



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in samenwerking met het Trimbos instituut in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (P.F.M. Verhaak, I. Voordouw, J. Groenendijk, C.v d Veen, E.M. Zantinge E.Vonk , ***GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg Eindrapportage***, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg Eindrapportage**

Steunpunt Tussen de Lijnen:

NIVEL:	Trimbos-instituut
P.F.M. Verhaak	I. Voordouw
J. Groenendijk	C.v d Veen
E.M. Zantinge	
E. Vonk	

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Tel. 030 2729 700 - Fax 030 2729729

Trimbos-instituut - Postbus 725 - 3500 AS Utrecht - Tel. 030 297 11 00 - Fax 030 297 11 11



ISBN 90-6905-774-3

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 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

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Achtergrond	5
1.2 Het Steunpunt Tussen de Lijnen	7
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Indeling van deze rapportage	8
<b>2 Methode en participatie van projecten</b>	<b>9</b>
2.1 Methode Monitoring Consultatieve Projecten	9
2.2 Methode Registratie Consultatieve Contacten.	10
2.2.1 Inleiding	10
2.2.2 Procedure	10
2.2.3 Registratieformulier	11
2.2.4 Analyse	14
2.2.5 Deelnemende projecten	14
<b>3 Resultaten op projectniveau (De monitoring)</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Inhoud van de projecten: Type consultatieve activiteiten, consultatievragers en –gevers	17
3.3 De toekomst van de projecten	21
<b>4 Resultaten op het niveau van de consultatieve contacten (De Registratie )</b>	<b>25</b>
4.1 Inleiding	25
4.2 Consultatievragers en consultatiegevers	25
4.3 Patiënten en hun problemen	27
4.4 Het vervolg van de consultatie	32
<b>5 Samenvatting, discussie en aanbevelingen</b>	<b>35</b>
5.1 Samenvatting van de resultaten	35
5.2 Discussie: zijn de beoogde doelstellingen gerealiseerd?	37
5.3 Aanbevelingen	39
<b>Literatuur</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 1:</b> Vragenlijst Monitor consultatieve activiteiten 2005	<b>43</b>
<b>Bijlage 2:</b> Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten tot mei 2003	<b>51</b>
<b>Bijlage 3:</b> Registratieformulier consultatieve contacten vanaf mei 2003	<b>57</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In 1997 constateerde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat het aantal hulpvragen op het gebied van psychische problematiek een stijgende lijn vertoonde (Brief Geestelijke Gezondheidszorg, 1997). De minister stelde een beleidsprogramma voor om aan deze groeiende vraag te kunnen voldoen, waarbij versterking van de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een centrale positie innam. Het beleidsprogramma van VWS was erop gericht een sterkere, meer samenhangende eerstelijns GGZ te realiseren waarbij patiënten sneller de zorg krijgen die zij nodig hebben. De behandeling van patiënten dient niet in een hoger echelon dan nodig plaats te vinden: behandeling dient - indien mogelijk - kort en algemeen in de eerstelijns plaats te vinden en - indien nodig - intensief en specifiek in de tweedelijns.

De kerndisciplines van de eerstelijns GGZ zijn de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijnspsycholoog. Om de beleidsdoelstellingen te realiseren adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg in 1998 al dat de huisarts binnen de eerstelijns GGZ een centrale poortwachtersrol zou moeten vervullen. Om deze daartoe in staat te stellen zonder dat de werkdruk van de huisarts onaanvaardbaar hoog zou worden, zou hij binnen de eerstelijns moeten worden bijgestaan door het AMW en de eerstelijnspsycholoog. Daarnaast zou hij vanuit de gespecialiseerde tweedelijns GGZ ondersteund moeten worden met expertise die men door middel van consultatie in de eerstelijns zou inbrengen (RVZ 1998).

In de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van 1999 werden de maatregelen van VWS verder uitgewerkt. De maatregelen waren gericht op een betere samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ, betere samenwerking binnen de eerstelijns GGZ-disciplines, meer deskundigheid binnen de eerstelijns GGZ en capaciteitsvergroting van de eerstelijns. De meeste maatregelen zijn in de periode van 1999-2001 in werking getreden.

Eén van de maatregelen die het ministerie van VWS heeft genomen om de eerstelijns GGZ te versterken is de Consultatieregeling waarover wij hier rapporteren. Sinds 1999 heeft het ministerie van VWS jaarlijks geld beschikbaar gesteld ten behoeve van consultatieprojecten in de Geestelijke Gezondheidszorg, met de zogenaamde regeling Consultatiegelden. Onder de consultatiemethode werd oorspronkelijk een werkwijze verstaan waarbij op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid de consultatiegever specialistische kennis en vaardigheden overdraagt aan de consultatievrager (Gersons, 1977). Bij de klassieke vorm van consultatie vindt zodoende een gesprek plaats tussen de consultatievrager en consultatiegever. Echter, gebaseerd op het idee van decentralisatie en deregulering, liet men de precieze invulling van de regeling aan het veld over, hetgeen tot verschillende varianten heeft geleid. In onze jaarlijkse rapportages zijn we daar al op in

gegaan, in deze eindrapportage komen we daar op terug.  
In dit rapport wordt onder consultatie verstaan:

*Het door de specialistische GGZ ter beschikking stellen van deskundigheid om patiëntgebonden hulpverlening voor psychische problemen in de eerstelijns te optimaliseren.*

De regeling Consultatiegelden zou de eerstelijns GGZ (huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen) de mogelijkheid bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Goede consultatiemogelijkheden van de tweede- aan de eerstelijns zouden bijdragen aan een betere samenwerking tussen de lijnen en de deskundigheid binnen de eerstelijns bevorderen, hetgeen past in de missie van de versterking van de eerstelijns GGZ. Door middel van consultatie wordt de eerstelijns GGZ ondersteund bij de uitvoering van GGZ-taken. Vooral voor de huisarts is dit van groot belang; het beleidsprogramma van VWS moest in ieder geval de werkbelasting van de huisarts niet vergroten.

Als doelstelling van de regeling kunnen we de volgende elementen onderscheiden:

- versterking van de eerstelijns GGZ door
- deskundigheidsbevordering
- verbetering van de relatie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn waardoor
- zomogelijk patiënten binnen de eerstelijns behandeld kunnen blijven worden,
- zonodig patiënten snel in de 2<sup>e</sup> lijn terecht kunnen en waarbij
- de werkdruk bij huisartsen niet toe zou nemen

In 1999 was 6 miljoen gulden (2,72 miljoen euro) beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2002 was jaarlijks 12 miljoen gulden (5,45 miljoen euro) uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. In augustus 2002 werden betrokken partijen door VWS geïnformeerd dat de regeling verlengd werd tot en met 2005, met eveneens 5,45 miljoen euro per jaar.

De consultatiegelden werden jaarlijks op basis van inwonersaantallen verdeeld over de 31 zorgregio's waarin de zorgverzekeraars Nederland hebben opgesplitst. De regionale zorgkantoren van deze zorgregio's hadden de taak om deze gelden toe te kennen aan veelbelovende initiatieven of goed lopende projecten. Om voor subsidiëring in aanmerking te komen moest een project aan de volgende voorwaarden voldoen: de consultatieve activiteit moest op individuele patiënten gericht zijn (nascholingsactiviteiten kwamen niet in aanmerking als "project") en de consultatieve activiteit moest in onderling overleg tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ ontwikkeld zijn, m.a.w. de eerstelijns moest tevoren al ingestemd hebben met het door de tweedelijns geboden aanbod.

Bij de start van de Consultatieregeling in de tweede helft van 1999 werd het onderling overleg waarbinnen projecten werden geconcipeerd vooral gevoerd tussen tweedelijns partijen en huisartsen. Toen bleek dat de andere kerndisciplines in de eerstelijns hierdoor buitengesloten dreigden te raken, werd vanaf 2000 de regeling expliciet ook opengesteld voor het AMW en eerstelijnspsychologen als potentiële consultatievragers.

De regeling was in eerste instantie voor drie jaar aangekondigd, werd in 2003 verlengd tot

het einde van 2005 en bleek in november 2005 ook nog in 2006 aangesproken te kunnen worden. Deze rapportage betreft de periode vanaf het begin tot medio 2005, toen de registratie van consultatieve contacten werd beëindigd.

## 1.2 Het Steunpunt Tussen de Lijnen

Vanaf het begin van de regeling had het Steunpunt Tussen de Lijnen, een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het Trimbos-instituut, de taak om **consultatieprojecten** die vanuit de regeling Consultatiegelden van start waren gegaan te **monitoren**. Dit hield in dat werd bijgehouden welke initiatieven op welke plek gestart waren. Per project werden projectkenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de betrokkenen bij een project waren, wat voor soort consultatie werd geboden en of het project zich richtte op speciale doelgroepen. Zo ontstond een landelijk beeld van de spreiding en vormgeving van deze projecten. Deze monitoring vond plaats door middel van een jaarlijkse enquête onder alle bekende projecten (zie verder hoofdstuk 2.1).

Daarnaast heeft het Steunpunt een **registratie van consultatieve contacten** ontwikkeld, waarmee inzichtelijk werd wat er tijdens de consultaties daadwerkelijk gebeurde. Elk gestart consultatieproject is door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van het consultatieproject werden daarbij verzocht bij elke cliënt over wie zij een nieuwe consultatievraag ontvingen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren. Zie voor meer details over de registratie hoofdstuk 2.2

Naast de onderzoeksfunctie, waaruit de registratie en analyse van consultatieve contacten voortvloeit, beheerde het Steunpunt Tussen de Lijnen een helpdesk waar informatie en advies wordt geboden bij vragen uit het veld omtrent de Consultatieregeling. Ook had het Steunpunt een platformfunctie ten opzichte van alle betrokkenen die zich bezig houden met de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Deze functie was vooral zichtbaar in het uitbrengen van de Nieuwsbrief Tussen de Lijnen en het organiseren van conferenties. Door middel van deze Nieuwsbrief werden ook de projecten op de hoogte gesteld van de resultaten van de monitoring van projecten en de registratie van consultatieve contacten.

Binnen het Steunpunt Tussen de Lijnen beheerde het NIVEL de databank en registratie, vervulde het Trimbos-instituut de helpdesk functie en werd gezamenlijk vormgegeven aan de platformfunctie. Daarnaast zijn vanuit beide instituten onderzoeksprojecten gaande die in de lijn liggen van de activiteiten van het Steunpunt.

Het Steunpunt Tussen de Lijnen rapporteerde jaarlijks in de zomer aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen over de bevindingen aangaande de monitoring van projecten en in de winter over de registratie van consultatieve contacten. De Stuurgroep Tussen de Lijnen was ingesteld door VWS om de versterking van de eerstelijns GGZ in de praktijk mogelijk te maken. Alle betrokken partijen bij de versterking van de eerstelijns GGZ waren in deze Stuurgroep vertegenwoordigd. De projectleiders die deelnemen aan de consultatieregistratie kregen jaarlijks via de Nieuwsbrief Tussen de Lijnen een samenvatting van deze rapportage over de consultatieve contacten. Deze samenvatting

ging gepaard met een spiegelrapportage van hun eigen, projectspecifieke resultaten. In deze eindrapportage worden aspecten van die jaarlijkse rapportages over monitoring en registratie samengevat tot één integrale terugblik op meer dan zes jaar Consultatieregeling.

### 1.3 Vraagstelling

In deze eindrapportage zullen we vaststellen hoe de Consultatieregeling zich van het begin tot het einde van de regeling ontwikkeld heeft en in hoeverre deze ontwikkeling overeenstemde met de oorspronkelijke doelstellingen. Is er sprake geweest van een versterking van de eerstelijns GGZ?

We onderzoeken deze ontwikkeling **op projectniveau** door de volgende vragen n.a.v. de monitoring van projecten te beantwoorden:

Hoe heeft de Consultatieregeling landelijk gestalte gekregen gedurende de afgelopen vijf jaar?

- hoeveel projecten zijn er geweest?
- welke eerstelijnspartijen waren betrokken?
- wat was het aanbod van de tweedelijns?

Hoe heeft men de consultatieprojecten georganiseerd?

- in financieel opzicht
- in organisatorisch opzicht

Wat zal de toekomst van het consultatieve aanbod vanuit de tweedelijns GGZ ten behoeve van de eerstelijns zijn?

Op het niveau van het **consultatieve contact** beantwoorden we de volgende vragen m.b.v. de gegevens uit de registratie van consultatieve contacten:

- Wie waren de consultatievragers en aanbieders door de jaren heen?
- Wat was de consultatiesetting door de jaren heen?
- Wie waren de cliënten waarover consultatie gevraagd werd?
- Wat behelsde het consultatieve advies?
- Hoe werd de consultatie vervolgd?

### 1.4 Indeling van deze rapportage

In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de methode die wij gebruikt hebben om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

In hoofdstuk 3 worden landelijke resultaten met betrekking tot de gestelde vragen op projectniveau gepresenteerd.

In hoofdstuk 4 komen de resultaten met betrekking tot de gestelde vragen op het niveau van het consultatief contact aan bod.

Hoofdstuk 5 bevat conclusies en aanbevelingen voor de Stuurgroep Tussen de Lijnen.



## 2 Methode en participatie van projecten

### 2.1 Methode Monitoring Consultatieve Projecten

Om de consultatieve activiteiten in de verschillende regio's en de inhoud van de projecten in kaart te brengen is jaarlijks, vanaf voorjaar 2000 de volgende procedure gehanteerd: Het Steunpunt Tussen de Lijnen benaderde meteen na 31 maart (de sluitingsdatum voor het indienen van subsidieverzoeken) de GGZ-contactpersonen van de zorgkantoren om een overzicht te geven van projecten die voor dat jaar consultatiegelden toegezegd hebben gekregen en van de hoogte van de toegezegde bedragen. Al deze projecten werden vervolgens in het voorjaar door het Steunpunt aangeschreven met het verzoek ons projectinformatie te verschaffen.

Tabel 2.1 toont van jaar tot jaar het aantal door de zorgkantoren aangemelde projecten en het aantal geretourneerde projectbeschrijvingen. Tot en met 2002 is er sprake van een toename van het aantal aangemelde projecten, na 2002 is er sprake van een lichte afname. Zoals we in hoofdstuk 3 zullen zien heeft dit onder andere te maken met de geleidelijke overgang van projectmatige financiering vanuit de Consultatieregeling naar een of andere vorm van reguliere financiering. Zo bracht de grote GGZ-instelling Altrecht in 2004 een vijftiental projecten onder in een uit reguliere middelen gefinancierd pakket.

Tabel 2.1 Overzicht aantal projecten en aantal ontvangen projectbeschrijvingen per jaar

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Instellingen/GGZ-aanbieders	58	68	71	67	64	64
Projecten	95	112	123	112	115	105
Projectbeschrijvingen	62	93	111	79	86	70
% respons	65%	83%	90%	71%	75%	67%

We zien tevens dat in de "groeitijd" de respons zeer hoog was. Na 2002 is deze wat lager, hetgeen onder andere verklaarbaar is uit het feit dat er jaarlijks goeddeels hetzelfde werd gevraagd. Desalniettemin is de respons over alle jaren heen bevredigend.

De volgende projectinformatie werd jaarlijks gevraagd:

- Soort consultatie activiteit (telefonisch, bijeenkomst met consultatiegever en -vrager met of zonder patiënt, groepsbijeenkomsten, bijscholing of andersoortige consultatie)
- Consultatiegever en fte's (Psychiater, SPV, psycholoog of psychotherapeut of anders)

- Locatie van consultatie
- Specifieke doelgroepen

Vanaf 2002 is de projectleiders gevraagd een schatting te geven van het aantal eerstelijns betrokkenen, uitgesplitst per discipline, om zicht te krijgen op het bereik van de projecten.

In 2003 is voor het eerst meer gedetailleerde informatie gevraagd over andere financieringsbronnen van de consultatieve projecten naast de Consultatieregeling.

Al deze informatie is in 2004 opnieuw gevraagd. Bovendien zijn in 2004 extra vragen gesteld over het verstrekken van kortdurende behandeling/begeleiding in het kader van de Consultatieregeling en de wijze waarop wordt omgegaan met onder andere registratie, behandelverantwoordelijkheid en rapporteren. Ten slotte zijn vragen over de toekomst van het project, na beëindiging van de Consultatieregeling gesteld.

In 2005 zijn ook vragen gesteld over de toekomst van de consultatieve activiteiten met betrekking tot organisatie en financiering. Daarnaast is er extra aandacht besteed aan samenwerking tussen de verschillende deelnemers binnen de consultatieve activiteiten en in de regio.

De gehele vragenlijst 2005 is als bijlage 1 bijgevoegd.

## **2.2 Methode Registratie Consultatieve Contacten.**

### **2.2.1 Inleiding**

Om de inhoud van consultatieve contacten in beeld te brengen, heeft vanaf het jaar 2000 een doorlopende registratie plaatsgevonden van consultatieve contacten.

Consultatiegevers vulden deze formulieren in na ieder eerste contact over of met een cliënt. Tot het voorjaar 2003 vond deze registratie plaats op uitgebreide registratieformulieren (zie bijlage 2), vanaf mei 2003 wordt geregistreerd op nieuwe, verkorte formulieren (bijlage 3). De nieuwe, verkorte formulieren werden ook ingevuld met betrekking tot vervolcontacten. Vanaf 2003 leveren een aantal projecten digitale bestanden met gegevens aan, die informatie bevatten die vergelijkbaar is met die van de verkorte formulieren.

### **2.2.2 Procedure**

De projecten die in aanmerking kwamen voor consultatiegelden werden door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan de consultatieregistratie op het moment dat het project daadwerkelijk startte. Deelname aan de project- en consultatieregistratie was één van de voorwaarden voor de projecten om in aanmerking te komen voor het ontvangen van consultatiegelden.

Op het moment dat een project kon starten met de consultatieregistratie, ontving de betreffende projectcoördinator van het Steunpunt registratieformulieren. De projectcoördinatoren verspreidden de registratieformulieren onder alle consultatiegevers van een project. De projectcoördinator zorgde ervoor dat er regelmatig, bij voorkeur maandelijks, formulieren werden geretourneerd naar het Steunpunt Tussen de Lijnen.

Indien een project nieuwe formulieren nodig had, werden deze bij het Steunpunt besteld. Vanaf het voorjaar 2003 werd deze registratie op verkorte formulieren ingevuld. Er was intussen een groot gegevensbestand van zo'n 40.000 geregistreerde consultaties verzameld. Daarmee was genoeg informatie voorhanden om allerlei onderlinge relaties te berekenen. Bovendien bleken sommige gegevens door de tijd heen nauwelijks onderhevig aan verandering, zodat het weinig meerwaarde had dit doorlopend te blijven registreren. Daarom is gekozen voor een verkorte opzet, met alleen een registratie van de kerngegevens bij elke consultatie, zodat de administratie ook minder tijd zou kosten voor de deelnemende projecten. Wel was het bij de nieuwe registratie de bedoeling dat ook de vervolgsconsultaties bij een cliënt geregistreerd werden, in tegenstelling tot de oude registratie, waarbij alleen werd gevraagd het eerste consultatieve contact met een cliënt vast te leggen.

Een toenemend aantal instellingen, dat de door ons gevraagde gegevens voor eigen administratie ook al automatisch registreerde, is deze data geautomatiseerd aan gaan leveren. Dit betrof meestal gevallen waar de consultatie al "regulier" geworden was, en dus na afloop van de regeling Consultatiegelden gecontinueerd zal worden. Omdat de geautomatiseerde registratie onafhankelijk van het Steunpunt Tussen de Lijnen verloopt, zullen deze gegevens in de toekomst in principe beschikbaar blijven om het verdere verloop van consultatieve activiteiten op een aantal punten te kunnen blijven monitoren.

### **2.2.3 Registratieformulier**

Het oude formulier voor de registratie van consultatieve contacten (zie bijlage 2) werd telkens ingevuld wanneer een consultatiegever een nieuwe consultatievraag over een cliënt ontving. Het formulier bestaat uit vragen met vaste antwoordcategorieën, betreffende de setting, de aanleiding, de onderwerpen van de consultatie en de wijze waarop de zorgverlening na de consultatie wordt voortgezet. Bij de nieuwe registratie (bijlage 3) wordt alleen de setting van de consultatie ingevuld en het vervolg op de consultaties. Bij de nieuwe registratie wordt nog extra ingevuld of de consultatie een eerste contact of een vervolgsconsultatie betreft. Hieronder worden de categorieën toegelicht.

#### *Setting van de consultatie (oude en nieuwe registratie)*

Het formulier bevat algemene informatie over de consultatie zoals de datum van consultatie en welke partijen betrokken zijn bij de consultatie. Ook is leeftijd en geslacht van de cliënt opgenomen. Ingevuld wordt of de consultatievrager een huisarts, AMW-er, eerstelijnspsycholoog of een andere eerstelijns discipline is. Met betrekking tot de consultatiegever wordt aangekruist of het een psychiater, geriater, jeugdpsychiater of arts-(assistent) betreft of dat een psycholoog, pedagoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), B-verpleegkundige of iemand van een andere discipline consultatie geeft. Voor de leesbaarheid van dit rapport hebben we de disciplines van de consultatiegever geclusterd in de volgende categorieën (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2 Clustering consultatiegevers

Cluster	Disciplines consultatiegevers
Medisch	psychiater, geriater, jeugdpsychiater of arts(assistent)
Gedragwetenschappelijk	psycholoog, pedagoog
Verpleegkundige	sociaal psychiatrisch verpleegkundige, B-verpleegkundige
Anders	

De categorie ‘medisch’ bestaat voor het grootste gedeelte uit psychiaters, de categorie ‘gedragwetenschappelijk’ uit psychologen en de categorie ‘verpleegkundige’ uit SPV-en. Daarom spreken we in dit rapport over psychiaters, psychologen en SPV-en wanneer we deze clusters aanduiden.

Op het registratieformulier wordt vervolgens aangeven wat de setting van de consultatie is:

- Telefonische consultatie
- Vis à vis consultatievrager (gesprek tussen consultatiegever en -vrager)
- Vis à vis consultatievrager en patiënt (gesprek tussen consultatiegever, -vrager en patiënt)
- Vis à vis met uitsluitend patiënt (gesprek tussen consultatiegever en patiënt)
- Anders

*Aanleiding voor de consultatie (alleen oude registratie)*

Om aan te geven welke problematiek besproken is, is een lijst van 23 stoornissen en hulpvragen opgenomen waarvan de consultatiegever bij maximaal 3 stoornissen een 1, 2 of 3 kan omcirkelen, wat een rangorde van belang van de stoornissen aangeeft. Met “1” gelabelde stoornissen werden als “primaire” hulpvraag gezien, met “2” of “3” als secundaire hulpvraag. Om de gegevens meer inzichtelijk te maken zijn de 23 stoornissen geclusterd in 7 categorieën. Dit leidt tot de indeling in tabel 2.3:

Tabel 2.3 Clustering van stoornissen

Cluster	Stoornissen
Psychiatrie	organische stoornis, gebruik psychoactieve middelen, schizofrenie
Stemmingsstoornis	Manische episode, bipolaire affectieve stoornis, depressieve episode, persisterende stemmingsstoornis
Angst en spanning	fobische stoornis, andere angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis, reactie op ernstige stress
Somatoforme stoornis	somatoforme stoornis
Persoonlijkheid en gedrag	stoornis van persoonlijkheid en gedrag
Psychosociale problematiek	school- en leerklachten, opvoeding, partner/gezin/familie, werk/studie, leggen van contacten
Overige problematiek	eetstoornis, slaapstoornis, seksuele stoornis, psychotrauma, overige klachten

Op het registratieformulier wordt ook gevraagd naar de geschiedenis van de stoornissen waarover consultatie wordt gevraagd.

De volgende indeling wordt gehanteerd:

- Een nieuwe stoornis
- Een bestaande stoornis die plotseling verergert of waarvan behandeling geen resultaat oplevert
- De patiënt heeft al lang psychische stoornissen.

Ook geeft de consultatiegever aan wat redenen zijn voor de hulpverlener om consultatie te vragen:

- Onduidelijkheid over de diagnose
- Overmatig bezoek van de patiënt aan de consultatievrager
- De patiënt onttrekt zich aan de behandeling
- Consultatievrager wil advies over therapietrouw
- Consultatievrager wil advies over de omgang met de patiënt
- Consultatievrager wil medicatieadvies
- Consultatievrager wil advies m.b.t. eventuele verwijzing
- Consultatievrager wil andersoortig advies

Bij deze vraag kunnen maximaal 3 redenen worden omcirkeld, eveneens met vermelding van de prioriteit (1, 2 of 3).

#### *Onderwerpen van de consultatie (alleen oude registratie)*

Ook wordt ingegaan op de inhoud van de consultatie. De consultatiegever kan hierbij maximaal 3 onderwerpen aankruisen (zonder prioriteit), waarop het consultatieve advies betrekking heeft:

- Medicatie
- Andersoortig behandeladvies
- Lichamelijke diagnostiek
- Diagnostiek binnen de GGZ
- Advies m.b.t. een eventuele verwijzing
- Advies m.b.t. de attitude van de hulpverlener
- Anders

#### *Vervolg van de consultatie (oude en nieuwe registratie)*

Tenslotte geeft de consultatiegever aan wat er verder gebeurt met de patiënt:

- Behandeling patiënt wordt voortgezet door de consultatievrager
- Er volgt een consultatie in dezelfde setting
- Er volgt consultatie in een andere setting
- Verwijzing binnen de eerstelijns
- Verwijzing naar de specialistische GGZ
- Verwijzing elders

#### **2.2.4 Analyse**

In het algemeen presenteren we de frequentieverdeling van de geregistreerde gegevens, eventueel uitgesplitst naar een belangrijk ander kenmerk (bij voorbeeld het soort consultatievrager of –gever). Ontwikkelingen in de tijd zijn getoetst met behulp van logistische regressie waarbij de onderzochte variabele gedichotomiseerd is en het jaar van registratie de onafhankelijke variabele is. Gezien de grote aantallen hanteren we een significantie niveau van  $p < .0005$ .

#### **2.2.5 Deelnemende projecten**

Van 1 januari 2000 tot en met 30 juni 2005 zijn in totaal ongeveer 133.000 consultaties geregistreerd en opgenomen in het databestand van het Steunpunt Tussen de Lijnen. Het databestand met consultaties zoals geregistreerd op de formulieren van het Steunpunt Tussen de Lijnen is per definitie incompleet, omdat niet alle projecten hun consultaties registreren en binnen de projecten niet duidelijk is in hoeverre de geregistreerde consultaties een compleet beeld geven. Daarnaast zijn er projecten die niet deelnemen aan de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen, maar wel binnen hun eigen instelling of binnen een Diaboloproject elektronisch gegevens van de consultaties registreren die ook bij de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen worden vastgelegd. Deze gegevens zijn als aanvulling gebruikt om een zo compleet mogelijk overzicht te krijgen van de consultaties die landelijk plaatsvinden vanuit de Consultatieregeling. In totaal betreft dit ruim 20.000 consultaties, aangeleverd door zeven instellingen en drie projecten die vanuit Diabologelden werden gefinancierd.

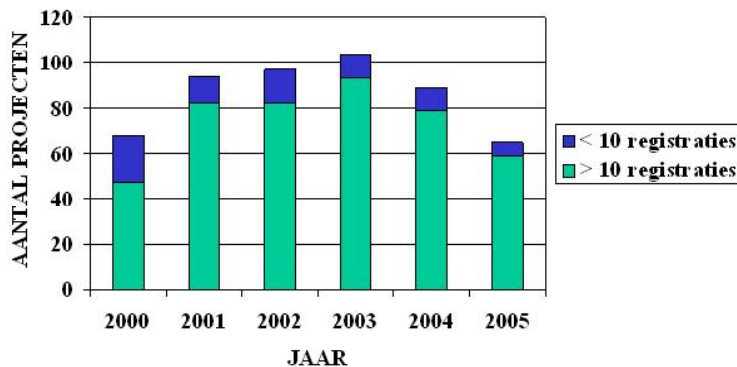
Sinds het begin van de registratie in 2000 zijn er 130 projecten die op enig moment registratieformulieren hebben ingestuurd naar het Steunpunt Tussen de Lijnen. Een aantal van deze projecten is intussen opgeheven of wordt inmiddels uit andere middelen gefinancierd, waardoor zij niet meer deelnemen aan de registratie. Er zijn grote verschillen tussen de projecten in de mate waarin registratieformulieren zijn ingestuurd. Tabel 2.1 laat de spreiding in bijdrage van registratieformulieren van alle registrerende projecten sinds 2000 zien. Dit aantal is gemeten op 30 juni 2005.

Tabel 2.4 Verdeling projecten naar aantal ingestuurde registratieformulieren op 30 juni 2005

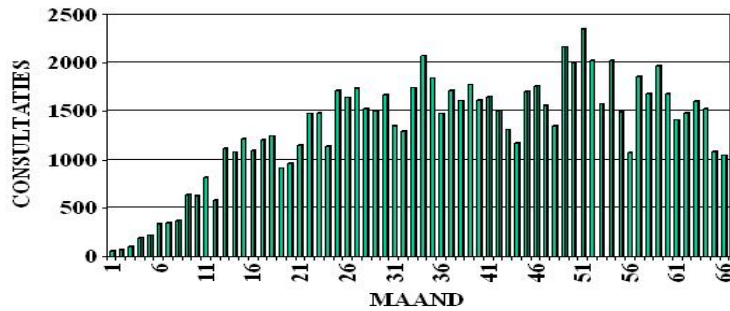
Aantal ingestuurde registratieformulieren van 1/1/2000 – 30/6/2005	Aantal projecten (n=130)
1-50	29
51-100	7
101-200	16
201-500	19
501-1000	19
1001-2000	20
>2000	20

In de grafieken 2.1 en 2.2 is te zien hoeveel projecten er sinds begin 2000 hun consultaties registreren (grafiek 2.1) en het totaal aantal geregistreerde consultaties per maand vanaf begin 2000 (grafiek 2.2). Het betreft zowel de registratie op de formulieren van het Steunpunt Tussen de Lijnen, als de aanvullingen vanuit de instellingen zelf en van de Diaboloregistratie. Alleen die projecten zijn meegeteld die in een jaar tijd minstens 10 registratieformulieren hebben ingestuurd. Het aantal geregistreerde consultaties in grafiek 2.2 is berekend vanaf januari 2000 tot en met juni 2005. Alleen de registratie van eerste contacten met een cliënt is opgenomen.

Grafiek 2.1 Aantal registrerende projecten per jaar: 2000-2005



Grafiek 2.2 Aantal geregistreerde eerste consultaties per maand: januari 2000 - juni 2005



Het aantal registrerende projecten neemt toe tot in 2003. Daarna neemt het aantal af (grafiek 2.1). Een aantal consultatieprojecten is in 2003 overgegaan op een andere financieringsbron, waardoor er geen registratieverplichting meer was bij het Steunpunt Tussen de Lijnen. Deze trend is in 2005 nog sterker aanwezig.

Nadat het registreren in het eerste jaar op gang gekomen is, schommelt het aantal geregistreerde consultaties per maand tussen de 1200 en 1800 eerste contacten per maand, met uitschieters van ruim 2000 consultaties (grafiek 2.2).



### 3 Resultaten op projectniveau (De monitoring)

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de uitwerking van de Consultatieregeling, zoals dat uit de jaarlijkse ondervraging van de projectleiders is gebleken. Achtereenvolgens komt aan de orde welke beroepsgroepen in welke mate bij de consultatie betrokken werden, hoe de consultatie georganiseerd werd (inbedding binnen eerste c.q tweedelij, financiering) en wat de toekomst van de consultatieve projecten zal zijn.

#### 3.2 Inhoud van de projecten: Type consultatieve activiteiten, consultatievragers en –gevers

Tabel 3.1 laat zien hoe de consultatieve activiteiten in de projecten vorm hebben gekregen. Bij ‘andere consultatieve activiteiten’ wordt bijvoorbeeld het verspreiden van nieuwsbrieven genoemd.

Tabel 3.1 Consultatieve activiteiten (meerdere activiteiten per project mogelijk)

	2000 n=63	2001 n=93	2002 n=111	2003 n= 78	2004 n=84	2005 n=65
Telefonische consultatie	73%	91%	95%	92%	88%	86%
CB met consultatievrager	73%	93%	90%	90%	81%	83%
CB met consultatievrager en patiënt	61%	87%	85%	78%	58%	54%
CB alleen met patiënt	66%	-**	84%	-**	79%	85%
Consultatieve groepsbijeenkomsten	47%	78%	80%	81%	66%	52%
Bijscholing	52%	56%	59%	69%	38%	46%
CB met anderen dan huisartsen*	31%	-	-	-	-	-
Andere CB	6%	11%	14%	14%	12%	8%

CB=Consultatieve bijeenkomst

\* Consultatieve bijeenkomsten met anderen dan huisartsen is alleen in 2000 apart opgenomen

\*\* In 2001 en 2003 is niet gevraagd naar consultatieve bijeenkomsten met alleen de patiënt .

Door de jaren heen zijn er drie type activiteiten die door de overgrote meerderheid van de projecten gemeld worden: consultatieve bijeenkomsten tussen consultatiegever en consultatievrager, consultatieve bijeenkomsten tussen consultatiegever en patiënt en telefonische consultaties. In de eerste jaren werd door de grote meerderheid van projecten ook bijeenkomsten van consultatiegever, -vrager én patiënt genoemd als bezigheid, maar deze variant is vanaf 2003 afgenomen. Dit geldt ook voor consultatieve groepsbijeenkomsten. Bijscholing wordt door de jaren heen door ongeveer de helft van de projecten aangeboden.

Er is ook gevraagd welke activiteit in het project het meest frequent voorkwam. In 2005 was dat bij 70 procent van de projecten de consultatieve bijeenkomsten met uitsluitend de patiënt. In 10 procent van de consultatieve projecten wordt de prioriteit gegeven aan consultatieve bijeenkomsten waarbij de consultatievrager (al dan niet in aanwezigheid van patiënt) een individueel contact met de consultatiegever heeft (klassieke consultatie), nog eens 10 procent geeft de prioriteit aan telefonische consultatie. In 10% was niet uit te maken welk type de overhand heeft. In 2004 was in tweederde van de gevallen de consultatieve bijeenkomst met de patiënt de meest frequente, in vijftien procent de consultatieve bijeenkomst met de consultatievrager en ook in vijftien procent de groepsconsultatie.

In tabel 3.2 is zichtbaar welke eerstelijns consultatievragers betrokken zijn bij de consultatieprojecten. Van de drie kerndisciplines in de eerstelijns GGZ is de huisarts vanaf het begin van de Consultatieregeling bij vrijwel ieder project betrokken. De vertegenwoordiging van AMW en eerstelijnspsycholoog was, zeker in het begin, veel beperkter. Na een expliciete oproep tot meer betrokkenheid van deze disciplines bij de 2<sup>e</sup> subsidieronde in 2001 is hun aandeel geleidelijk toegenomen tot ruim de helft van de projecten. Het percentage projecten waarbij anderen dan huisarts, AMW-er of eerstelijnspsycholoog als consultatievrager betrokken zijn (dit betreft dan verpleegkundigen, fysiotherapeut, medewerkers asielzoekerscentra, ouderenwerk), was relatief hoog ( $\pm 40\%$ ) in de eerste jaren, maar is in de twee helft van de 40870 Consultatieregeling teruggelopen tot 20%.

Tabel 3.2 Betrokkenen eerstelijns (consultatievragers)

	<b>2000</b> <b>n=62</b>	<b>2001</b> <b>n=93</b>	<b>2002</b> <b>n=111</b>	<b>2003</b> <b>n=78</b>	<b>2004</b> <b>n=86</b>	<b>2005</b> <b>n=60</b>
Huisarts	89%	90%	90%	85%	88%	91%
AMW	37%	56%	66%	62%	63%	57%
Eerstelijnspsycholoog	27%	42%	45%	55%	51%	47%
Anders	13%	39%	41%	30%	20%	20%

Sinds 2002 wordt de projectleiders gevraagd een schatting te geven van het aantal eerstelijns betrokkenen dat ze bereiken met hun project. In tabel 3.3 is hier een overzicht van gegeven. Uit deze tabel blijkt dat huisartsen, behalve dat zij veel vaker betrokken zijn

bij de projecten, ook in grotere aantallen in de projecten vertegenwoordigd zijn. Wel moet men zich afvragen of de genoemde aantallen allen daadwerkelijk deelnemen aan consultatieve activiteiten of dat ze de mogelijkheid hebben daar desgewenst aan deel te nemen.

Wanneer we de schattingen van 2005 vergelijken met de voorgaande jaren dan zien we dat de gemiddelde aantallen AMW-ers en eerstelijnspsychologen zich stabiliseren. In de groep huisartsen zet de stijgende lijn zich voort (zie fig. 3.1). Steeds meer projecten geven aan meer dan 40 huisartsen met hun activiteiten te bereiken.

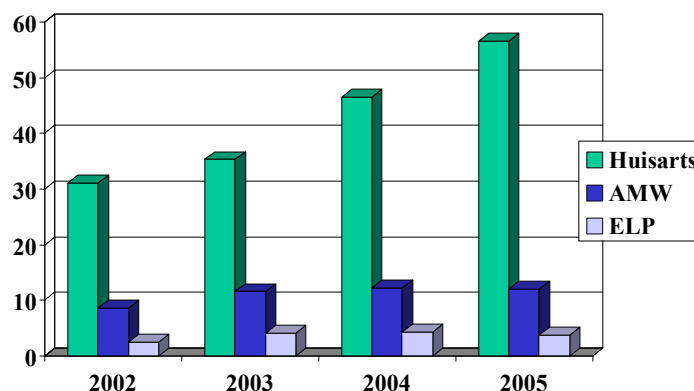
Omdat we niet weten of de niet responderende projecten een zelfde bereik hebben als de wel responderende (onder de niet responderende kunnen ook niet actieve projecten vallen) kunnen we geen zekere uitspraak doen over het landelijk bereik van de consultatieve projecten. We schatten dat dit bereik is toegenomen van 2500 – 3800 huisartsen in 2002 tot 3650 – 6000 huisartsen in 2005<sup>1</sup>. Dit wil niet zeggen dat deze huisartsen allemaal consultatie hebben genoten, maar dat de mogelijkheid hiertoe voor hen bestond.

Tabel 3.3 Aantal eerstelijns betrokkenen (consultatievragers) per project in 2002, 2003 en 2004

Aantal betrokkenen	Huisarts				AMW				Eerstelijns psycholoog			
	2002 n=80	2003 n=74	2004 n=82	2005 n=66	2002 n=81	2003 n=74	2004 n=81	2005 n=64	2002 n=79	2003 n=75	2004 n=80	2005 n=65
0	15%	16%	12%	9%	37%	46%	37%	41%	63%	57%	49%	51%
1-10	20%	16%	16%	15%	38%	28%	28%	25%	33%	35%	41%	37%
11-20	21%	15%	18%	14%	15%	15%	15%	9%	1%	3%	5%	5%
20-30	11%	14%	9%	5%	4%	4%	5%	5%	1%	4%	3%	2%
30-40	9%	8%	11%	9%	2%	2%	4%	5%	1%	1%	3%	2%
>40	24%	31%	34%	49%	4%	4%	11%	16%	0	0	0	5%

<sup>1</sup> Aanname maximum variant: niet responderende projecten hebben hetzelfde bereik als responderende projecten. Aanname minimum variant: niet responderende projecten hebben een bereik van 0 huisartsen.

Figuur 3.1: Gemiddeld aantal huisarts, AMW en ELP dat bereikt wordt



In tabel 3.4 is zichtbaar wie binnen de projecten als consultatiegever optreden. In figuur 3.2 is dit uitgewerkt in aantal full time equivalenten (fte's) waarvoor zij binnen de projecten werkzaam zijn. Psychiaters en SPV-en zijn steeds het meest vertegenwoordigd in de projecten maar uit figuur 3.2 blijkt dat psychiaters voor veel minder fte worden ingezet dan de SPV. Psychologen of psychotherapeuten worden door de tijd heen in 36 procent van de consultatieve projecten ingezet, gemiddeld voor ongeveer evenveel fte als psychiaters. Voorts zien we in figuur 3.2 dat het gemiddeld aantal ingezette SPV-en in de loop van de tijd is blijven toenemen (in 2005 zijn er bijna tweemaal zoveel als in 2002), terwijl het aantal psychiaters en psychologen in de loop van de tijd constant gebleven is. Op dezelfde wijze als bij de consultatievragers<sup>2</sup> schatten we dat het aantal fte aan SPV-en, betrokken bij consultatieve projecten in 2002 tussen de 62 en 96 lag, en dat dat aantal is toegenomen tot 97 – 154 in 2005. Het totaal aantal fte aan psychiaters is teruggelopen van 10 – 16 in 2002 naar 7 – 10 in 2005. Ook het aantal fte aan psychologen liep terug: van 14 – 21 naar 6 – 9.

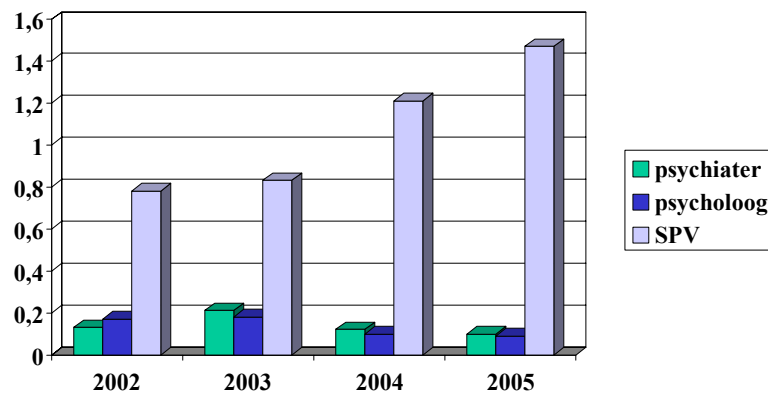
Anderen, bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, medewerkers uit de verslavingszorg en preventiewerkers worden bij 28 procent van de projecten, voor gemiddeld 0,2 fte ingezet. Deze verschillen in inzet bleek ook al uit eerdere rapportages. Psychiaters zijn wel regelmatig betrokken bij de projecten maar verrichten dan minder consultaties dan de SPV (vgl. Verhaak e.a. 2005).

<sup>2</sup> Aanname maximum variant: niet responderende projecten hebben hetzelfde bereik als responderende projecten. Aanname minimum variant: niet responderende projecten hebben een bereik van 0 SPV, psychiater of psycholoog.

Tabel 3.4 Betrokkenen tweedelijns (consultatiegevers)

	2000 n=62	2001 n=93	2002 n=109	2003 n=78	2004 n=86	2005 n=59
	%	%	%	%	%	%
Psychiater	79%	83%	85%	83%	71%	75%
SPV	61%	76%	77%	74%	71%	71%
Psycholoog/-therapeut	45%	39%	39%	39%	30%	36%
Anders	27%	32%	28%	21%	25%	28%

Figuur 3.2: Gemiddeld fte psychiater, psycholoog, SPV 2002-2005



In 2005 is gevraagd naar circuits waarbinnen consultatiegevers werkzaam zijn. Met name volwassenenzorg (bij 89 % van de projecten), maar ook jeugdzorg (35 %) en ouderenzorg (59 %) leveren consultatiegevers. Bij 14 procent van de projecten worden ook andere genoemd: preventie, verslavingszorg, transculturele zorg en apart gevormde teams uit alle sectoren. Binnen een aantal projecten treffen we dus consultatiegevers uit de diverse circuits aan met specifieke deskundigheid voor bepaalde doelgroepen.

### 3.3 De toekomst van de projecten

#### *De inbedding van toekomstige consultatieve activiteiten*

In de vragenlijst onder de projecten is in 2004 en 2005 een vraag opgenomen over de fase waarin het project verkeerde. Was men nog uitsluitend gericht op de uitvoering van het

project, was men bezig zich voor te bereiden op een overgang naar de situatie waarin geen projectsubsidie meer zou bestaan of had men die overgang al gemaakt en werd consultatie reeds als reguliere activiteit verstrekt. In 2004 bleek al dat een groot deel van de projecten bezig was de overgang te maken of de overgang reeds had gemaakt van projectmatig werken naar consolidatie van de consultatieactiviteiten binnen de instelling. In 2005 bevinden nog maar 16 procent van de projecten zich in de start of uitvoeringsfase tegenover 29 procent in 2004. In datzelfde jaar bevond 35 procent van de projecten zich in de overgangsfase dit jaar is dat 39 procent. Het aantal projecten dat de consultatieactiviteiten heeft opgenomen in de reguliere werkzaamheden van de instelling is gestegen van 36 procent in 2004 naar 45 procent in 2005. Hieruit kunnen we afleiden dat bijna de helft van de projecten de consultatieve activiteiten inmiddels hebben veilig gesteld voor de toekomst.

Van de 8 projecten die nog niet bezig zijn met een overgang hebben alle, op één na, de intentie om de activiteiten regulier te maken in 2005. Het ene project dat expliciet aangaf dat niet te willen doen noemde als redenen dat de financieringsstructuur voor 2006 nog onduidelijk is.

In het algemeen kunnen we constateren dat een groot deel van de projecten de consultatieactiviteiten al tot reguliere werkzaamheden heeft gemaakt, daar al concreet mee bezig is of daar binnenkort mee aan de slag gaan. Belangrijke voorwaarde voor continuering is de financiering van de activiteiten.

In 2005 is aan consultatieve projecten die hun consultatieve activiteiten reeds als reguliere activiteit gestalte gingen geven c.q. hadden gegeven, de vraag gesteld hoe deze activiteiten georganiseerd zijn of georganiseerd zullen worden. Drie verschillende vormen konden we hierin onderscheiden.

De helft van de uitvoerende organisaties geeft aan een **specifiek consultatie- of eerstelijns team** te hebben, waar medewerkers vanuit de organisatie (voor een deel van hun tijd) worden ingezet. Laagdrempelige hulpverlening en korte lijnen met de huisarts worden als grote voordelen genoemd van het hebben van een specifiek consultatie- of eerstelijns team. Zo'n specifiek team wordt tevens gezien als een ambassadeur van de GGZ binnen de 1<sup>ste</sup> lijn. Ze hebben als het ware een verbindingfunctie en zijn een aanspreekpunt voor de 1<sup>ste</sup> lijn. Een specifiek team wordt gezien als meer deskundig. Daarnaast bevordert het de vroege signalering van GGZ- en verslavingsproblematiek en is er een mogelijkheid voor intervisie met de eerste lijn. Als nadeel wordt de versnippering binnen een specifiek consultatie- of eerstelijns team genoemd. Het gaat namelijk vaak om kleine dienstverbanden binnen een team. Een voorwaarde voor een specifiek team is een duidelijke regie van bovenaf om afstemming tussen de verschillende circuits te bewerkstelligen en bewaken.

Ruim 20 procent organiseert de consultatieve activiteiten vanuit het **voordeurteam**, waar ook de reguliere aanmeldingen binnenkomen. Dat cliënten sneller op de goede plek terecht komen wordt als een groot voordeel genoemd van organisatie via het voordeurteam. Volgens een aantal respondenten sluiten de consultatieve activiteiten goed aan bij de reguliere activiteiten van het voordeurteam. De financiële kanten worden ook als motivatie aangevoerd. Organisatie vanuit het reguliere voordeurteam is waarschijnlijk goedkoper dan het opzetten van een specifiek team. Een knelpunt, van het voordeurteam

in het algemeen, is dat er soms geen goede aansluiting is met de diverse circuits en specifieke kennis ontbreekt.

Tot slot organiseert twaalf procent de consultatieve activiteiten **vanuit de diverse afdelingen/circuits**, bijvoorbeeld specifiek voor volwassenen of ouderen. Organisatie vanuit de diverse afdelingen/circuits van een organisatie sluit aan bij het decentrale beleid van diverse organisatie. Op deze manier vindt directe aansturing plaats vanuit de verschillende RVE's (Resultaat Verantwoordelijke Eenheden). Voorwaarde voor deze organisatievorm is dat er een organisatiebrede afstemming is. Als nadeel wordt genoemd dat de inzet van personeel vaak moeilijk is. Het gaat vaak om kleine dienstverbanden waarvoor mensen tijdelijk van hun reguliere werkplek afmoeten.

Uiteindelijk geeft 17 procent aan dat de consultatie activiteiten '**anders**' zullen worden georganiseerd. Bij voorbeeld, dat vanuit alle eenheden consultatiegevers zijn aangewezen of dat de consultatie vanuit een vrijgevestigde praktijk wordt gegeven.

Samengevat: in de toekomst denkt men bij de helft van de projecten waarbij een toekomstvisie ontwikkeld is, aan een positionering gericht op de eerstelijns (het consultatieteam), bij een derde denkt men meer aan een positionering binnen de 2<sup>e</sup> lijn, deel uitmakend van de intake of zelfs van het behandelteam.

#### *De financiering van consultatieve activiteiten*

Hoewel de consultatieve projecten in ons vizier kwamen omdat ze gebruik maakten van de projectfinanciering die de Consultatieregeling mogelijk maakte, waren veel projecten niet uitsluitend afhankelijk van deze bron van inkomsten. In de jaarlijkse monitor van 2003 bleek al dat maar ongeveer een derde van alle projecten uitsluitend vanuit de Consultatieregeling werd gefinancierd. Zaken als administratieve ondersteuning, reiskosten, onderzoek en intervisie kwamen meestal op rekening van de GGZ-instelling, maar ook projectcoördinatie en de personeelskosten t.b.v. het geven van consultatie werden maar door 46% respectievelijk 82% van de projecten volledig vanuit de projectsubsidie bekostigd. Belangrijke andere bronnen van financiering waren de overhead van de GGZ-instelling (m.n. voor nascholing, reiskosten, administratieve ondersteuning en projectcoördinatie) en productieafspraken met het zorgkantoor waar het de direct uit consultatie voortvloeiende kosten betrof (Verhaak et al. 2003).

Deze trend heeft zich in 2004 nog verder voortgezet: minstens een kwart van de projecten financierde deze toen ook vanuit productieafspraken betreffende dienstverlening en minstens twintig procent vanuit productieafspraken betreffende intake en behandeling. En dit betrof dan gemiddeld 40% tot 60% van het totale projectbudget. (Verhaak et al. 2004).

Over de financiering in de toekomst kon men in 2005 nog weinig specifiek zijn, omdat op het moment van de afname van de laatste monitor-vragenlijst in het voorjaar van 2005 nog weinig duidelijk was over het toekomstige financieringsstelsel. Voor zover de projecten indicaties hierover gaven, waren die te karakteriseren als uren dienstverlening die men in rekening zou gaan brengen dan wel dat men een of meerdere contacten zou gaan rekenen voor consultatieve contacten. In het eerste geval tendert dit naar consultatieve of diagnostische diensten ten behoeve van consultatievragers, in het tweede geval vat men de consultatieve contacten eerder op als een (korte) reeks behandelingen.





## 4 Resultaten op het niveau van de consultatieve contacten (De Registratie)

### 4.1 Inleiding

De registratie van consultatieve contacten geeft inzicht in de inhoud van de consultatieve activiteiten: de problemen waarvoor raad gevraagd werd, de adviezen die gegeven werden en de gevolgen die het consultatief contact voor het verdere verloop van de patiënten carrière had. Nam de consultatievrager, geruggensteund door het advies de behandeling weer over of was het consultatief contact de entree voor behandeling in de eerste of tweedelijns GGZ?

In de volgende paragrafen staan we achtereenvolgens stil bij de vragers en aanbieders door de jaren heen, de cliënten (hun achtergrondkenmerken, de problematiek, de redenen om over hen consultatie te vragen), de adviezen die werden gegeven, en de patiëntenstromen die het gevolg van de consultatie en het consultatief advies waren. Daarbij besteden we ook aandacht aan de verschillen die we in de diverse opzichten konden constateren tussen verschillende disciplines die consultatievrager respectievelijk consultatiegever zijn.

Tenzij het anders wordt vermeld gaat het hier om het eerste consultatieve gesprek en worden vervolgsconsultaties niet mee geteld.

### 4.2 Consultatievragers en consultatiegevers

Tabel 4.1 Consultatievragers van 2000- medio 2005 (als percentage van alle vragers in de betreffende periode)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Trend*	Totaal
	n=	n=	n=	n=	n=	n=		N=
Huisarts %	4448	13855	19324	18238	21748	8296		85909
Huisarts %	84.7	83.2	84.8	87.0	90.0	92	↑	87
AMW %	5.6	6.3	6.5	6.5	3.6	3.4	↓	5.4
ELP %	1.5	2.2	2.1	2.0	2.6	3.1	↑	2.3
Anders %	8.1	8.4	6.6	4.6	3.9	1.6	↓	5.4

\* Vermelde trends in de tijd zijn significant op niveau  $p < .0005$

Hoewel men uit de berichtgeving op projectniveau (tabel 3.2) kon opmaken dat in ongeveer de helft van de projecten AMW-ers en eerstelijnspsychologen ook consultatievrager konden zijn, blijkt uit de registratie op het niveau van het consultatieve gesprek, dat slechts 5% van deze gesprekken ten behoeve van een AMW-er en 2% ten behoeve van een eerstelijnspsycholoog als consultatievrager gevoerd werd. Bijna 90%

van de consultaties waren ten behoeve van huisartsen. Huisartsen zijn in de loop van de tijd ook steeds vaker de consultatievrager, ten koste van de categorie “anders” en na 2003 ook van het AMW.

Tabel 4.2 Consultatiegevers van 2000 tot medio 2005 (als percentage van alle gevers in de betreffende periode)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Trend*	Totaal
	n=	n=	n=	n=	n=	n=		N=
	4450	13892	19426	17534	20530	8295		84127
Psychiater %	15.7	10.5	8.0	5.5	4.2	3.5	↓	6.9
Psycholoog %	11.9	9.9	10.4	8.6	6.8	7.1	↓	8.8
SPV %	62.5	67.1	70.7	74.8	79.3	81.4	↑	73.7
Anders %	9.9	12.4	11.0	11.1	9.8	7.9	↓	10.6

\* Vermelde trends in de tijd zijn significant op niveau  $p < .0005$

Op analoge wijze zijn de psychiaters bij meer dan driekwart van de projecten betrokken, maar geven ze slechts in 7% van alle gevallen consultatie en zijn psychologen bij bijna 40% van de projecten betrokken en geven ze in 9% van de gevallen consultatie. SPV-en, betrokken bij zo'n driekwart van de projecten, nemen ook driekwart van alle consultaties voor hun rekening. Anderen (b.v. maatschappelijk werkers in de 2<sup>e</sup> lijn, medewerkers uit de verslavingszorg) nemen met 11% ook meer consultaties voor hun rekening dan psychiaters of psychologen. Psychiaters en psychologen zijn in de loop van de tijd verhoudingsgewijs steeds minder consultaties gaan doen, SPV-en steeds meer. Alle trends zijn duidelijk lineair en statistisch significant ( $p < .0005$ ).

Tabel 4.3: Wie ontvangt consultatie van wie?

	Huisarts (n = 73.536)	AMW (n = 4595)	Eerstelijnspsycholoog (n = 1959)	Anders (n = 4628)
Psychiater	5%	9%	50%	17%
Psycholoog	8%	5%	33%	9%
SPV	78%	67%	10%	35%
Anders	8%	20%	6%	39%

In tabel 4.3 kan men zien dat de verschillende typen consultatiegever niet gelijkmatig verdeeld zijn over de verschillende soorten consultatievragers. De huisarts wordt relatief heel vaak door de SPV bediend, terwijl de eerstelijnspsycholoog de helft van de consultaties van een psychiater krijgt. Slechts in 10% is een SPV consultatiegever voor een eerstelijns psycholoog. De AMW-er krijgt relatief vaak van een ander dan een psycholoog, psychiater of SPV consultatie. Hij consulteert echter het meest de SPV.

Tabel 4.4 Setting consultatie van 2000 tot medio 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Trend*	Totaal
	n=	n=	n=	n=	n=	n=		N=
	4232	13337	18700	17940	21067	6535		81811
Telefonisch %	19.4	11.3	9.3	7.6	6.6	4.7	↓	8.7
Vis a vis consultatie vrager %	15.4	15.1	13.2	13.8	15.8	10.9	↓	14.2
Vis a vis consult.vr + cliënt %	5.9	6.7	6.0	5.8	4.4	1.2	↓	5.3
Vis a vis uitsluitend cliënt %	57.4	63.9	68.0	69.8	69.7	80.7	↑	68.6
Anders %	1.8	3.1	3.5	2.9	3.6	2.5		3.2

\* Vermelde trends in de tijd zijn significant op niveau  $p < .0005$

Twee derde van alle consultaties vonden plaats in een contact tussen consultatiegever en cliënt. Dit nam in de loop van de tijd sterk toe ( $p < .0005$ ). Consultatie tussen vrager en gever besloeg gemiddeld 15% van de contacten, telefonische consultatie 9% en consultatieve contacten met vrager, gever én patiënt vormden 5% van de consultaties. De telefonische consultatie en de consultatievormen waarbij de vrager lijfelijk aanwezig was namen alle verhoudingsgewijs af.

In het eerste interim-rapport (Zantinge e.a. 2002) is al uiteengezet dat de contacten zonder de aanwezigheid van de consultatievrager relatief vaak tot het domein van de SPV behoorde. In de toename van dit type setting zien we dus ook de toename van het aandeel van de SPV weerspiegeld.

### 4.3 Patiënten en hun problemen

Ongeveer tweederde van de cliënten waarover consultatie werd gevraagd was vrouw. Dit veranderde in de loop van de tijd niet. Zie tabel 4.5.

Tabel 4.5. Geslacht cliënten van 2000 tot medio 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totaal
	n= 4298	n= 13585	n= 19266	n=18026	n= 21044	n=8290	N=84509
Man %	36.9	36.9	36.4	37.4	36.5	34.0	36.5
Vrouw %	63.1	63.1	63.6	62.6	63.5	66.0	63.5

Ook de gemiddelde leeftijd van de cliënten (ongeveer 40 jaar) bleef in de loop van de tijd min of meer gelijk. Wel is er sprake van een afname van het aandeel van de kinderen (0-17 jaar) en van de ouderen (65+) en een stijging van het aandeel van cliënten tussen de 45 en 65 jaar. Zie tabel 4.6

Tabel 4.6 Leeftijdsklasse (in procenten) en gemiddelde leeftijd van cliënten van 2000 tot medio 2005 (in procenten)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totaal
	n=	n=	n=	n=	n=	n=	N=
	4291	13721	19298	18135	21810	8316	85571
0-17	7.2	7.4	6.0	5.1	4.6	5.1	5.6
18-24	11.2	11.4	12.5	12.9	12.9	11.8	12.4
25-44	43.2	46.6	47.9	46.4	46.6	45.8	47
45-64	24.1	23.6	24.4	27.1	27.0	28.2	25.6
65+	14.4	11.0	9.2	9.0	9.0	9.1	9.4
Gemiddelde leeftijd	41.7	40.2	39.8	39.6	39.6	40.5	40.2

In tabel 4.7 worden de probleemgebieden waarover consultatie gevraagd werd gepresenteerd.

Stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek komen het meest frequent aan de orde, gevolgd door angst en spanning. Hiermee is twee derde van de aangeboden problematiek in kaart gebracht. Grote psychiatrie (schizofrenie, gebruik psycho-actieve middelen, organische (hersenen-) stoornis) en stoornissen van persoonlijkheid en gedrag worden ieder in minder dan 10% van de gevallen ingebracht, somatoforme stoornissen maar in drie procent. Behalve dat psychosociale problematiek (school-, werkproblemen, relatieproblemen) veel als hoofdprobleem wordt ingebracht, wordt het in meer dan een kwart van de gevallen ook nog eens als probleem dat meespeelt op de achtergrond gepresenteerd.

Tabel 4.7 Probleemgebieden waarover consultatie is gevraagd, uitgesplitst naar 'eerste prioriteit' en 'problemen op de achtergrond' (N 47.932)

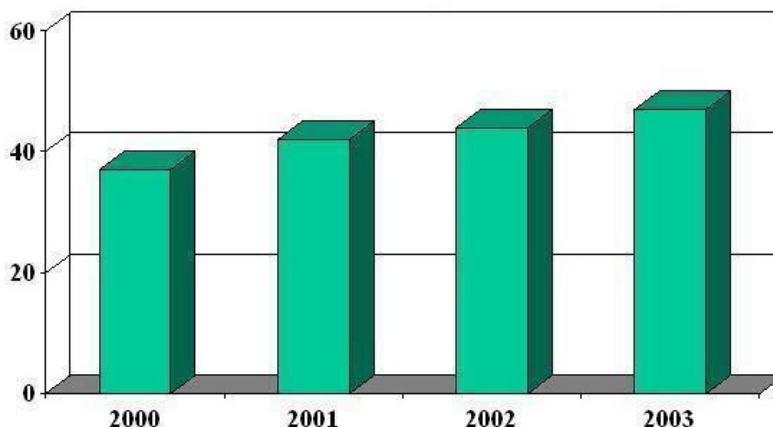
Probleemcategorie	eerste prioriteit	Meespelend op de achtergrond*	% nieuw probleem
	%	%	%
Grote psychiatrie	8	3	27%
Stemmingsstoornis	27	10	43%
Angst en spanning	17	11	45%
Somatoforme stoornis	3	2	30%
Persoonlijkheid en gedrag	9	7	22%
Psychosociale problematiek	23	27	54%
Overige problemen	15	14	49%

\*percentages tellen niet op tot 100%

De hoge frequentie van angst- en stemmingsstoornissen en van psychosociale problemen weerspiegelen de hoge prevalentie van deze problematiek in de eerste lijn. Toch wordt voor de problematiek die we onder grote psychiatrie en gedrag/persoonlijkheid scharen relatief vaak consultatie gevraagd, want het voorkomen ervan in de eerstelijns is minder frequent dan de 17% van de gevallen waarin er consultatie voor gevraagd wordt (vgl Bijl e.a. 1997, Verhaak e.a. 2006).

In de periode waarin we de aard van de probleemgebieden waarover consultatie is gevraagd, registreerden (1 januari 2000 – 1 mei 2003) is geen ontwikkeling op te merken. De laatste kolom van tabel 4.7 geeft aan welk percentage van de probleemcategorie in kwestie als nieuw probleem (i.t.t. recidive of verergering bestaand probleem) wordt bestempeld. We zien dat in het geval van “grote psychiatrie”, somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen er vaak sprake is van een reeds bestaande klachten. Dit speelt ook, begrijpelijk, vaak bij persoonlijkheidsstoornissen. In het geval van frequent voorkomende problemen als psychosociale problematiek, stemmingsstoornissen, angst en overige stoornissen is het percentage nieuwe problemen hoger.

Figuur 4.1 Aandeel van nieuwe problemen door de jaren heen



In figuur 4.1 is zichtbaar dat het aandeel van nieuwe problemen in de totale vraag om consultatie is toegenomen. In 2000 betrof 37% van alle consultatievragen een “nieuw” probleem, terwijl 33% een verergering van een bestaande klacht betrof en 30% een patiënt die al lang psychische klachten heeft, in 2003 betrof 47% een “nieuw probleem”, 28% een verergering van een bestaande klacht en 25% een patiënt die al lang psychische problemen heeft.

In tabel 4.8 bezien we of het aanbod van bepaalde problematiek afhankelijk is van het soort consultatievrager. In een aantal opzichten is dat het geval. Vragen omtrent “grote psychiatrie” komen met name van de kant van de “overige consultatievragers”. Stemmingsstoornissen worden relatief vaak door huisartsen aangemeld, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen veel door eerstelijnspsychologen en in iets mindere mate AMW-ers en psychosociale problematiek relatief vaak door het AMW.

Tabel 4.8 Stoornissen van patiënten waarover door verschillende consultatievragers consultatie is gevraagd

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig	totaal
N:	(39749)	(2994)	(919)	(3150)	(46812)
	%	%	%	%	%
Grote psychiatrie	9%	10%	7%	27%	10%
Stemmingsstoornis	37%	30%	32%	20%	35%
Angst en spanning	26%	23%	27%	17%	25%
Somatoforme stoornis	5%	3%	3%	3%	5%
Persoonlijkheid en gedrag	13%	24%	33%	23%	15%
Psychosociale problematiek	45%	49%	41%	34%	45%
Overige problemen	26%	28%	28%	33%	27%

Meer dan één opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Op dezelfde wijze is in tabel 4.9 gekeken of bepaalde probleemgebieden relatief vaak bij bepaalde soorten consultatiegevers werden aangemeld. Ook dit blijkt in diverse opzichten het geval te zijn. “Grote psychiatrie” en persoonlijkheids- en gedragsstoornissen worden relatief vaak aan de psychiater voorgelegd. Psychosociale problemen daarentegen komen relatief weinig bij de psychiater terecht maar juist vaak bij de SPV en de psycholoog. Een psycholoog als consultatiegever krijgt relatief weinig stemmingsstoornissen voorgelegd, deze gaan vooral naar de psychiater en de SPV.

Tabel 4.9 Stoornissen van patiënten waarover door verschillende consultatiegevers consultatie is gegeven

	Psychiater	Psycholoog	SPV	Overig	Totaal
N:	(4267)	(4704)	(32887)	(5147)	(47005)
	%	%	%	%	%
Grote psychiatrie	19%	5%	9%	11%	10%
Stemmingsstoornis	39%	31%	36%	31%	36%
Angst en spanning	23%	25%	26%	24%	25%
Somaforme stoornis	6%	5%	4%	5%	5%
Persoonlijkheid en gedrag	22%	11%	15%	14%	15%
Psychosociale problematiek	26%	48%	46%	46%	45%
Overige problemen	23%	25%	27%	30%	27%

Meer dan één opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Op de registratieformulieren werd ook aangetekend wat de reden voor de consultatievrager was om consultatie te vragen. Wilde hij hulp bij diagnose of adviezen over aspecten van de therapie, of was het de wijze van omgaan met de patiënt waarvoor hij raad zocht? De diverse redenen, uitgesplitst naar type consultatievrager, staan in tabel 4.10.

De meest frequent aangevoerde redenen om consultatie te vragen zijn de behoefte aan een advies met betrekking tot een mogelijke verwijzing, de onduidelijkheid van de diagnose en de omgang met de patiënt. Veel minder vaak wordt de behoefte aan advies over medicatie genoemd en de redenen waarbij de patiënt het probleem lijkt te vormen, komen zelden voor: “overmatig bezoek van de patiënt”, “patiënt onttrekt zich aan de behandeling” en “behoefte aan advies in verband met therapietrouw” redenen die de verschillende consultatievragers opvoeren voor hun consultatieaanvraag verschilt in een aantal opzichten tussen de eerstelijns kerndisciplines. De behoefte aan advies bij verwijzing leeft sterker bij huisartsen dan bij AMW of eerstelijnspsycholoog. Het AMW noemt advies over de omgang met de patiënt veel vaker dan de eerstelijnspsychologen die het op hun beurt weer vaker noemen dan de huisartsen. Eerstelijnspsychologen ervaren wat meer behoefte aan consultatie bij onduidelijkheid over de diagnose en aan adviezen over de medicatie.

Tabel 4.10 Reden om consultatie te vragen voor verschillende consultatievragers

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig	Totaal
	(39745)	(2994)	(919)	(3150)	(46812)
	%	%	%	%	%
Onduidelijkheid over diagnose	45%	44%	51%	30%	44%
Overmatig bezoek van patiënt	6%	4%	3%	4%	6%
Patiënt onttrekt zich aan behandeling	3%	7%	2%	6%	3%
Behoefte aan advies i.v.m. therapietrouw	2%	3%	3%	2%	2%
Omgang met de patiënt	25%	56%	36%	43%	29%
Behoefte aan advies over medicatie	12%	7%	22%	10%	12%
Behoefte aan advies over verwijzing	60%	50%	47%	48%	58%
Overige reden	11%	5%	8%	12%	11%

Meer dan één opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Tabel 4.11 Inhoud van de consultatie bij verschillende consultatiegevers

	<b>Psychiaters</b>	<b>Psychologen</b>	<b>SPV</b>	<b>Overige</b>	<b>Totaal</b>
N:	(4267)	(4704)	(32887)	(5147)	(47005)
	%	%	%	%	%
Advies over medicatie	46%	9%	13%	11%	15%
Andersoortig behandeladvies	30%	25%	25%	24%	25%
Diagnostisch advies; lichamelijk	5%	1%	2%	1%	2%
Diagnostisch advies; psychisch	15%	19%	18%	16%	18%
Advies om te verwijzen naar GGZ	45%	49%	45%	44%	46%
Advies betreffende attitude hulpverlener	18%	10%	16%	23%	16%
Advies, overig	6%	13%	12%	16%	12%

Meer dan één opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Het consultatief advies werd in de uitgebreide registratie tot mei 2003 vastgelegd. Meerdere adviezen konden aan een consultatief contact verbonden worden. Zie tabel 4.11. In bijna de helft van de gevallen had dit advies mede betrekking op een verwijzing naar de GGZ. In een kwart van de gevallen werd een advies gegeven over verdere behandeling van de cliënt omtrent wie consultatie gevraagd werd en in ongeveer een zesde van de gevallen betrof het advies onder andere de medicatie, de psychische diagnostiek of de houding van de consultatievrager ten opzichte van de cliënt. In twee procent van de gevallen had het advies betrekking op lichamelijke diagnostiek. Psychiaters geven uiteraard veel vaker dan psychologen of SPV-en adviezen met betrekking tot medicatie. Ook andersoortige behandeladviezen, adviezen omtrent lichamelijke diagnostiek en betreffende de attitude van de hulpverlener worden relatief het meest door psychiaters gegeven. Het advies om naar de GGZ te verwijzen komt relatief het meest frequent van de psycholoog.

#### 4.4 Het vervolg van de consultatie

Tabel 4.12 Vervolg van de consultatie na het eerste contact bij verschillende consultatiegevers

	<b>Psychiaters</b>	<b>Psychologen</b>	<b>SPV</b>	<b>Overige</b>	<b>Totaal</b>
N:	(5857)	(7019)	(57888)	(8605)	(79369)
	%	%	%	%	%
Voortzetting behandeling Consultatievrager	51%	27%	24%	32%	28%
Vervolgconsultatie	10%	33%	37%	31%	34%
Verwijzing binnen 1 <sup>e</sup> lijn	6%	9%	11%	9%	10%
Verwijzing specialistische GGZ	29%	23%	23%	22%	23%
Anders	5%	8%	5%	6%	5%



Tabel 4.12 laat zien hoe een eerste consultatieve bijeenkomst kan eindigen. In een derde van de gevallen eindigt dit met een afspraak voor een “vervolgconsultatie”. In ruim een kwart van de gevallen gaat de consultatievrager weer verder met de patiënt en een iets minder dan een kwart vindt er een verwijzing naar de tweedelijns GGZ plaats. Na 10% van de eerste consultatieve bijeenkomsten is er sprake van een verwijzing binnen de eerstelijns. Tabel 4.13 laat zien of er in dit opzicht in de loop van de tijd veranderingen zijn opgetreden.

Tabel 4.13 Vervolg van consultatie na het eerste consultatieve contact van 2000 tot medio 2005

	2000 n= 4391	2001 n= 13718	2002 n= 18292	2003 n=17473	2004 n= 18852	2005 n=7792	Trend*	Totaal N=8051
Voortzetting behandeling door consultatievrager %	27.6	27.2	28.5	28.1	25.7	25.7	↓	27.2
Vervolgconsultatie %	25.8	30.5	33.3	34.8	37.7	38.2	↑	34.2
Verwijzing binnen 1 <sup>e</sup> lijn %	8.5	8.4	10.5	11.3	10.8	9.1	↓	10.2
Verwijzing specialistische GGZ %	28.3	25.5	25.3	22.3	19.7	19.6	↓	23
Anders %	9.8	8.4	2.4	3.4	6.2	7.4		5.4

\* Vermelde trends in de tijd zijn significant op niveau  $p < .0005$

Veranderingen zijn er in de loop van de tijd inderdaad opgetreden. Het duidelijkst zijn de sterke toename (een duidelijk lineaire toename van 25.8% in 2000 tot 38.2% in 2005 ( $0 < .001$ )) van consultaties die in een vervolgconsultatie uitmonden en de even duidelijke, lineaire afname van de consultaties die in een verwijzing naar de specialistische GGZ eindigen (van 28.3% naar 19.6% ( $p < .001$ )). Verder is er ook sprake van een afname van het percentage consultaties waarin de consultatievrager de behandeling voortzet. Deze afname is kleiner en vindt pas plaats na 2002. Ze gaat van 28.5% naar 25.7%.

Met behulp van de nieuwe, verkorte registratie die sinds mei 2003 wordt uitgevoerd, zijn we ook in staat de vervolgcontacten verder te volgen. In tabel 4.14 staat dit uitgewerkt. Deze tabel laat in de eerste kolom zien hoe de eerste contacten eindigden. De percentages zijn vergelijkbaar met de percentages die in tabel 4.13 over de hele periode 2000-2005 worden gepresenteerd. Ruim een derde van de eerste contacten eindigt in een vervolgconsultatie. Deze 16.164 personen met een vervolgconsultatie krijgen in totaal 40.595 vervolgcontacten, dus gemiddeld 2,5 contacten per persoon. Het laatste resultaat van het laatste vervolgcontact van deze 16.164 personen staat in de derde kolom. Door dit op te tellen bij de eerste kolom krijgen we verdeling van de uiteindelijke bestemming. Dan blijkt dat bij 44% van alle in patiënten waarover consultatie heeft plaatsgevonden de consultatievrager weer verder gaat met de behandeling, 15% komt alsnog binnen de eerstelijns-GGZ terecht en 31% bij de specialistische GGZ. 10% eindigt “anders”.

De 3247 mensen van wie de afloop nog niet bekend is, waren op het moment dat we de registratie afsloten nog steeds “in vervolgconsultatie”.

Tabel 4.14 Patiëntenstroom tussen eerste contact en laatste vervolgcontact voor patiënten waarbij ook eventuele vervolgcontacten zijn geregistreerd

	Na 1 <sup>e</sup> contact	Vervolg consultatie	Na laatste vervolgcontact	Totaal	%
Cons. vrager zet behandeling voort	11763 (27%)		+ 6237 =	18000	(44%)
Verwijzing binnen 1 <sup>e</sup> lijn	4720 (11%)		+ 1570 =	6290	(15%)
Verwijzing specialistische GGZ	9136 (21%)		+ 3534 =	12670	(31%)
Anders	2334 (5%)		+ 1576 =	3910	(10%)
Vervolgconsultatie	16164 (37%)	40595 (2.5 consultaties per persoon)			
	_____+				
	44117				
Afloop (nog) niet bekend			3247 +	_____+	= 44117
			_____+		
			16164		

## 5 Samenvatting, discussie en aanbevelingen

### 5.1 Samenvatting van de resultaten

De vijf jaar durende monitoring van consultatieve projecten en registratie van consultatieve contacten heeft de volgende resultaten opgeleverd.

Er is veelvuldig gebruik gemaakt van de Consultatieregeling, hetgeen geresulteerd heeft in meer dan 130 projecten, waarvan zeker bij een honderdtal substantiële activiteiten zijn ontwikkeld. Van de kerndisciplines in de eerstelijns-GGZ waren huisartsen hierbij in 90% van de projecten vertegenwoordigd, AMW en eerstelijnspsychologen in meer dan de helft. De participatie van de laatste twee viel bij de start tegen, dit is in de eerste twee jaar aangetrokken tot een participatiegraad van boven de 50%.

In ongeveer driekwart van de projecten treden psychiaters en SPV als consultatiegevers op, in ruim een derde van de projecten psychologen of psychotherapeuten. Deze verdeling verandert in de loop van de tijd niet zoveel.

We hebben in dit rapport en in eerdere analyses laten zien dat verschillende vormen van consultatieve ondersteuning voorkwamen.

- Consultatie zoals het voordien in de literatuur vaak werd opgevat, een specialist die met een consultatievrager problemen rond de behandeling van patiënten met psychische stoornissen bespreekt, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt (Gersons 1977, Huyse 1989, v.d. Feltz Cornelis 2002) werd in een aanzienlijke minderheid van projecten geboden maar had vanaf het begin niet de overhand. Bij dit type consultatie treedt relatief vaak een psychiater als consultatiegever op. De proportie projecten waarbij deze mogelijkheid wordt geboden is weliswaar tot aan het eind groot gebleven (meer dan 80% van alle projecten gaven tot in 2005 aan dat dit aanbod bij hen bestond), maar het aandeel ervan in de geregistreerde consultaties is gedaald van meer dan 20% in de eerste twee jaar tot 12% in 2005.
- In steeds sterkere mate is gebruik gemaakt van een ander model, namelijk de inzet van een GGZ-hulpverlener, meestal een SPV, in de eerstelijns, die zonder aanwezigheid van een consultatievrager de patiënt zag. Dergelijke contacten plachten vaak met een aantal vervolcontacten gepaard te gaan. In 2000 maakten dergelijke contacten bijna 60% van alle consultatieve contacten uit, in 2005 was dit meer dan 80% geworden.
- Een derde vorm van consultatief contact, het telefonisch overleg op afgesproken tijden, heeft vanaf het begin ook tot het aanbod van vrijwel alle projecten behoort, maar nam in aandeel van het aantal consultatieve contacten af van bijna 20% van alle contacten in 2000 tot minder dan 5% in 2005.

In lijn met deze verschillende tendenties zien we een stijgende lijn van de inzet van SPV- en in de geregistreerde consultaties (van 63% in 2000 tot 81% in 2005) en een dalende

lijn van de inzet van psychiaters (van 16% in 2000 tot 4% in 2005).

Zoals al vermeld zijn huisartsen de belangrijkste consultatievragers. Hun aandeel in het totaal van de consultaties nam nog toe van 85% in 2000 tot 92% in 2005. AMW was betrokken bij ongeveer 60% van de projecten, maar trad in ongeveer 5% van de consultaties als “vrager” op. Bovendien laat het AMW in dit opzicht een dalende trend zien vanaf 2003. De eerstelijnspsycholoog volgt een vergelijkbaar patroon: in de helft van de projecten vertegenwoordigd, maar slechts consultatievrager in 2% van de gevallen. Hierbij een licht stijgende trend vanaf 2003.

Huisartsen worden vooral door SPV-en als consultatiegever bediend, eerstelijnspsychologen het meest door psychiaters. AMW maakt ook relatief veel gebruik van SPV als consultatiegever maar heeft ook regelmatig te maken met andere consultatiegevers, bijvoorbeeld uit de verslavingszorg.

De achtergrondkenmerken van patiënten waarover consultatie gevraagd werd, stemmen overeen met de achtergrondkenmerken van patiënten met psychische problemen in het algemeen: tweederde vrouw, een sterke vertegenwoordiging van mensen van 25 tot 45 jaar (vgl. Bijl e.a. 1997).

In de problematiek waarover consultatie wordt gevraagd zien we de stoornissen die in de eerstelijns het meest prevalent zijn ook het meest optreden: stemmingsstoornissen, psychosociale problemen en angststoornissen. Problemen als schizofrenie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen worden minder aangeboden, maar relatief wel meer dan hun prevalentie in de eerstelijns zou doen vermoeden (Verhaak e.a. 2006).

Naar de verschillende vragers en aanbieders gedifferentieerd, vinden we verschillen in accent die overeenstemmen met de hulpvragen waarmee ze geconfronteerd worden: huisartsen bieden relatief veel stemmingsstoornissen, het AMW veel psychosociale problemen en de eerstelijnspsycholoog veel problematiek rond persoonlijkheid en gedrag. Psychiaters krijgen relatief veel “grote psychiatrie” en persoonlijkheidsstoornissen voorgezet, psychologen en SPV relatief veel psychosociale problematiek.

De meest voorkomende reden om consultatie te vragen is de behoefte aan een advies over verwijzing. Daarna komen vragen omtrent de diagnose en de omgang met de patiënt. Negatieve aspecten in de arts-patiënt relatie zijn maar zelden redenen om consultatie te vragen.

Het verwijzingsadvies wordt vooral door huisartsen gewenst, de omgang met de patiënt is voor de AMW-er vaak reden voor consultatie en de eerstelijnspsycholoog wil relatief het vaakst een advies over de diagnose. Conform de wensen wordt in bijna de helft van de consultatieve adviezen advisering omtrent verwijzing naar de GGZ opgenomen. Twintig procent heeft betrekking op de attitude van de hulpverlener jegens de patiënt. Vijftien procent van de adviezen betreft medicatie en nog eens een kwart andersoortige behandeling door de consultatievrager. Hoogstens veertig procent van de adviezen heeft betrekking op verdere behandeling door de consultatievrager. Daarnaast is nog zo'n twintig procent van de adviezen diagnostisch van aard. Oftewel, de adviezen zijn vaak niet gericht op ondersteuning van de consultatievrager in zijn behandeling, maar meer op de overdracht van de behandeling. Logisch vervolg daarop is de veelvuldig aangetroffen voortzetting waarbij de consultatiegever de behandeling voortzet dan wel de patiënt verwezen wordt naar eerste of tweedelijn.

## 5.2 Discussie: zijn de beoogde doelstellingen gerealiseerd?

Heeft de Consultatieregeling met deze resultaten zijn doelstellingen bereikt? We onderscheiden in de inleiding een aantal elementen aan die doelstelling:

- versterking van de eerstelijns GGZ door deskundigheidsbevordering en een betere relatie tussen de lijnen en
- patiënten, waar mogelijk, binnen de eerstelijns behandelen en waar nodig, snel kunnen doorverwijzen naar de 2<sup>de</sup> lijn.
- verlichting van de werkdruk bij huisartsen,

Met de gegevens zoals die in de afgelopen jaren door het Steunpunt zijn verzameld kunnen we de vraag of de doelstellingen zijn bereikt deels beantwoorden, verder baseren we ons op gegevens uit ander onderzoek.

Het eerste element dat we als doelstelling van de Consultatieregeling noteerden, was de versterking van de eerstelijns GGZ. Dit zou onder andere bereikt worden doordat het ontvangen van consultatie zou bijdragen tot de deskundigheidsbevordering van de consultatievrager. Hoewel in het kader van ons onderzoek de deskundigheid van de consultatievragers nooit gemeten is, noch voor het ingaan van de Consultatieregeling noch na het aflopen ervan, kunnen we stellen dat consultatie bij het merendeel der projecten niet de vorm aannam waarbij van deskundigheidsbevordering sprake had kunnen zijn. In meer dan tweederde van de gevallen ontbrak de consultatievrager bij het gesprek en communiceerde hij hooguit bij de consultatieaanvraag met de consultatiegever. Verder was het resultaat van de consultatie vaak dat de consultatievrager de behandeling uit handen genomen werd, oftewel vanwege een vervolgsconsultatie oftewel vanwege een verwijzing.

Zijn er kanttekeningen te maken bij de rol die deskundigheidsbevordering gespeeld heeft, voor de relatie tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ is de Consultatieregeling een succes geweest. Dit blijkt uit de resultaten in dit rapport wanneer we letten op het massale gebruik dat van de regeling is gemaakt en ook uit het landelijk evaluatieonderzoek dat rond de Consultatieregeling en alle andere versterkende maatregelen is uitgevoerd (Meijer e.a. 2004). Huisartsen zijn de afgelopen jaren meer tevreden geworden over hun samenwerking met de AGGZ en ze signaleren op een aantal aspecten (wachtlijden, bereikbaarheid, informatievoorziening) duidelijk minder knelpunten. De drempel voor veel huisartsen om naar de tweedelijns GGZ te verwijzen is lager geworden.

Naast een betere relatie tussen eerste en tweede lijn is ook een goede samenwerking binnen de eerstelijns van belang voor de versterking van de eerstelijns GGZ. Hierbij moet gewezen worden op de relatief geringe betrokkenheid van de twee andere kerndisciplines in de eerstelijns GGZ, AMW en eerstelijns psycholoog. Hoewel deze disciplines na het eerste jaar wel bij ongeveer de helft van de projecten betrokken waren, bleven ze, naar aantal gevraagde consultaties, een kleine rol spelen. Wat betreft de redenen die ze aanvoerden om consultatie te vragen, verschilden ze wel van de huisarts (opvallend zijn bij voorbeeld het groot aantal gevallen waarin de AMW-er consultatie vraagt vanwege de omgang met de patiënt en de belangrijke rol die de psychiater als consultatiegever voor de eerstelijnspsycholoog speelt) maar dit verschil is toch marginaal. Ook AMW-er en

eerstelijnspsycholoog die consultatie vraagt wil vooral meer weten over de diagnose en heeft behoefte aan een advies over verwijzing. Alleen vragen ze veel minder vaak om consultatie dan de huisarts. Ook in een ander opzicht lijkt de samenwerking in de eerstelijns niet bijzonder bevorderd door de Consultatieregeling. Consultaties leiden uiteindelijk in 15% van de gevallen tot een verwijzing binnen de eerstelijns. Dat is twee keer zo weinig als de proportie consultaties die tot verwijzing naar de tweede lijn leidt. De komst van met name de SPV als consultatiegever leidde ook tot onrust in bestaande samenwerking met AMW en eerstelijnspsychologen. De SPV werd als concurrent ervaren. Met name als een GGZ-instelling zich uitsluitend op de huisarts richt. In regio's waar samenwerking vanuit de GGZ-instelling met alledrie de kerndisciplines voorop staat, verloopt dit proces in het algemeen beter (Scholten e.a., 2005; Sok e.a., 2005).

Een volgend aspect van de doelstelling van de consultatieregeling was het adagium dat waar mogelijk patiënten in de eerstelijns behandeld moeten worden, waar nodig moeten ze snel in de tweedelijns terecht kunnen. Het tweede lijkt beter gerealiseerd dan het eerste. Van de problematiek die door de consultatiegevers wordt geregistreerd, is een kwart als "psychosociaal" gelabeld. De gedachte is dat dergelijke problematiek (school-opvoedings-, werkproblemen, relatieproblemen) in de eerstelijns thuis hoort. Toch bleek bij nadere analyse in een eerder rapport dat ongeveer 20% hiervan naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ verwezen wordt (Verhaak e.a. 2003).

Van deze mensen hadden er waarschijnlijk meer door eerstelijns collega's behandeld kunnen worden wanneer deze in voldoende mate beschikbaar geweest waren. Van de andere kant geeft het grote aantal verwijzingen naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ – uiteindelijk belandt bijna een derde van de ter consultatie ingebrachte patiënten daar – ook aan dat de tussenkomst van een consultatiegever (vaak de SPV in de huisartspraktijk) tot een gemakkelijker toegang van de huisarts tot de GGZ leidt. Een aspect dat ook in de algemene evaluatie van de maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken naar voren kwam (Meijer e.a., 2004).

En dit alles zou moeten geschieden zonder dat de werkdruk van huisartsen betreffende patiënten met psychosociale en psychische problemen zou toenemen. Als we er van uitgaan dat voor de ruim 20.000 patiënten waarvan een 2003 een consultatie geregistreerd is, zeker zoveel anderen staan die niet geregistreerd zijn, dan is er sprake van een substantiële toename in het GGZ-zorgaanbod. Ter vergelijking: in 2003 werden 283.000 cliënten ingeschreven in alle geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ-en en RIAGG's bij elkaar (inclusief circuits voor ouderen, kinderen en jongeren; van Ginneken en Schoemaker, 2005). Dit aanzienlijke aantal patiënten werd in de eerstelijns gezien en voor een belangrijk deel behandeld, zonder dat het de huisarts extra werk kostte. Ook het gegeven dat tussen 2002 en 2005 het aantal bereikte huisartsen verdubbelde draagt bij aan de veronderstelling dat met de Consultatieregeling de werkdruk van de huisarts ontlast is, doordat hij in de praktijk een deel van zijn taken kan overdragen aan de SPV.

De oorspronkelijke doelstellingen zijn ons inziens deels behaald, maar wat met name opvalt is de verschuiving in doelstelling van de GGZ-consultatie: er is eerder sprake van het toevoegen van kennis en vaardigheden in de vorm van het inzetten van medewerkers en m.n. SPV-en vanuit de gespecialiseerde GGZ, dan van het overdragen van kennis en

vaardigheden aan de consultatievrager, met name de huisarts. Binnen de eerstelijns GGZ zijn de reacties hierop verdeeld. (LHV/MO-groep/LVE, 2004, Scholten e.a., 2005; Sok e.a., 2005; Visiedocument GGZ NL 2004).

### 5.3 Aanbevelingen

Op basis van de bovenstaande bevindingen komen we tot de volgende aanbevelingen voor de leden van de Stuurgroep Tussen de Lijnen, die betrokken zijn bij de samenwerking tussen de eerste en tweedelijns GGZ.

#### *Hanteer duidelijke definities*

In de afgelopen jaren is onder de noemer van consultatie een steeds breder pakket van activiteiten gaan vallen: consultatie in de klassieke betekenis, maar ook het overnemen van een aantal taken door met name de SPV van de huisarts. Om diverse redenen is het noodzakelijk de zogenaamde consultatieve activiteiten te onderscheiden in consultatie, kortdurende begeleiding/behandeling en eventuele andere taken: om de kosten te kunnen berekenen, om de juridische verantwoordelijkheid helder te hebben, om tussen partijen afspraken te kunnen maken wie wat vraagt en aanbiedt.

Onder consultatie verstaan wij: het adviseren van een hulpverlener van een andere discipline over een patiëntgebonden vraag. De consultatievrager blijft verantwoordelijk voor de patiënt. De consultatiegever kan de vrager, al dan niet in het bijzijn van de patiënt, rechtstreeks adviseren dan wel nadat de consultatiegever de patiënt maximaal twee keer heeft gesproken. Op basis van maximaal twee gesprekken wordt met zowel de consultatievrager, -gever als de patiënt afgesproken wat de eventuele vervolgstap dient te zijn. Deze vervolgstap kan onder andere bestaan uit het voortzetten van de behandeling door de vrager, het inzetten van andere activiteiten door de gever (intake voor gespecialiseerde GGZ, kortdurende begeleiding/behandeling) en doorverwijzen naar andere hulpverleners (binnen de eerste lijn).

#### *Sluit met het aanbod van consultatie aan op de vraag*

In haar Visiedocument van najaar 2004 geeft GGZ Nederland aan te ambiëren aan alle huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen de mogelijkheid tot consultatie te bieden. Uit de gegevens van het Steunpunt blijkt dat de vraag tussen en binnen deze disciplines varieert. Als aanbieder van consultatie is het van belang om het aanbod af te stemmen op de vraag van de verschillende disciplines en consultatie op maat te bieden. Ook tussen de disciplines binnen de eerstelijns GGZ kunnen afspraken gemaakt worden over het bieden van consultatie, bijvoorbeeld van eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers aan huisartsen.

#### *Consultatie is samenwerken, maar samenwerken binnen en tussen de lijnen van de GGZ is meer dan consultatie en vraagt om duidelijke afspraken. De Regionale Ondersteunings Structuren (ROS'en) kunnen het maken van afspraken coördineren en ondersteunen*

Met de GGZ-consultatieprojecten hebben de GGZ-instellingen in een relatief korte periode hun activiteiten uitgebreid binnen de setting van de eerstelijns GGZ. Het accent lag met name op het bieden van consultatie aan de huisartsen door de SPV-en en de SPV-

en worden steeds meer beschouwd als een vierde discipline in de eerste lijn. Voor een sterke eerstelijns GGZ en een goede samenwerking met de gespecialiseerde GGZ is het van belang dat er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen alle betrokkenen: de drie kerndisciplines in de eerstelijns (huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen) en de gespecialiseerde GGZ, waar de SPV-en over het algemeen deel van uitmaken.

*Gelijke financiële toegankelijkheid tot de zorg*

Het gehele beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ heeft tot doel om de patiënten waar mogelijk in de eerstelijns te behandelen en indien noodzakelijk door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Om deze doelstelling te kunnen realiseren is een gelijke financiële toegankelijkheid tot de beschikbare zorg een voorwaarde, alleen dan kan de patiënt kiezen voor de zorg die hij/zij het beste vindt aansluiten bij zijn of haar vraag. Het nieuwe financieringsstelsel voor de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2007 dient te bevorderen dat de kosten voor de patiënt voor hetzelfde type zorg, dat door verschillende aanbieders wordt geboden, hetzelfde is.

*Samenwerken binnen de concurrentie voor een betere kwaliteit van (keten)zorg*

De toekomstige veranderingen in de financiering van de geestelijke gezondheidszorg stimuleren het marktdenken van de aanbieders en zal de concurrentie tussen disciplines, maar ook binnen beroepsgroepen en organisaties doen vergroten. Deze ontwikkeling is reeds in gezet. Juist patiënten met psychosociale en psychische klachten hebben vaak met meerdere hulpverleners te maken en vanuit het oogpunt van kwaliteit van de (keten)zorg is goede samenwerking binnen de zorg noodzakelijk.



# Literatuur

- Bijl RV, Zessen Gv, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II: Prevalentie van psychische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141:2453-2460.
- Feltz-Cornelis CM. Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice. *Academisch Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam*. 2002
- Gersons BPR. De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie. *Academisch Proefschrift Amsterdam*. Alphen aan de Rijn: Samson 1977
- GGZ-Nederland. De Krachten gebundeld. Ambities van de GGZ. Amersfoort, GGZ-Nederland, 2004
- Huysse FJ. Systematic interventions in consultation/liaison psychiatry. *Academisch Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam*. 1989
- Meijer, SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "versterking eerstelijns GGZ". *Integrale eindrapportage*. Utrecht/Den Haag: NIVEL, Trimbos-instituut, SGBO, 2004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997*. Den Haag: Sdu-uitgevers. 1997
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*. Zoetermeer: RVZ.
- Scholten M, Pols J, Drost Y, Ruiters C de. *Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op het lokale niveau*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005
- Sok K, Scholte M, Veen C van de, Voordouw I. *Vijf jaar Korte Lijnen; versterking eerstelijns GGZ; evaluatierapport*. Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut, 2005.
- Verhaak PFM, Zantinge EM, Boer ME de, Voordouw I, Berg JF vd. *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2002)*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut 2003
- Verhaak PFM, Vonk E, Zantinge EM, Berg JF van den, Voordouw I. *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve projecten 2003*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut. 2003
- Verhaak PFM, Voordouw I, Vonk E, Zantinge EM, Berg vd, *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve projecten 2004*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut. 2004
- Verhaak PFM, Schellevis FG, Nuyen J, Volkens AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General Hospital Psychiatry* 2006



## **Bijlage 1:** Vragenlijst Monitor consultatieve activiteiten 2005



NIVEL  
Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon 030 2 729 700



---

## **Tussen *de Lijnen***

---

---

### **Vragenlijst**

### **Monitor consultatieve activiteiten 2005**

---



## Algemeen

Ingevuld door: .....

Functie: .....

Invuldatum: .....

---

**1. Zijn de consultatieve activiteiten op dit moment nog gaande of zijn ze beëindigd of nooit van de grond gekomen? Aankruisen wat van toepassing is.**

- momenteel nog gaande; →ga door naar vraag 2
- beëindigd sinds..... (maand + jaar →ga door naar vraag 21
- nooit van de grond gekomen; →ga door naar vraag 23

**2. In welke fase bevinden de consultatieve activiteiten zich?**

- Startfase/uitvoeringsfase in projectvorm; → ga door naar vraag 3
- Overgangsfase van projectmatig naar consolideren van de consultatieactiviteiten binnen de instelling; → ga door naar vraag 4
- De consultatieactiviteiten zijn opgenomen in de reguliere werkzaamheden van de instelling/ praktijkvoering; → ga door naar vraag 4

**3. Indien de consultatieve activiteiten zich nog in de start/uitvoeringsfase in projectvorm bevinden: Is het de bedoeling dat de consultatieve activiteiten aan het eind van 2005 wel regulier worden?**

- Nee, omdat ..... → ga door naar vraag 5
- Ja → ga door naar vraag 5

**4. Indien de consultatieve activiteiten al in de overgangsfase of consolidering zitten:Kunt u voor uw project aangeven hoe de consultatieve activiteiten georganiseerd zijn (of in de toekomst zullen zijn)?**

De consultatieve activiteiten worden georganiseerd vanuit:

- het voordeurteam, waar ook de reguliere aanmeldingen binnen komen.
- een specifiek consultatie- of eerstelijns team, waar medewerkers vanuit de organisatie (voor een deel van hun tijd) voor worden ingezet.
- de diverse afdelingen/circuits die er zijn, bijvoorbeeld specifiek voor volwassenen of ouderen
- Anders, namelijk.....

5. **Kunt u kort beschrijven waarom de bovenstaande keuze is gemaakt, wat de voordelen daarvan zijn en welke knelpunten dat eventueel geeft?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. **Hoeveel huisartsen, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen of andere eerstelijns partijen zijn naar schatting betrokken bij de consultatieve activiteiten?**

<u>Aantal</u>	<u>Discipline</u>
.....	Huisartsen
.....	Algemeen Maatschappelijk Werkers
.....	Eerstelijns psychologen
.....	ndere eerstelijns partners, namelijk .....

7. **Geef aan welk aantal consultatiegevers voor hoeveel fulltime equivalenten worden ingezet bij de consultatieve activiteiten.**

<u>Aantal</u>	<u>Discipline</u>	
.....	Psychiater	.....Fte
.....	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	.....Fte
.....	Psycholoog/psychotherapeut	.....Fte
.....	Andere consultatiegevers, namelijk .....	.....Fte

8. **De consultatiegevers zijn werkzaam binnen het circuit/de divisie:**

- Jeugd
- Volwassenen
- Ouderen
- Anders, namelijk .....

9. **Kruis aan welke consultatieve activiteiten er allemaal plaatsvinden (meer dan één antwoord mogelijk). Geef vervolgens in de laatste kolom aan welke de meest voorkomende activiteit is. (Slechts één vakje aankruisen a.u.b)**

Type activiteit	Meest voorkomende activiteit
<input type="checkbox"/> Telefonisch overleg consultatievrager en –gever	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bijeenkomst individuele consultatievrager en –gever	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bijeenkomst consultatievrager, -gever en patiënt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bijeenkomst consultatiegever en patiënt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Groepsbijeenkomsten met consultatievragers en –gever	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bijscholing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ander activiteiten, namelijk:.....	<input type="checkbox"/>

10. **Wordt in het kader van de consultatieve activiteiten ook kortdurende begeleiding/behandeling gegeven binnen de setting van de eerste lijn?**

- Nee  
 Ja, met maximaal .....contacten

*In de meeste GGZ-consultatieprojecten wordt consultatie geboden aan huisartsen in mindere mate aan algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologen. In de praktijk blijkt dat de wijze waarop afspraken gemaakt zijn over de inhoud en omvang van de consultatie tussen de projecten erg divers is.*

11. **Zijn er afspraken over inhoud en/of omvang van de consultatieve activiteiten met:**

**De huisarts**  ja → mondeling / schriftelijk \*  
 nee

**Het Algemeen Maatschappelijk Werk**  ja → mondeling / schriftelijk \*  
 nee

**De eerstelijns psycholoog**  ja → mondeling / schriftelijk \*  
 nee

\* doorhalen wat niet van toepassing is

12. **Op welk niveau zijn de bovenstaande afspraken gemaakt?**

- op individueel niveau  
 op groep niveau  
 op regionaal niveau



**13. Worden de consultatieve activiteiten na 31 december 2005 voortgezet?**

- Nee → ga door naar vraag 15
- Ja → ga door naar vraag 14

**14. Op welke wijze worden de consultatieve activiteiten in de toekomst gefinancierd?**

- Intakecontact
- Onderzoekscontact
- Psychotherapiecontact
- Uur dienstverlening/preventie
- Anders, namelijk:

**Samenwerking in de regio**

**15. Vindt vanuit uw organisatie overleg plaats op directie/bestuurlijk niveau over de consultatieve activiteiten met (meerder antwoorden mogelijk):**

- een vertegenwoordiger van de huisartsen
- de instelling(en) voor het Algemeen Maatschappelijk Werk
- een vertegenwoordiger van de eerstelijns psychologen (ROEP)?

**16. Indien met meerdere partijen tegelijkertijd overleg plaatsvindt, gebeurt dit:**

- bilateraal tussen.....
- in een breder verband, namelijk .....

**17. Bent u bekend met:**

- De activiteiten en producten van het project Korte Lijnen, dat tot doel heeft de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ te verbeteren.
- De activiteiten en producten van het Diabolo-project, dat tot doel heeft initiatieven te ondersteunen ter versterking van de eerstelijns GGZ

**18. Zo nee, heeft u hier belangstelling voor ?**

- ja
- nee

*De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns gezondheidszorg is aan het veranderen. Zo zijn vanaf 2005 de Regionale Ondersteuningsstructuren ofwel ROS-en opgezet.*

**19. Bent u bekend met de ROS in uw regio**

- ja, ik heb ervan gehoord
- ja, ik heb contact met ROS medewerkers
- nee

**20. Wordt er bij u aanvullend onderzoek gedaan naar de consultatieve activiteiten?**

- Tevredenheidsonderzoek onder patiënten/cliënten
- Tevredenheidsonderzoek onder consultatievragers
- Tevredenheidsonderzoek onder consultatiegevers
- Anders, namelijk .....

Wij zouden het op prijs stellen om een exemplaar van uw onderzoeksopzet en resultaten te ontvangen!

***Dit is het einde van de vragenlijst voor consultatieve activiteiten die in 2005 nog actief waren***

---

***Deel voor consultatieve activiteiten die reeds gestaakt zijn***

**21. In welke periode zijn binnen bij u de consultatieve activiteiten verricht?**

Van ..... (maand/jaar) tot ..... (maand/jaar)

**22. Kun u een schatting geven van het aantal consultaties die gegeven zijn in bovenstaande periode?**

- 1-10
- 10-50
- 50-100
- 100-500
- meer dan 500

**23. Wat was de reden voor het staken of nooit van de grond komen van de consultatieve activiteiten?**

- Onvoldoende financiële middelen
- Onvoldoende animo bij de verschillende partijen
- Geen overeenstemming tussen de verschillende partijen
- Problemen met de coördinatie van de activiteiten
- Anders, namelijk .....

**U kunt het ingevulde formulier retourneren in de bijgevoegde antwoordenvolp.**

**Hartelijk dank voor de medewerking!**





**Bijlage 2:** Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten tot mei 2003

REGISTRATIE

# Consultatieve bijeenkomsten

**Steunpunt**

**Tussen de Lijnen**

### **Toelichting bij het registratieformulier**

Het Steunpunt Tussen *de Lijnen* heeft tot taak om de omvang en de inhoud van de consultatiebijeenkomsten in kaart te brengen. Om dit mogelijk te maken ontwikkelde het Steunpunt Tussen *de Lijnen* een registratieformulier voor consultatiebijeenkomsten. Deelname aan deze registratie is een van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor subsidie uit de regeling consultatiegelden.

### **Instructie bij het registratieformulier**

De consultatiegever is degene die de informatie vergaart en registreert. Het formulier wordt ingevuld op basis van het **eerste** consultatie contact. We gaan ervan uit dat er sprake is van meerdere deelnemers: een consultatiegever, consultatievrager(s) en mogelijk ook van patiënt(en). Indien consultatie plaatsvindt waarbij meerdere patiënten betrokken zijn (b.v. partners of gezin) worden de gegevens geregistreerd van de patiënt die de ernstigste klachten heeft. Valt er geen verschil in ernst te bepalen dan kiest u voor het noteren van de gegevens van de oudste patiënt. Komen tijdens een bijeenkomst met consultatievragers verschillende consultatievragen over verschillende patiënten voor de eerste keer aan de orde dan wordt voor elke patiënt een formulier ingevuld.

#### **3. Consultatievrager is?**

Maak het vakje zwart van de beroepsgroep die consultatie vraagt. Indien een consultatiebijeenkomst plaats vindt met meerdere beroepsgroepen, maak dan de vakjes zwart van alle betrokken beroepsgroepen bij het eerste gesprek

#### **8. Omschrijving van de besproken problematiek**

1. Bepaal eerst welke klachten en/of stoornissen aanwezig zijn.
2. Breng een rangorde aan binnen de aanwezige klachten of stoornissen. Dit doet u door bij de stoornis of klacht die het meest op de voorgrond staat de '1' te omcirkelen. Bij de klacht en/of stoornis die op de tweede plaats komt, omcirkelt u de '2'. Omcirkel de '3' bij een eventuele klacht en/of stoornis die op de derde plaats komt.

*Omcirkel slechts één cijfer per klacht.*

#### **9. Hoe lang bestaan de klachten waarover consultatie gevraagd wordt al?**

Een *nieuwe klacht* is een klacht of stoornis waarvoor de patiënt voor het eerst hulp zoekt binnen de eerste lijn (er is geen sprake van een ggz-hulpverleningsgeschiedenis).

#### **10. Wat is de reden voor de hulpverlener om consultatie te vragen?**

1. Bepaal de antwoordcategorieën die van toepassing zijn.
2. Breng een rangorde aan binnen de relevante antwoordcategorieën. Dit doet u door bij de belangrijkste antwoordcategorie de '1' te omcirkelen. Bij de antwoordcategorie die op de tweede plaats komt, omcirkelt u de '2'. Omcirkel de '3' bij een eventuele antwoordcategorie die op de derde plaats komt.

*Omcirkel slechts één cijfer per antwoordcategorie.*

### **Instructie bij het invullen:**

1. Gebruik bij voorkeur een zwarte pen; gebruik geen groene pen of potlood.
2. Maak vakjes helemaal zwart.
3. Indien u een verkeerd vakje ingekleurd heeft, zet u hier een kruis doorheen.

De instructie voor het invullen van dit formulier vindt u op de achterzijde

1 Registratienummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

2 Datum consult:

		—			—	<input type="radio"/> 2000	<input type="radio"/> 2001	<input type="radio"/> 2002
--	--	---	--	--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3 Consultatievrager is:  
*meerdere categorieën kunnen worden aangekruist*

- huisarts
- AMW-er
- eerstelijnspsycholoog
- anders, namelijk .....

4 Setting waarin consultatie plaatsvond:

- telefonisch
- vis à vis consultatievrager
- vis à vis consultatievrager en patiënt
- vis à vis met uitsluitend patiënt
- anders, namelijk .....

## Patiëntgegevens

5 Geboortjaar:

--	--	--	--	--

6 Geslacht:

- man
- vrouw

7 Leefsituatie:

- alleenstaand
- zonder partner met kinderen
- met partner zonder kinderen
- met partner en kinderen
- is kind in 1-ouder gezin
- is kind in meer-ouder gezin
- thuisloos

## Gegevens m.b.t. klachten en hulpvragen

8 Omschrijving van de besproken problematiek:  
*maximaal 3 categorieën kunnen worden omcirkeld; geef de rangorde van belangrijkheid aan (zie ook instructie)*

- |       |   |   |  |   |   |   |  |
|-------|---|---|--|---|---|---|--|
| 1     | 2 | 3 | organische (inclusief symptomatische) psychische stoornissen             | 1 | 2 | 3 | eetstoornis  |
| 1     | 2 | 3 | psychische en gedragsstoornissen door gebruik van psychoactieve middelen | 1 | 2 | 3 | slaapstoornis  |
| 1     | 2 | 3 | schizofrenie   | 1 | 2 | 3 | seksuele stoornis  |
| ..... |   |   | <i>stemmingsklachten:</i>  | 1 | 2 | 3 | stoornis van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd |
| 1     | 2 | 3 | manische episode   | 1 | 2 | 3 | school- en leerklachten en concentratieklachten              |
| 1     | 2 | 3 | bipolaire affectieve stoornis  | 1 | 2 | 3 | klachten met betrekking tot opvoeding                        |
| 1     | 2 | 3 | depressieve episode (al dan niet recidief)                               | 1 | 2 | 3 | klachten met betrekking tot relatie partner/gezin/familie    |
| 1     | 2 | 3 | persisterende stemmingsstoornis  | 1 | 2 | 3 | klachten met betrekking tot werk/studie                      |
| ..... |   |   | <i>angst- en spanningsklachten:</i>                                      | 1 | 2 | 3 | klachten met betrekking tot het leggen van contacten         |
| 1     | 2 | 3 | fobische stoornis  | 1 | 2 | 3 | klachten n.a.v. traumatische gebeurtenis                     |
| 1     | 2 | 3 | andere angststoornis (gegeneraliseerde angst, paniek)                    | 1 | 2 | 3 | anders, namelijk:  |
| 1     | 2 | 3 | obsessief-compulsieve stoornis   |   |   |   | .....  |
| 1     | 2 | 3 | reactie op ernstige stress   |   |   |   |  |
| 1     | 2 | 3 | somatoforme stoornis   |   |   |   |  |



46660



- 9 Hoe lang bestaan de klachten waarover consultatie gevraagd wordt al:
- nieuwe klacht
  - bestaande klacht die plotseling verergerd of waarvan behandeling geen resultaat oplevert
  - patiënt heeft al lang psychische klachten
- 10 Wat is de reden voor de hulpverlener om consultatie te vragen:  
*maximaal 3 categorieën kunnen worden omcirkeld; geef de rangorde van belangrijkheid aan (zie ook instructie)*
- 1 2 3 onduidelijkheid over de diagnose
  - 1 2 3 overmatig bezoek van patiënt aan consultatievrager
  - 1 2 3 patiënt onttrekt zich aan behandeling
  - 1 2 3 consultatievrager wil advies m.b.t. therapietrouw
  - 1 2 3 consultatievrager wil anderszins weten hoe hij/zij met de patiënt moet omgaan
  - 1 2 3 consultatievrager wil medicatieadvies
  - 1 2 3 consultatievrager wil advies m.b.t. eventuele verwijzing
  - 1 2 3 anders, namelijk: .....

### Gegevens m.b.t. consultatiegever

- 11 Discipline:
- medisch:
    - psychiater
    - geriater
    - jeugdpsychiater
    - arts-(assistent)
  - gedragswetenschappelijk:
    - psycholoog
    - pedagoog
  - verpleegkundig:
    - sociaal psychiatrisch verpleegkundige
    - B-verpleegkundige
  - anders, namelijk: .....

### Gegevens m.b.t. het resultaat

- 12 Wat gebeurt er verder met de patiënt:  
*slechts één antwoord mogelijk*
- behandeling patiënt wordt voortgezet door consultatievrager
  - er volgt een consultatie in dezelfde setting
  - er volgt een consultatie in andere setting
  - verwijzing binnen 1e lijn
  - verwijzing naar specialistische GGZ
  - verwijzing elders:  
.....
- 13 Waarop heeft het consultatieve advies betrekking  
*maximaal 3 antwoorden mogelijk*
- medicatie
  - andersoortig behandeladvies
  - advies m.b.t. nadere lichamelijke diagnostiek
  - advies m.b.t. nadere diagnostiek binnen GGZ
  - advies m.b.t. eventuele verwijzing
  - advies m.b.t. attitude hulpverlener
  - anders, namelijk: .....

*hier niet schrijven*





**Bijlage 3:** Registratieformulier consultatieve contacten vanaf mei 2003

# Registratieformulier Consultatieve Contacten

Regio  Project

01 03

Consultatiegever:  Psychiater  Psycholoog  SPV  Anders, nl.

Datum consult		Patiëntgegevens		Vervolgconsultatie		Consultatievrager*		Setting**		Vervolg***				
Geb. jaar		Geslacht		Vervolgconsultatie		(Slechts één antwoord mogelijk)								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Ja	1	2	3	4	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Nec									

hier niet schrijven:

Steunpunt

Tussen de Lijnen

\*Consultatievrager:  
 1 = Huisarts  
 2 = AMW  
 3 = Eerstelijnspsycholoog  
 4 = Anders

\*\* Setting:  
 1 = Telefonisch  
 2 = Vis à vis consultatievrager  
 3 = Vis à vis consultatievrager en patiënt  
 4 = Vis à vis patiënt  
 5 = Anders

\*\*\* Vervolg:  
 1 = Consultatievrager zet behandeling voort  
 2 = Vervolgconsultatie  
 3 = Verwijzing binnen 1e lijn  
 4 = Verwijzing naar 2e lijn  
 5 = Anders

hier niet schrijven:

daeu

regpro

lijstnr

periode

## Handleiding Registratieformulier Consultatieve Contacten 2003

Registratie-formulieren worden door het Steunpunt tussen de Lijnen verspreid onder projectleiders van consultatieve projecten die vanuit de Consultatieregeling gefinancierd worden. De projectleider draagt zorg voor het verspreiden van deze formulieren onder de consultatiegevers van het project. Maandlijks worden de registratieformulieren verzameld door de projectleider en verstuurd naar het Steunpunt tussen de Lijnen, te bereiken via Els Vonk, Stichting Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030 - 27 29 812, [e.vonk@nivel.nl](mailto:e.vonk@nivel.nl).

We onderscheiden vier soorten consultatiegevers: psychiater, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en consultatiegevers die niet tot één van deze drie categorieën behoren. De discipline van de consultatiegever kan bovenaan het registratieformulier worden ingevuld. Per soort consultatiegever moeten in ieder geval maandlijks één (of meerdere) aparte registratieformulieren worden ingevuld. Dus geen registraties van een psychiater en een SPV op één formulier maken.

**Ieder consultatief contact met iedere patiënt** dat in het kader van de consultatieregeling plaatsvindt, wordt vastgelegd op het registratieformulier. Voor elk consultatief contact wordt een nieuwe regel op het registratieformulier gebruikt. **Vervolgcontacten** met de consultatiegever worden dus ook geregistreerd! Dezelfde patiënt kan dus op meerdere regels van het formulier voorkomen.

Per regel van het registratieformulier wordt ingevuld:

- Datum van het consultatieve contact (dag-maand-jaar)
- Geboortejaar van de patiënt
- Geslacht van de patiënt
- Is het contact een vervolgconsultatie (ja of nee)
- Discipline van de consultatievrager:

\* Huisarts

\* Algemeen Maatschappelijk Werk

\* Eerstelijnspsycholoog

\* Andere discipline

- Setting van de consultatie:

- 1) Telefonisch contact
  - 2) Contact tussen consultatiegever en -vrager
  - 3) Contact tussen consultatiegever en -vrager waarbij ook de patiënt aanwezig is
  - 4) Contact tussen de consultatiegever en de patiënt
  - 5) Ander soort contact dat niet in bovenstaande categorieën past
- Vervolg van de consultatie:

- 1) De consultatievrager krijgt een advies en zet de behandeling voort
- 2) De consultatiegever besluit tot een vervolg van het consultatieve contact met de patiënt
- 3) De patiënt wordt verwezen binnen de eerstelijns (naar AMW, eerstelijnspsycholoog of een eventuele andere eerstelijns-discipline)
- 4) De patiënt wordt verwezen naar de gespecialiseerde GGZ
- 5) Het vervolg past niet in een van de hierboven genoemde mogelijkheden (b.v. verwijzing naar somatische gezondheidszorg)

Wanneer na het eerste consultatieve contact een vervolgcontact plaatsvindt met de consultatiegever, wordt bij 'vervolg' optie 2 omcirkeld: de consultatiegever besluit tot een vervolg van het consultatieve contact. De patiënt komt dus terug in het kader van de consultatieregeling en wordt een volgende keer op een nieuwe regel weer geregistreerd. Bij 'vervolg' wordt net zolang optie 2 'vervolgconsultatie' omcirkeld, totdat er geen vervolgspraak meer gemaakt wordt. Bij het laatste contact wordt dan een ander vervolg omcirkeld.

De bedoeling is dat het registratieformulier met **zwarte pen** wordt ingevuld, zodat het goed te scannen is. De rondjes bij 'consultatiegever', 'geslacht' en 'vervolgconsultatie' worden volledig ingekleurd. De juiste nummers bij 'consultatievrager', 'setting' en 'vervolg' worden omcirkeld.

