voor slaapproblemen. De meeste verwijfszingen binnen de eerstelijns vinden plaats bij patiënten met stress en sociale problemen. Binnen de tweedelijns worden vooral de patiënten met depressie en stress doorverwezen.

In de afgelopen jaren is de verwijfszinstroom naar het AMW niet aanzienlijk veranderd. Vanaf 2002 komt iets minder dan de helft van de cliënten op eigen initiatief bij het AMW. Iets minder dan een derde van de verwijfszingen loopt via de huisarts en de rest voornamelijk via het maatschappelijk werk of een andere initiatiefnemer zoals de gezondheidszorg of de gemeente. Ook in de verwijfszinstroom vanuit het AMW zijn over tijd weinig veranderingen opgetreden. Iets minder dan de helft van alle cliënten bij het AMW wordt doorverwezen. Een derde deel wordt verwezen naar de gespecialiseerde

GGZ en ruim een kwart naar een maatschappelijk werker.

Er hebben zich wel veranderingen voorgedaan in de instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog. Het aantal cliënten dat op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog komt is toegenomen, terwijl het aantal dat via de huisarts komt, afgenomen is. Mogelijk zijn zorgverzekeraars over de tijd minder vaak gaan eisen dat er een verwijzing van de huisarts nodig om de eerstelijnspsychologische zorg te kunnen vergoeden.

Het percentage cliënten dat vanuit de eerstelijnspsycholoog doorverwezen wordt, is over de jaren 1998 tot 2005 gestegen van 7% naar 11%. De meerderheid van de verwezen cliënten komt bij de tweedelijns GGZ terecht.

Conclusies

Het doel van de versterking van de eerstelijns GGZ betrof onder andere een toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ en afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Indien de bovenstaande resultaten bekeken worden, dan is dit doel tot op heden niet echt verwezenlijkt. Zowel de huisartsen, als het AMW en de eerstelijnspsycholoog blijven het merendeel van hun patiënten en cliënten naar de tweedelijns GGZ verwijzen.

Zijn er op regionaal niveau verschillen in de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, het aanbod aan psychische problematiek in de eerstelijns GGZ en de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ?

In vergelijking met de andere regio's is in 2005 en 2006 in het zuiden de capaciteit aan huisartsen per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen het laagst. De capaciteit uitvoerend AMW voor psychische en sociale problemen is in het zuiden juist het hoogst. In het westen is de capaciteit aan uitvoerend AMW voor psychische en sociale problemen het laagste. Daar staat wel tegenover dat het aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen in het westen iets hoger is. Het oosten heeft in vergelijking met de andere regio's een kleiner aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen.

Wanneer voor de jaren 2005 en 2006 gekeken wordt welke psychische of sociale diagnoses het meeste voorkomen onder huisartspatiënten, dan blijkt in vergelijking met de andere regio's in het westen vaker de diagnose 'slapeloosheid/andere slaapstoornis' en in het oosten vaker de diagnose 'neurasthenie/surmenage' gesteld te worden. In vergelijking met de andere regio's wordt in het noorden een kleiner percentage cliënten bij het AMW geholpen voor (overige) psychische problemen. Hier staat tegenover dat in het noorden meer cliënten geholpen worden bij materiële problemen zoals problemen rondom de besteding, de huisvesting en het inkomen. In het oosten komen materiële problemen relatief minder vaak voor. In vergelijking met de andere regio's zien in het noorden van het land meer cliënten met interpersoonlijke problemen en eerstelijnspsychologen in het oosten meer cliënten met angsten.

Er zijn enkele verschillen in de verwijsstromen voor de vier regio's. In de jaren 2005 en 2006 verwijzen huisartsen in het noorden hun patiënten het meeste door naar vooral een eerstelijnspsycholoog of de psychiatrie/PAAZ. In de verwijsstromen naar het AMW worden geen grote verschillen waargenomen. In vergelijking met de andere twee regio's komen in het zuiden en oosten iets minder cliënten op eigen initiatief naar het AMW. Hier staat tegenover dat er in deze regio's iets meer cliënten bij het AMW komen via de huisarts. In het zuiden wordt een groter deel van de cliënten van het AMW (terug)verwezen naar de huisarts en in het oosten een groter deel van de cliënten doorverwezen naar de GGZ. De instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog is over de vier regio's vrijwel hetzelfde. De meeste doorverwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog vinden plaats in het noorden en het westen. In vergelijking met de andere regio's worden in het noorden meer cliënten van eerstelijnspsychologen verwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog, in het zuiden meer cliënten (terug)verwezen naar de huisarts en in het oosten meer cliënten doorverwezen naar het AMW. In het noorden en westen worden meer cliënten van de eerstelijnspsycholoog doorverwezen naar de tweedelijns GGZ dan in het zuiden en het oosten waar meer cliënten naar de 3elijns GGZ of SGZ doorverwezen worden.

Conclusies

Om binnen alle regio's een sterke eerstelijns GGZ tot stand te brengen is het belangrijk om het capaciteitsbeleid aan te passen aan de regionale verschillen die er zijn in hulpverlenerscapaciteit, aanbod van psychische problemen en verwijsstromen. In de ene regio zijn er meer uitvoerend AMW-ers voor cliënten met psychische en sociale problemen; in de andere regio juist meer geregistreerde eerstelijnspsychologen. Gezien ook de verschillen in verwijsstromen lijkt het er op dat in de ene regio meer samengewerkt wordt met eerstelijnspsychologen terwijl in een andere regio meer samengewerkt wordt met en doorverwezen wordt naar de ambulante GGZ.

Bij een discussie over het capaciteitsbeleid in een regio kan ook de Vraag-aanbod analyse monitor eerstelijns GGZ (VAAM eerstelijns GGZ) een belangrijke rol spelen. De VAAM eerstelijns GGZ is een nieuw instrument dat het mogelijk maakt om op basis van de demografische gegevens van een regio voorspellingen te doen over de behoefte aan zorg.

6.3 Onderzoekstechnische kanttekeningen

De patiënt- en cliëntgegevens uit de meeste databestanden vormen een selectie van huisartsen, AMW of eerstelijnspsychologen. In het LINH netwerk zitten 87 huisartspraktijken, niet meer dan 90 AMW instellingen hebben registratiegegevens over cliënten geleverd en de LVE codeboeken zijn van een vijftigtal eerstelijnspsychologen uit LINEP afkomstig. Dit kan gevolgen gehad hebben voor de representativiteit van de regionale gegevens omdat deze van een nog geringere selectie van GGZ hulpverleners afkomstig zijn. Naar verwachting heeft het de landelijke gegevens niet in sterke mate beïnvloed aangezien bij de samenstelling van LINH en LINEP de representativiteit van de huisartspraktijken en eerstelijnspsychologen over de verschillende regio's sterk in acht genomen is. Ook heeft er bij het berekenen van de capaciteit AMW een extrapolatie

plaatsgevonden naar andere instellingen.

Bij de cliëntregistraties van de eerstelijnspsychologen en het AMW konden in de voorgaande jaren soms meerdere antwoordalternatieven gekozen worden. In de recentere registratie was dat veel minder het geval. Door de antwoorden om te zetten in percentages van het geheel is geprobeerd dit zoveel mogelijk te ondervangen.

Er dient ook een kanttekening gezet te worden bij de LINH gegevens uit dit rapport over het jaar 2005. In dit jaar hebben een aantal praktijken relatief veel diagnoses uit hoofdstuk A (algemeen) geregistreerd. In het bijzonder A97 (Geen ziekte) en A99 (Niet gespecificeerde ziekte) kwamen veel voor. Zoals in de methode (2.2) reeds beschreven is, wordt verondersteld dat een deel van deze diagnoses automatisch geregistreerd werden door het software systeem dat verbonden is met een apotheek. Negen praktijken met een overmaat aan “Hoofdstuk A diagnoses” zijn daarom uit de analyses weggelaten. Hoewel zorgvuldig uitgevoerde analyses hebben aangetoond dat de patiënten uit deze praktijken niet verschilden van de andere praktijken en ook niet van de doorsnee bevolking, moeten de LINH gegevens uit 2005 met enige voorzichtig geïnterpreteerd worden. De veronderstelling is dat vooral de verwijzingen naar de eerstelijns en tweedelijns GGZ hierdoor in vergelijking met de andere jaren te hoog uitgevallen zijn.

Om de cijfers van de eerstelijnspsychologen over de verschillende jaren in kaart te kunnen brengen, is gebruik gemaakt van de gegevens van de enquêtes uit 1998 en 2002 en de codeboeken van de peilstations van LINEP uit 2004, 2005 en 2006. De enquêtes uit 1998 en 2002 zijn afgenomen bij een populatie van eerstelijnspsychologen. Bij beide enquêtes heeft ongeveer de helft van alle werkzame eerstelijnspsychologen de vragen ingevuld. De gegevens van LINEP zijn afkomstig van een geselecteerde steekproef van eerstelijnspsychologen die de gegevens over hun cliënten goed op orde hebben. Deze twee vormen van dataverzameling leveren geringe verschillen in de gegevens op. Dat wordt nog duidelijker wanneer de gegevens van de enquête uit 2002 vergeleken worden met die van het jaarverslag 2002 van de LVE waarin de codeboeken van 180 eerstelijnspsychologen verwerkt zijn. Bij de interpretatie van de resultaten is hier rekening mee gehouden.

6.4 Overwegingen voor de toekomst

De resultaten gepresenteerd in dit vervolg rapport verschillen niet in sterke mate van het vorige monitorrapport. De capaciteit om zorg te verlenen aan patiënten met psychische en sociale problemen lijkt geleidelijk toe te nemen door een toename in capaciteit bij het AMW en een nog steeds toenemend aantal eerstelijnspsychologen. Verder lijken de gegevens er nog steeds niet op te wijzen dat psychische en sociale problemen, indien mogelijk vaker binnen de eerstelijns GGZ behandeld worden. De verwachting is dat hier veranderingen in zullen gaan optreden door diverse nieuwe wetgevingen die reeds in werking getreden of binnenkort doorgevoerd gaan worden. In het bijzonder zal hier aandacht besteed worden aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de plannen van de overheid om de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de ziektekostenverzekering op te nemen.

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden (*Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 351, Wet van 26 juni 2006, houdende nieuw regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*) Deze wet heeft grote gevolgen voor de branche Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening. Delen van de branche waaronder het AMW bieden AWBZ gefinancierde diensten aan, die op termijn overgeheveld worden naar de Wmo. De Wmo geeft gemeenten de opdracht tot het voeren van samenhangend beleid tussen algemene voorzieningen voor iedereen én individuele maatschappelijke ondersteuning voor kwetsbare burgers. De sociale samenhang en onderlinge steun bevorderen en het beroep op zorg terug dringen zijn belangrijke doelen. Het ministerie van VWS geeft de kaders aan waarin elke gemeente haar eigen beleid kan maken wat is afgestemd op de wensen en samenstelling van de inwoners. Aangezien iedere gemeente de maatschappelijke ondersteuning aan zijn inwoners zelf vorm moet geven, is het lastig om in te schatten wat de gevolgen van de Wmo op de hulpverlenerscapaciteit ten aanzien van psychische en sociale problemen, de hulpverlening en de verwijsstromen zullen zijn. Het is dan ook belangrijk deze gevolgen op regelmatige basis in kaart te brengen.

Naar verwachting zal op 1 januari 2008 de kortdurende eerstelijnspsychologische zorg worden opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering. Dit kan voor de eerstelijnspsycholoog en de hele eerstelijns GGZ diverse veranderingen met zich meebrengen. Eerst zullen de verwachte gevolgen ten aanzien van capaciteit, hulpverlening en verwijsstromen voor de eerstelijnspsycholoog geschetst worden.

Eerder is al beschreven dat met opname van de kortdurende eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering, verwacht wordt dat de vraag naar eerstelijnspsychologische hulp zal toenemen en dat de huisarts meer cliënten naar de eerstelijnspsycholoog zal gaan verwijzen in plaats van naar de gespecialiseerde GGZ. Onderzoek heeft ook aangetoond dat, indien de zorg (gedeeltelijk) vergoed wordt, het aantal lager opgeleide cliënten toeneemt. Dit kan gevolgen hebben voor het probleemaanbod en de hulpverlening. Zo komen bijvoorbeeld angststoornissen vaker voor onder personen met een lagere opleiding. (Bijl e.a, 1997)

Op dit moment is nog niet goed in te schatten welke veranderingen zich in 2008 nog meer gaan voordoen bij de eerstelijnspsychologen. Zal de verwachte toenemende vraag er toe leiden dat solopraktijken zich moeilijk staande houden en samengaan met grote praktijken? Worden de wachttijden langer? Dit zijn allemaal vragen die het NIVEL hoopt te kunnen beantwoorden door gebruikt te maken van de peilstations van LINEP en de online beroepsgroepmonitor eerstelijnspsychologen. (Brep)

Het verlenen van eerstelijnspsychologische zorg zal overigens niet alleen voorbehouden zijn aan de eerstelijnspsychologen. Op dit moment wordt er nog volop overleg gevoerd over de beschrijving van eerstelijnspsychologische zorg en welke aanbieders deze zorg zouden kunnen leveren. (Nederlandse zorgautoriteit, 2007) De functie van eerstelijnspsychologische zorg in de zin van kortdurende generalistische hulp voor psychische problemen zou ook kunnen geschieden vanuit het AMW, door een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) vanuit de tweedelijns GGZ of een zelfstandige GZ-psycholoog of psychotherapeut. Het vermoeden bestaat dat een aantal zelfstandige GZ-psychologen nu al eerstelijnspsychologische zorg verrichten. Het NIVEL doet daar op dit moment onderzoek naar. Mogelijk kunnen ook praktijk ondersteuners Huisartsen (POH)-

GGZ de eerstelijnspsychologische zorg aan gaan bieden (LVG, 2007).

Met de opname van de eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering veranderen de spelers in het veld van de eerstelijns GGZ. Met het voornemen om de huisarts praktijk te gaan versterken met de POH GGZ gaat de huisartsenpraktijk een groter aandeel van psychische en sociale problematiek bij cliënten voor zijn rekening nemen. Verder zullen niet alleen de van oudsher bekende eerstelijns-GGZ aanbieders zorg aan kunnen bieden; ook nieuwe spelers, waaronder vrijgevestigde GZ-psychologen en psychotherapeuten, kunnen een aanbod ter contractering aan verzekeraars voorleggen. Om een sterke eerstelijns GGZ te bewerkstelligen zullen al deze aanbieders op structurele wijze met elkaar samen moeten werken. Hiervoor is het noodzakelijk om de taken van de diverse beroepsbeoefenaren duidelijk te beschrijven zodat zowel voor de aanbieders, als zorgverzekeraars en patiënten en cliënten duidelijk is wie wat en waar aanbiedt. Alleen zo kan de juiste zorg op de juiste plaats geleverd worden.

Literatuur

- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen*. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141: p.2453-2460.
- Heideman J, Laurant M, Lin N van, Verhaak P, Wensing M, Grol R. De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. Tijdschr Gezondheidswet 2006a; 84: p.22-28.
- Heideman JM, Laurant MG, Wensing M, Grol RP. *Improving primary mental health care: Impact of a nationwide programme*. Health Policy 2007;81:p.146-54. Epub 2006 Jul 18
- Heideman JM, Laurant MG, Verhaak PMF, Wensing M, Grol RP. *Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact*. J Eval Clin Pract. (in press).
- Hingstman L, Kenens R. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2001*. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2003*. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2004*. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2005*. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Landelijke commissie geestelijke volksgezondheid. *Zorg van velen. Eindrapport van de landelijke commissie geestelijke volksgezondheid*. Den Haag: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002.
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. *Jaarverslag 2002 Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen*. Amsterdam: LVE, 2004.
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. *Jaarbericht Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen 2004*. Amsterdam: LVE, 2004.
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. *Notitie capaciteitsuitbreiding*. Amsterdam:LVE, 2007.
- Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn. *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn: een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn*. LVG, april 2007.
- Lamberts H, Wood, M (1986). *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press.

- Laurant MGH. *Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts: onderzoek van Nivel en WOK wijst op problemen*. Med Contact 2001;56:p.1780-1783.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek “Versterking Eerstelijns GGZ”. Integrale eindrapportage. Utrecht: NIVEL/Trimbos instituut/SGB0, 2004.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PMF. *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Eindrapportage landelijk onderzoek*. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PMF, Kornalijslijper N, Smeets KAPW, Schoenmakers CJHH. *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste Interim Rapportage*: Utrecht: NIVEL, 2002.
- Mesman J, Verhaak PFM. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een *onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen*. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie GGZ. Den Haag, Elkerhout 1999
- Muysken J, Kenens RJ, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2006*. Utrecht:NIVEL,2006.
- Nederlandse zorgautoriteit. *Consultatiedocument eerstelijns psychologische zorg*. Nederlandse zorgautoriteit, mei 2007.
- Wentink M, Hattum MJC, Hutschemaekers G. *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht: Trimbosinstituut, 2002.
- Verhaak PFM, Groenendijk J, Zantinge EM, Vonk E, Voordouw I, van de Veen C. *GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage*. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R (2002). *De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête*. Nijmegen: WOK.
- IJland CM, Drouven LE. *Samenvattende rapportage betreffende het project “Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen”*. Enschede: HHM, 2003.

Afkortingenlijst

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
BIG-registratie	Registratie gebeurt in het kader van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet-BIG)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DHV	District Huisarts Verenigingen
ELP	Eerstelijnspsycholoog
Fte	fulltime-equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
HIDHA	HIDHA (Huisarts In Dienst van een HuisArts)
ICPC	International Classification of Primary Care
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINEP	Landelijke Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen
LINH	Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn
MADI-Monitor	Monitor van Maatschappelijke Dienstverlening
MO-Groep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NS2	Tweede Nationale Studie
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)
P-diagnose	Psychische diagnose
POH GGZ	Praktijk Ondersteuner Huisartsen GGZ
RIAGG	Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
ROEP	Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen
SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten
SGZ	Somatische gezondheidszorg
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SSRI	Serotonine heropnameremmer
TCA	Tricyclische Antidepressiva
VAAM eerstelijns	Vraag-aanbod analyse monitor eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
GGZ	
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Z-diagnose	Sociale diagnose

Bijlage 1: Capaciteit, probleemaanbod en verwijsstromen bij huisartsen op regionaal niveau in 2005

Tabel 1. De totale huisartscapaciteit uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners per 1 januari 2005, gecorrigeerd voor psychosociale problemen

Bron: NIVEL beroepenregistratie huisartsen (2005), LINH (2005), CBS (2005)

	2005			
	Noord	Zuid	Oost	West
Aantal fte huisartsen	762	1478	1450	3231
fte huisartsen per 100.000 inwoners	44,7	41,7	41,8	42,3
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	7,7	5,3	7,4	6,8
Fte huisartsen per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen	3,4	2,2	3,1	2,9

Tabel 2. Contacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2005 verdeeld over vier regio's

Bron: LINH 2005

	2005			
	Noord	Zuid	Oost	West
ICPC hoofdstuk: % van alle deelcontacten in eerste kwartaal	n=37.755	n=50.240	n=52.854	n=84.521
A: algemeen	6,0	6,2	9,1	7,2
B: Bloed en bloedvormende organen	1,3	1,0	0,8	1,0
D: Tractus digestivus	6,9	7,0	6,3	7,3
F: Oog	2,6	2,4	2,3	2,4
H: Oor	4,7	5,2	4,0	4,6
K: Tractus circulatorius	10,6	9,2	11,3	10,1
L: Bewegingsapparaat	13,1	16,6	14,5	14,7
N: Zenuwstelsel	2,7	2,7	2,5	2,6
P: Psychische problemen	6,3	4,3	6,3	5,4
R: Tractus respiratorius	15,5	17,6	15,1	15,3
S: Huid en subcutis	12,6	12,4	11,1	12,4
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	5,4	4,4	5,3	5,5
U: Urinewegen	3,2	2,7	3,8	2,9
W: Zwangerschap	2,5	1,7	2,1	2,6
X: Geslachtsorganen vrouw	4,2	4,2	3,4	3,8
Y: Geslachtsorganen man	1,3	1,2	1,0	1,2
Z: Sociale problemen	1,4	1,0	1,2	1,1
Totale aantal contacten	100	100	100	100

Tabel 3 Meest voorkomende psychische (P-) of sociale (Z-) diagnoses bij de contacten in het eerste kwartaal 2005 verdeeld over de vier regio's

Bron: LINH 2005

2005				
	Noord	Zuid	Oost	West
Meest voorkomende psychische en sociale diagnoses bij de contacten in eerste kwartaal	n=2.906	n=2.688	n=3.617	n=5.386
1 P76 Depressie	18,0	14,4	19,9	16,0
2 P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	8,1	8,7	8,4	9,9
3 P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	7,1	7,0	10,7	8,0
4 P74 angststoornis/angsttoestand	6,5	5,9	4,4	6,0
5 P03 down/ depressief gevoel	4,2	5,2	4,0	4,2
6 P78 neurasthenie/surmenage	4,0	5,3	7,9	3,7
7 P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	4,3	3,8	3,1	6,4
8 Z12 relatieprobleem met partner	3,1	4,7	3,3	3,4
9 P17 tabaksmisbruik	2,5	3,8	3,1	4,1
10 Z15 verlies/overlijden partner	3,5	1,9	4,6	1,6

Tabel 4 Geregistreerde GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een psychische of een sociale diagnose verdeeld naar de vier regio's in het eerste kwartaal van 2005

Bron: LINH registratie (2005)

2005				
	noord	zuid	oost	West
	n=1.575	n=1.228	n=1.674	n=2.962
Eerstelijns GGZ				
Algemeen Maatschappelijk Werk	9	3	4	10
Eerstelijnspsycholoog	43	15	7	13
<i>Totaal</i>	<i>52</i>	<i>18</i>	<i>11</i>	<i>23</i>
Tweedelijns GGZ				
Psychiatrie/PAAZ	74	20	15	33
Ambulante GGZ	2	9	20	33
Vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut	2	31	14	14
<i>Totaal</i>	<i>78</i>	<i>60</i>	<i>49</i>	<i>80</i>
Totaal	129	78	60	104

Bijlage 2: Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ

Aantal GGZ-verwijzingen van huisartsen per 1000 patiënten in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004 uitgesplitst per diagnosegroep

Bron: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

	Depressie (P76/P03)					Slaapproblemen (P06)					Angst (P74/P01)				
	2001 n=2.412	2003 n=3.023	2004 n=2.157	2005 n=1.559	2006 n=2.400	2001 n=1.498	2003 n=1.545	2004 n=1.195	2005 n=850	2006 n=1.583	2001 n=1.919	2003 n=2.186	2004 n=1.644	2005 n=1.109	2006 n=2.015
<i>Eerstelijns GGZ</i>															
AMW	2	3	6	5	5	1	1	0	1	1	1	3	4	2	0
ELP	6	10	13	15	10	0	1	1	4	3	10	10	14	21	15
<i>Tweedelijns GGZ</i>															
Psychiatrie	26	25	34	62	25	0	2	2	1	1	13	15	15	35	20
Ambulante GGZ	17	15	19	28	16	1	1	0	1	1	11	9	14	20	9
Vrijgevestigde ²	11	8	13	12	10	3	1	1	1	1	6	12	11	14	11
Totaal	62	61	87	121	65	5	5	3	8	6	41	49	58	91	55

bijlage 2 wordt vervolgd

¹ leerproblemen, zorg om gedrag kind, geheugen/concentratie/oriëntatiestoornissen, een overactief kind of andere psychische klachten, symptomen of ziektes

² vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut

vervolg bijlage 2

	Stress (P78/P02)					Sociale problemen (Z12/Z05)					Overig psychisch/sociaal ¹				
	2001 n=1.255	2003 n=1.304	2004 n=1.040	2005 n=815	2006 n=1.184	2001 n=750	2003 n=874	2004 n=642	2005 n=548	2006 n=774	2001 n=4.621	2003 n=5.670	2004 n=3.723	2005 n=7.888	2006 n=4.967
<i>Eerstelijns GGZ</i>															
AMW	9	7	15	12	9	13	16	16	27	18	1	2	4	2	6
ELP	17	10	18	31	19	10	16	26	38	21	5	5	10	6	7
<i>Tweedelijns GGZ</i>															
Psychiatrie	12	14	15	26	12	9	13	14	18	8	17	16	27	12	26
Ambulante GGZ	9	6	16	15	11	12	8	8	9	8	13	10	14	8	15
Vrijgevestigde ²	18	19	14	22	25	8	25	23	16	26	4	5	8	6	8
Totaal	65	56	80	106	75	52	78	87	109	80	40	38	63	34	62

¹ leerproblemen, zorg om gedrag kind, geheugen/concentratie/oriëntatiestoornissen, een overactief kind of andere psychische klachten, symptomen of ziektes

² vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut