



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (S.A. Meijer P.F.M. Verhaak, *De eerstelijns GGZ in beweging*, NIVEL 2004) worden gebruikt.
Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

De eerstelijns GGZ in beweging

Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek “Versterking eerstelijns GGZ”

Integrale eindrapportage, 2004

S.A. Meijer
P.F.M. Verhaak



ISBN 90-6905-684-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond van het onderzoek	7
1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign	11
1.3 Verdere indeling van dit rapport	14
2 De inzet van de geplande maatregelen en projecten	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW	15
2.3 Consultatieregeling	16
2.4 Kwaliteitsprojecten uit het Samenwerkingsconvenant	17
2.5 Korte Lijnen	19
2.6 Onderzoek eerstelijnspsychologen	19
2.7 Diaboloproject	20
2.8 Inzet maatregelen in 2004 en verder	20
2.9 Knelpunten bij de inzet van maatregelen	20
2.9.1 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW	20
2.9.2 Consultatieregeling	21
2.9.3 Onderzoek eerstelijnspsychologen	22
2.9.4 Experimentele samenwerkingsprojecten (Korte Lijnen en het Diaboloproject)	22
2.10 Conclusies ten aanzien van de inzet van maatregelen	23
3 Ontwikkelingen in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Ontwikkelingen in capaciteit	25
3.3 Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering	26
3.3.1 Deskundigheidsbevordering via kwaliteitsprojecten	27
3.3.2 Deskundigheidsbevordering via de Consultatieregeling	27
3.4 Ontwikkelingen in samenwerking	28
3.5 Knelpunten in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ	30
3.5.1 Capaciteit	30
3.5.2 Deskundigheidsbevordering	31
3.5.3 Samenwerking	31
3.6 Conclusies over voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ	32
4 Ontwikkelingen in de doelstelling van een sterke eerstelijns GGZ: verwijzingen en hulpverlening	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Ontwikkelingen in verwijsstromen	35
4.3 Ontwikkelingen in hulpverlening	36
4.4 Knelpunten in verwijsstromen en hulpverlening	37
4.5 Conclusies verwijsstromen en hulpverlening	39

5	Effect van capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en samenwerking op verwijzingen en hulpverlening	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Effect van capaciteitsuitbreiding op verwijzingen en hulpverlening	41
5.3	Effect van deskundigheidsbevordering op verwijzingen en hulpverlening	42
5.4	Effecten van samenwerking op verwijzingen en hulpverlening	43
5.5	Conclusies effect van voorwaarden op verwijzingen en hulpverlening	43
6	Effect van de maatregelen op ontwikkelingen in capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, verwijzingen en hulpverlening	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Tijdelijke Stimuleringsmaatregel	45
6.3	Consultatieregeling	46
6.4	Kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant	48
6.5	Korte Lijnen	49
6.6	Diaboloproject	50
6.7	Conclusies inzet maatregelen – uitkomstmaten verwijzstromen en hulpverlening	51
7	Organisatie van het programma “Versterking eerstelijns GGZ”	55
7.1	Inleiding	55
7.2	Landelijke aansturing	56
7.3	Samenwerking en afstemming op regionaal niveau	57
7.4	Conclusies	59
8	Conclusies en aanbevelingen	61
8.1	Inleiding	61
8.2	In welke mate zijn de adviezen van de RVZ en de Landelijke commissie GGZ ter harte genomen?	63
8.3	In welke mate zijn de maatregelen uitgevoerd zoals bedoeld?	64
8.4	Effect van de maatregelen op de gewenste voorwaarden voor betere eerstelijns-GGZ hulpverlening	65
8.5	Effect van de maatregelen op de doelstelling: waar mogelijk meer psychische problematiek binnen de eerstelijns behandelen	66
8.6	Niet voorziene effecten van de maatregelen	67
8.7	Kantttekeningen bij het evaluatieonderzoek, de inzet van maatregelen en het voorgestane beleid	68
8.8	Beleidsaanbevelingen	75
	Referenties	77
	Afkortingenlijst	79
	Bijlage 1 Samenstelling Stuurgroep tussen de Lijnen	81

Voorwoord

Het voor u liggende rapport beoogt een integrale samenvatting te geven van de bevindingen van de landelijke evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ. Deze rapportage is gebaseerd op de volgende deelstudies, uitgevoerd door respectievelijk KPMG, SGBO, Trimbos instituut en NIVEL:

- KPMG. Probleem en oplossing dicht bij elkaar. Evaluatie van rollen en verantwoordelijkheden van participanten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Februari 2002
- Kornalijnslijper N, Schoenmakers C, Smeets K. Evaluatie Beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in vijf zorgregio's. Onderzoek in het kader van het programma Versterking Eerstelijns GGZ. SGBO: Den Haag, 2004
- Kornalijnslijper N, Schoenmakers C. Inzet extra AMW-middelen door gemeenten; resultaten eindmeting 2003. SGBO: Den Haag, 2004.
- Scholten M, Pols J, Drost Y, de Ruiters J. Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op het lokale niveau. Trimbos instituut: Utrecht, 2004
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. NIVEL: Utrecht, 2004 (Ook als pdf down te loaden van www.nivel.nl)

Voor een methodische verantwoording van de opzet van de diverse onderzoeken en voor een gedetailleerde en getalsmatige weergave van de resultaten verwijzen we naar deze rapporten.

In deze deelrapporten is de onderzoeksvraag: “in hoeverre zijn de maatregelen die VWS aankondigde om de eerstelijns GGZ te versterken volgens plan uitgevoerd en in hoeverre zijn de beoogde resultaten bereikt” vanuit vier verschillende invalshoeken benaderd. In het onderzoek van het Trimbos-instituut werden een aantal lokale projecten waarin versterking van de eerstelijns GGZ werd nagestreefd minutieus bestudeerd. Het SGBO onderzocht in hoeverre bestuurlijke samenhang op regionaal niveau gerealiseerd werd. In het NIVEL-onderzoek werd landelijk nagegaan of onder invloed van versterkende maatregelen indicatoren van een sterke eerstelijns GGZ zich in positieve zin wijzigden. KPMG onderzocht de posities die diverse betrokkenen bij de eerstelijns GGZ (veldpartijen, financiers, overheid, consumenten) innamen.

De bedoeling van de onderhavige beschouwing is om de inzichten die in de diverse deelstudies naar voren zijn gekomen te integreren. Vandaar dat deze rapportage als de definitieve eindrapportage van het onderzoeksprogramma “Evaluatie versterking eerstelijns GGZ” beschouwd kan worden.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Psychische stoornissen komen veel voor in de bevolking en namen in de jaren '90 ongeveer een derde van de ziektejaar-equivalenten en bijna een kwart van de kosten in de gezondheidszorg in Nederland voor hun rekening (RIVM, 1997). Ondanks dit grote beslag dat psychische stoornissen klaarblijkelijk reeds op de gezondheidszorg deden, bleek het merendeel niet onder aandacht van professionele hulpverleners te komen, en worden de meeste patiënten met psychische stoornissen die wel hulp zoeken, uitsluitend in de eerstelijns, met name door de huisarts behandeld (Bijl et al., 2000).

In de periode 1989 - 1996 had weliswaar een groei van de beschikbare capaciteit in de tweedelijns ambulante GGZ (Riagg's, poli's van algemeen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) plaatsgevonden, maar deze ging gepaard met een vergelijkbare groei in de hulpvragen, zodat per saldo de druk op de tweedelijns GGZ even groot bleef. De capaciteit in de eerstelijns om psychische problemen op te vangen (huisarts, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsycholoog) bleef in die periode absolute termen redelijk constant (De Rijk et al., 1999).

Samengevat: de vraag om hulp bij psychische problemen nam toe, hetgeen resulteerde in wachtlijsten in de tweedelijns. Het oplossend vermogen van de eerstelijns bleef achter bij de toenemende vraag.

Deze situatie is niet uniek voor Nederland maar werd ook in andere westerse landen geconstateerd (Andrews et al., 2000, Pullen et al., 1994). Als een van de oplossingen wordt in dit verband vaak naar de eerstelijns gezondheidszorg gewezen. Hier worden de meeste hulpvragen van psychische aard, al dan niet in verholde vorm, het eerste gesteld en veel van deze hulpvragen kunnen in principe ook op dat niveau behandeld worden. In dit verband is de aanpak van "Stepped care" gepropageerd (VonKorff et al., 2000) Binnen deze aanpak wordt een psychisch probleem in eerste instantie op het laagst mogelijke niveau behandeld en wordt daarna stapsgewijs tot een eventuele zwaardere en meer specialistische inzet besloten. Een dergelijk aanpak vereist in de eerste plaats dat er op het niveau waar de patiënt het hulpverleningscircuit binnenkomt (veelal de huisarts) voldoende deskundigheid is om psychische stoornissen te diagnosticeren en behandelen. Ontwikkeling van protocollen en standaarden op dit terrein is daarvoor een belangrijke voorwaarde. Tevens moet er op het laagste niveau de mogelijkheid zijn om voor langduriger generalistische zorg en routines als controle en bewaking van therapietrouw een beroep te kunnen doen op ondersteunende krachten als de praktijkverpleegkundige of meer op GGZ georiënteerde generalistische hulpverleners als eerstelijnspsychologen die kortdurende behandeling geven, AMW, counselors of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Wanneer een psychische stoornis te gecompliceerd blijkt voor

behandeling in de eerstelijns is het een voorwaarde in het model van stepped care, dat er een vloeiende aansluiting bestaat op meer specialistische GGZ voorzieningen. In eerste instantie, als volgende stap zagezegd, kan deze specialistische GGZ inbreng bestaan uit het adviseren van de eerstelijns hulpverleners over een mogelijke aanpak (consultatie). Een daarop volgende stap is dan de overdracht van de behandeling van de eerste lijn naar de tweede lijn (verwijzing). Het behoeft geen betoog dat een snelle en succesvolle consultatie of verwijzing gebaat is bij een goed contact tussen de eerstelijns en de tweedelijns GGZ. Dit goede contact is vervolgens ook waardevol bij het weer terugverwijzen van de patiënt in verband met de vereiste nazorg die de eerstelijns weer zou kunnen leveren.

Een GGZ die zo georganiseerd is dat op alle niveaus de vereiste zorg geleverd kan worden en dat alle niveaus goed op elkaar aansluiten, zo dat de patiënt de zorg op het juiste niveau ontvangt, noemen we een **samenhangende** GGZ. Een eerstelijns GGZ die in dat geheel goed aansluit en de eerstelijnsstaken binnen dat geheel kan uitvoeren betitelen we als een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ.

In 1998 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies "Geestelijke gezondheidszorg in de 21^{ste} eeuw" uit. In dit advies werd bepleit om de GGZ veel meer dan voorheen te organiseren als onderdeel van de gezondheidszorg en wel op de volgende wijze. De kerntaak van de GGZ moest zijn: het voorkomen, behandelen en draagbaar maken van de gevolgen van psychische ziekten en stoornissen. Daarbij werd in het advies uitdrukkelijk gekozen voor een organisatie van de zorg via de bestaande echelons in de gezondheidszorg. Dit betekende dat de tweedelijns GGZ alleen via het eerste echelon (de eerstelijns) toegankelijk zou zijn. Binnen de eerstelijns werd de huisarts als centrale figuur gezien. De huisarts zou binnen de eerstelijns samenwerken met het AMW en de eerstelijnspsycholoog en daarheen kunnen verwijzen. De huisarts zou consultatie kunnen vragen aan de tweedelijns GGZ, zonder dat daarbij overdracht van de patiënt plaats zou vinden. Ten behoeve van recidiverende problemen zou de huisarts de aanvullende mogelijkheid moeten hebben om een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in te schakelen. En in de gevallen dat specialistische hulp geïndiceerd is, zou de huisarts de "poortwachter" moeten zijn die de patiënt naar de tweedelijns GGZ verwijst.

Om dit georganiseerd te krijgen werden in het advies een aantal voorwaarden geschetst waaraan voldaan zou moeten worden. Schaalvergroting van huisartsengroepen en samenwerking van huisartsen met AMW en eerstelijnspsychologen werden in dat kader genoemd. Er moesten mogelijkheden komen voor de eerstelijns om expertise van de tweedelijns GGZ te benutten. Ook moest er geïnvesteerd worden in opleiding op het gebied van GGZ-problematiek in de eerstelijns.

Deze versterkingen zouden het later door de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg (2002) aanbevolen principe van getrapte zorg ('stepped care') ook beter mogelijk maken. Onder getrapte zorg wordt het volgende verstaan: eerst proberen zorg te leveren op het laagst mogelijke niveau (de huisarts behandelt), eventueel laat de huisarts zich adviseren door experts vanuit de tweedelijns. Wanneer behandeling door de huisarts niet lukt of niet geëigend is verwijst deze door naar het laagst volgende niveau (AMW of eerstelijnspsycholoog); Pas in de laatste instantie wordt de behandeling overgedragen naar de gespecialiseerde GGZ.

In haar Brief Geestelijke Gezondheidszorg (VWS 1997) liep de minister van VWS al vooruit op deze adviezen en stelde maatregelen in het vooruitzicht waarin de huisarts poortwachter voor de GGZ wordt en de eerstelijns op een aantal punten zal worden versterkt.

De drie meest betrokken eerstelijns partijen reageerden in principe positief op deze aankondiging, maar plaatsten wel een aantal kanttekeningen. In de visie op de eerstelijns-GGZ die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), VOG/AMW en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) in 2000 publiceerden, noemden ze onder meer de volgende knelpunten (LHV et al., 2000):

- regionaal verschillende capaciteitsproblemen;
- onvolledige samenwerking en afstemming;
- onvoldoende consultatie van de tweedelijns door de eerstelijns;
- suboptimale deskundigheidsbevordering van algemeen maatschappelijk werk (AMW) en huisarts op het gebied van herkenning resp. diagnostiek van psychische problematiek;
- onvergelykbare registraties binnen de verschillende beroepsgroepen;
- onvoldoende aandacht voor het leren samenwerken;
- onvoldoende gestructureerde kwaliteitszorg bij algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen;
- onvoldoende ondersteuningsstructuur voor eerstelijns GGZ en -samenwerking.

In de beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van 1999 werd getracht aan deze bezwaren tegemoet te komen en werden de voornemens uit de Brief Geestelijke Gezondheidszorg uit 1997 op de volgende wijze nader uitgewerkt. Teneinde te bevorderen dat de eerstelijns het merendeel van de hulpvragen op psychisch gebied zal opvangen worden huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog gezien als kerndisciplines, waarbij de huisarts als poortwachter bijgestaan wordt door algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog. Men wil in overleg met de betrokken partijen komen tot kwalitatieve en kwantitatieve versterking van de eerstelijns GGZ door:

- bevorderen van samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog;
- verbetering van samenwerking tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ;
- vergroting van de kennis van de huisarts door het faciliteren van bijscholing vanuit de gespecialiseerde GGZ;
- het stimuleren en faciliteren van de consultatiefunctie vanuit de gespecialiseerde GGZ;
- het opstarten van een regionaal transmuraal farmaceutisch overleg tussen huisartsen, psychiaters en (ziekenhuis)apothekers;
- in overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten aandringen op versterken van het AMW door een toename van het aantal uitvoerend fte AMW-ers;
- bezien of de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfonds ondergebracht zou moeten worden.;

Deze versterkingen zouden de door de eerstelijnspartijen geconstateerde tekortkomingen kunnen opheffen. Ze liggen ook in het verlengde van de adviezen van de RVZ.

Deze versterkingen moesten bewerkstelligd worden door de volgende concrete maatregelen c.q. projecten:

- *De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW*. VWS subsidieert vanaf 2001 extra fte AMW op voorwaarde dat de gemeente in 2003 de helft van de uitbreiding voor zijn rekening neemt.
- *Consultatieregeling*. Vanaf 1999 is er een budget waaruit tweedelijns GGZ instellingen projecten kunnen bekostigen waarmee consultatie aan de eerstelijns gegeven wordt.
- *Kwaliteitsprojecten* t.b.v. de drie eerstelijns partijen (Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en MO-groep voor het AMW) voor de uitwerking van het door deze drie partijen gesloten samenwerkingsconvenant. Deze is met name gericht op deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
- *Experiment vergoeding eerstelijnspsychologen*. Teneinde na te gaan wat de gevolgen zouden zijn van het onderbrengen van de hulp door een eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket, werd dit in twee regio's gedurende een jaar op experimentele basis gedaan.
- *Project "Korte Lijnen"*. Projecten in een aantal experimentele regio's waarin ernaar gestreefd wordt de samenwerking tussen de eerstelijns partners te verbeteren.
- *"Diaboloprojecten"*. Dit betreft een extra stimuleringsregeling waarmee op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven ondersteund worden en best practices gestimuleerd worden.

Dit geheel aan projecten¹ is het programma dat door VWS is ingezet om tot een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ te komen. Het is een mix van subsidieregelingen en maatregelen, die enerzijds de kwantiteit/capaciteit en daarmee de bereikbaarheid van zorg betreffen (Stimuleringsregeling AMW, vergoeding eerstelijnspsycholoog, consultatieregeling) en voor het overige gericht zijn op de kwaliteit van zorg (deskundigheid, verbeteren samenwerking).

Van de regelingen m.b.t. de zorg kan landelijk gebruik gemaakt worden (Stimuleringsregeling AMW, Consultatieregeling), of men moet er op lokaal niveau voor uitgekozen zijn (Experiment eerstelijns-psychologen, Korte Lijnen projecten, Diaboloprojecten).

Om het overleg tussen alle betrokken partijen te verzekeren, om draagvlak voor de ondersteunende maatregelen te creëren en om ook de regie over de uitvoering van die maatregelen bij de betrokken partijen te leggen, heeft het ministerie van VWS een "Stuurgroep tussen de Lijnen" ingesteld. In deze Stuurgroep zijn betrokken veldpartijen uit eerstelijns en tweedelijns GGZ, zorgverzekeraars, consumenten en belanghebbende beleidsorganen betrokken. Voor een volledige opsomming, zie bijlage 1.

Deze Stuurgroep kan in feite ook als een onderdeel van het programma ter versterking van de eerstelijns GGZ opgevat worden. Dit gehele programma is onderwerp van de evaluatiestudie waarover we in dit rapport verslag doen.

¹ Deze concrete maatregelen en projecten worden in paragraaf 2.2 nader toegelicht.

Achterliggende gedachte achter de *VWS maatregelen* was dat de capaciteit van de eerstelijns GGZ vergroot zou kunnen worden door in samenwerking met de gemeenten extra middelen aan het AMW toe te kennen en de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog te vergroten. Deskundigheidsbevordering en samenwerking zou vergroot worden door financiële middelen hiervoor aan de koepelorganisaties van de eerstelijnspartijen toe te kennen en aan hen over te laten hoe dit landelijk dan wel regionaal gestalte zou kunnen krijgen. Daarnaast zou deskundigheidsbevordering en samenwerking gestimuleerd worden door middel van de consultatieregeling, waarmee tweedelijns expertise aan de eerstelijns beschikbaar gesteld wordt. Diaboloprojecten zouden extra prikkels voor samenwerking zowel als consultatieve ondersteuning betekenen.

In deze rapportage zijn de bevindingen van verschillende deelstudies geïntegreerd. Er zijn landelijk gegevens verzameld bij de eerstelijns GGZ disciplines en bij de consultatieve projecten, op zodanige wijze dat de situatie vóór de versterkende maatregelen en twee jaar na aanvang daarvan in kaart kon worden gebracht. Hierover is ook separaat gerapporteerd door het NIVEL (Meijer et al., 2004). Er zijn in vijf regio's case studies uitgevoerd naar het beleid inzake de versterking van de eerstelijns GGZ. Ook in deze casestudies is sprake van een voormeting en een meting twee jaar na het ingang zetten van de versterkende maatregelen. Hierover is gerapporteerd door het SGBO (Kornalijnslijper et al., 2004). In vier lokale projecten waarin op specifieke wijze de eerstelijns GGZ werd ondersteund heeft een procesevaluatie plaatsgevonden door het Trimbos-instituut (Scholten et al., 2004). Ten slotte is de hele structuur om deze versterkende maatregelen te sturen en te evalueren onderzocht door het KPMG. Hierover heeft het KPMG in 2002 gerapporteerd (KPMG, 2002).

1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign

In het onderhavige rapport worden de resultaten van al deze deelstudies geïntegreerd teneinde de vragen te beantwoorden of er een meer samenhangende eerstelijns GGZ ontstaat en welke strategieën meer of minder effectief zijn om een meer samenhangende eerstelijns GGZ tot stand te brengen.

Bij de beantwoording van deze vragen hebben we ons laten leiden door de gedachte dat de diverse maatregelen van de overheid om de eerstelijns GGZ te versterken opgevat kunnen worden als een min of meer samenhangend beleidsprogramma.

Het geplande programma dat VWS voor ogen had om de eerstelijns GGZ kwalitatief en kwantitatief te **versterken**, bestaat uit een aantal maatregelen en projecten (= geplande instrumenten). Het uiteindelijke doel van het programma is om de GGZ kerndisciplines in de eerstelijns in staat te stellen psychische stoornissen waar mogelijk binnen de eerstelijns te behandelen (= geplande doelstellingen).

Hiertoe zou de capaciteit aan beschikbare hulpverleners binnen de eerstelijns moeten worden verhoogd, de deskundigheid van huisartsen en AMW zou moeten worden

vergroot, en de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ zou op een aantal aspecten moeten worden verbeterd (dit zijn de verwachte voorwaarden die beïnvloed zouden moeten worden). Verondersteld wordt dat een verbetering van deze voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheid, samenwerking) zou leiden tot een beter vermogen van de eerstelijns GGZ om meer patiënten te behandelen op het niveau waar ze, gezien de aard van hun problematiek, goed behandeld kunnen worden. De beoogde maatregelen zouden dus met name effect op deze voorwaarden moeten hebben. Daarbij moet gedifferentieerd worden tussen de verschillende typen maatregelen en projecten. De stimuleringsmaatregel AMW en experimentele financiering van eerstelijnspsychologen is gericht op de capaciteit; het project "Korte Lijnen" is specifiek gericht op samenwerking binnen de eerstelijns en de Consultatieregeling op samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns én deskundigheidsbevordering; "Diaboloprojecten" zijn in het algemeen gericht op samenwerking in de brede zin én op deskundigheidsbevordering en de kwaliteitsprojecten van de drie eerstelijnspartijen richten zich op deskundigheidsbevordering en de kwaliteit van de hulpverlening.

Naarmate de diverse voorwaarden meer positieve verandering onder invloed van de maatregelen laten zien zouden de uitkomsten, verwijdsstroom richting eerste lijn en adequatere hulpverlening, meer gerealiseerd moeten worden.

Met een dergelijke invulling van het model kunnen nu de volgende, meer specifieke onderzoeksvragen geformuleerd worden.

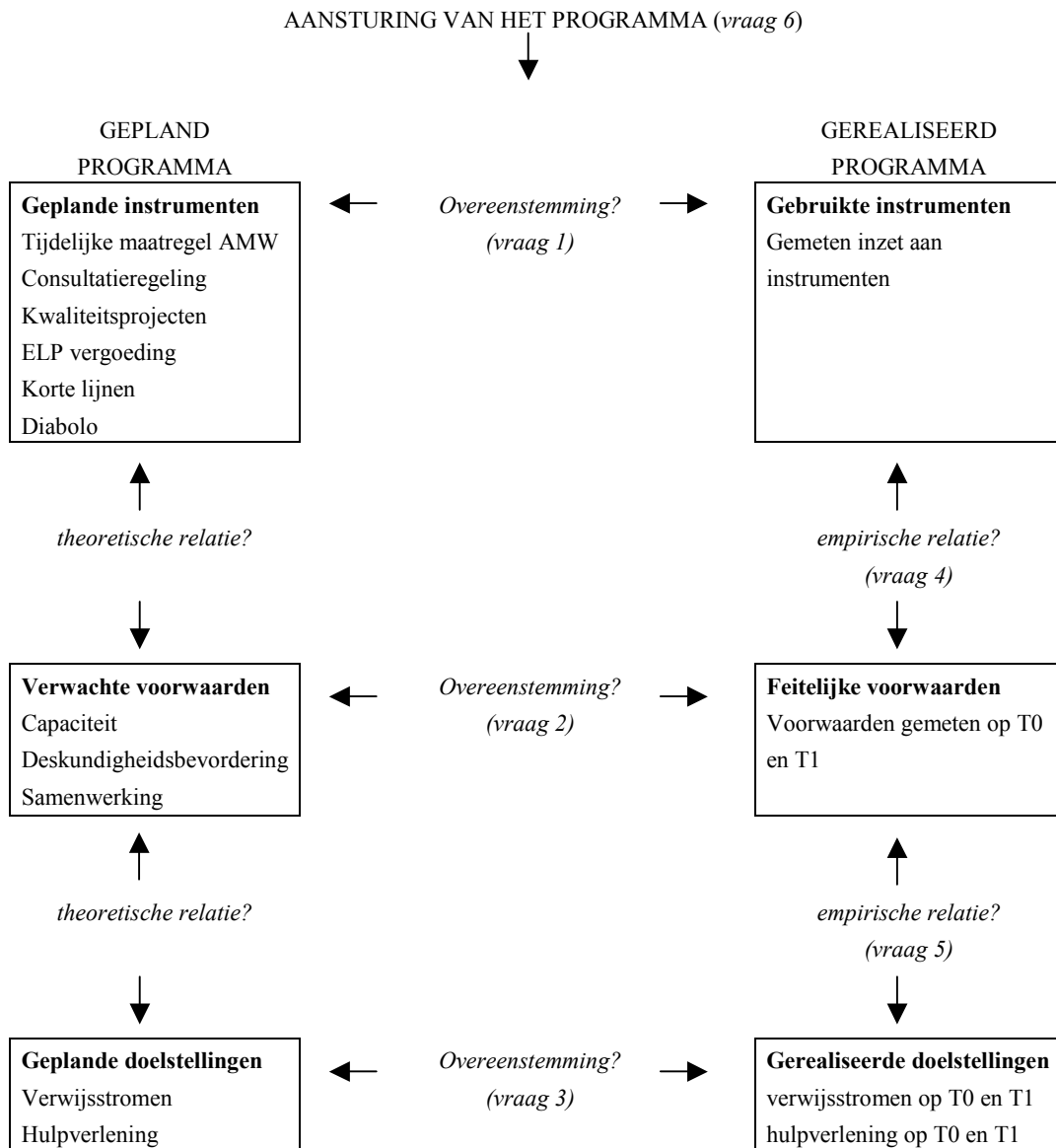
1. In hoeverre zijn de geplande maatregelen en projecten volgens verwachting ingezet?
2. In hoeverre zijn de voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking) verbeterd?
3. In hoeverre is de uiteindelijke doelstelling om waar mogelijk meer psychische stoornissen binnen de eerstelijns GGZ te behandelen bereikt?
4. In hoeverre kunnen veranderingen in voorwaarden en de mate waarin de doelstelling is bereikt toegeschreven worden aan de specifieke maatregelen die daarop gericht waren?
5. In hoeverre is het bereiken van de doelstelling (waar mogelijk meer psychische stoornissen behandelen binnen de eerstelijns GGZ) toe te schrijven aan een toegenomen capaciteit, meer deskundigheidsbevordering of meer samenwerking?

Daarnaast wordt ook de *aansturing* van het programma geëvalueerd. De mate waarin het programma geslaagd is wordt namelijk niet alleen bepaald door het programma zelf, maar ook door de aansturing ervan. Dit leidt tot de zesde onderzoeksvraag:

6. Hoe is de aansturing van het programma verlopen?

We kunnen dit als volgt modelmatig weergeven.

Figuur 1: Modelmatige weergave van de onderzoeksvragen van de evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ



Zoals hierboven al gezegd worden deze vragen vanuit verschillende perspectieven benaderd in de diverse deelonderzoeken. KPMG heeft een bestuurlijke analyse gemaakt om inzicht te krijgen in het draagvlak waarop de versterkende maatregelen kunnen rekenen en op de organisatorische structuur waarbinnen deze maatregelen de beste kans van slagen hebben. In het landelijk onderzoek van het NIVEL zijn kwantitatieve gegevens verzameld over de inzet van de maatregelen, ontwikkelingen in voorwaarden en de mate waarin de doelstelling is bereikt in de periode voor de inwerkingtreding van de

versterkende maatregelen en in de periode ongeveer twee jaar later. De regionale casestudies van SGBO bieden inzicht in de wijze waarop op regionaal beleidsniveau maatregelen zijn geïnterpreteerd en vertaald naar regionaal beleid. De lokale proces-evaluaties van het Trimbos-instituut bieden inzicht in de wijze waarop hulpverleners/instellingen de maatregelen hebben geïnterpreteerd en vertaald naar de hulpverlening. In deze rapportage worden deze diverse inzichten geïntegreerd.

1.3 Verdere indeling van dit rapport

In hoofdstuk 2 t/m 7 van dit rapport worden de resultaten van de onderscheiden deelstudies geïntegreerd in de beantwoording van de zes onderzoeksvragen die in de vorige paragraaf zijn gesteld. Elke vraag wordt in een afzonderlijk hoofdstuk besproken. Per vraag behandelen we de knelpunten die in de verschillende onderzoeken zijn gesignaleerd die een succesvolle versterking van de eerstelijns GGZ belemmeren en trekken conclusies over de gestelde onderzoeksvraag. We eindigen in hoofdstuk 8 met de uitgangspunten van het versterkingsprogramma kritisch tegen het licht te houden en geven definitieve conclusies en aanbevelingen voor het beleid.

2 De inzet van de geplande maatregelen en projecten

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 1 beantwoord: in hoeverre zijn de geplande maatregelen en projecten volgens verwachting ingezet?

Het gaat daarbij om drie typen maatregelen:

- landelijke maatregelen (de Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW en de Consultatieregeling) die rechtstreeks door de gemeenten resp. hulpverleners in te vullen waren;
- maatregelen die door de koepelorganisaties van de eerstelijns partijen zijn uitgewerkt en in de eerste instantie nog niet bij de hulpverleners terechtkomen (de kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant);
- lokale projecten die in enkele experimentele regio's zijn ingezet en daarmee vooral een lokaal bereik hebben (het project Korte Lijnen, experiment met vrije toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen en het Diaboloproject).

De resultaten uit deze paragraaf zijn voornamelijk gebaseerd op hoofdstuk 3 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004). Voor informatie over de Consultatieregeling is daarnaast nog gebruik gemaakt van hoofdstuk 6 van het SGB0-eindrapport (Kornalijnslijper et al., 2004), en hoofdstuk 8 t/m 11 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

In paragrafen 2.2 t/m 2.7. worden de diverse maatregelen en de mate waarin ze volgens plan zijn ingezet besproken. In paragraaf 2.8 wordt stilgestaan bij de positie van de diverse maatregelen in de nabije toekomst. Paragraaf 2.9 besteedt aandacht aan de knelpunten die bij de inzet van verschillende maatregelen zijn geconstateerd. In paragraaf 2.10 worden conclusies met betrekking tot onderzoeksvraag 1 geformuleerd.

2.2 Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW

De Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW is een subsidieregeling voor gemeenten met als hoofddoel om de capaciteitstekorten bij het AMW te verminderen dan wel op te heffen. VWS heeft in overleg met de MO-groep vastgesteld dat de capaciteit van het AMW in een gemeente voldoende is als er 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners is. Dit is de normcapaciteit waar ze naar wil streven via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel.

Wanneer gemeenten de normcapaciteit bereikt hebben kunnen ze de subsidie inzetten om het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ te versterken via het versterken van netwerken.

In 2001 en 2003 hebben Nederlandse gemeenten en instellingen voor AMW een enquête over de inzet van de Stimuleringsregeling ingevuld. Daaruit blijkt dat het overgrote deel van de gemeenten de gestelde norm voldoende vindt gezien de aard van de problematiek.

Het merendeel van de gemeenten heeft subsidie aangevraagd in het kader van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, en 93% van de AMW-instellingen heeft extra geld vanuit de Stimuleringsmaatregel van de gemeenten toegezegd gekregen. Eenderde van de gemeenten is van plan om na 2003 extra middelen te blijven inzetten om de norm alsnog te halen. Uit gelden van de stimuleringsmaatregel wordt gemiddeld 0,6-0,7 fte per gemeente gefinancierd. Gemeenten zetten de extra toegekende middelen over het algemeen in voor de uitbreiding van de uitvoerende AMW-capaciteit. In 2001 kwam dit vooral ten goede aan specifieke doelgroepen, zoals jeugd, migranten en ouderen, maar in 2003 werden de middelen vooral ingezet ten behoeve van GGZ-problematiek en preventie, met als concrete bestemming onder meer deelname aan netwerken en ondersteuning van de huisarts. De helft van de gemeenten is van mening dat de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel heeft geleid tot kortere wachtlijsten en -tijden voor het AMW in de gemeente. Gemeenten geven in de regionale casestudies aan dat de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW een stimulans is voor het geven van aandacht aan de verdere ontwikkeling van het AMW.

Gemeenten die geen gebruik maakten van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel deden dat niet omdat de problematiek er in hun ogen geen aanleiding toe gaf of omdat ze teveel eigen middelen moesten toevoegen.

2.3 Consultatieregeling

De Consultatieregeling heeft als hoofddoel om hulpverleners van de eerstelijns GGZ de mogelijkheid te bieden advies te vragen aan de tweedelijns GGZ en zo de deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek binnen de eerstelijns te vergroten. Daardoor zouden meer patiënten met GGZ-problematiek binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden. Daarnaast kan de Consultatieregeling een rol vervullen in het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ.

Sinds 1999 wordt via Zorgkantoren jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. Ook bekostigde het ministerie van VWS het Steunpunt "Tussen de lijnen", een samenwerkingsverband van Trimbos-instituut dat ten behoeve van consultatieve projecten een helpdesk onderhield, door middel van studiemiddagen en de uitgave van een nieuwsbrief een platform voor informatie-uitwisseling vormde en de consultatieve activiteiten monitorde en registreerde. Op basis van die monitoring en registratie weten we het volgende. In alle zorgkantoor-regio's lopen projecten: In 2001 telden we 112 consultatieprojecten die gebruik maken van de Consultatieregeling; in 2002 waren dat er 123. Vanaf 2003 wordt een aantal projecten bekostigd vanuit de reguliere middelen, waardoor het aantal projecten dat (deels) vanuit de Consultatieregeling gefinancierd wordt is afgenomen tot 93 projecten. (Verhaak et al., 2003). Per project stelde men in 2003 gemiddeld 1,3 fte beschikbaar vanuit de tweedelijns, waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) het meest is ingezet als consultatiegever: 0,8 fte SPV, 0,2 fte psychiater, 0,2 fte psycholoog/psychotherapeut en 0,1 fte anders). In 2003 werden gemiddeld per project 35 huisartsen, 12 AMW-ers, 4 eerstelijnspsychologen en 1 andere consultatievrager bereikt. De huisarts vroeg veruit de meeste consultaties: 89% van de consultaties, terwijl het AMW en de eerstelijnspsycholoog bij resp. 6% en 2% van de

consultaties betrokken waren. De meest voorkomende consultaties waren gesprekken tussen consultatiegever (meestal de SPV) en de cliënt zonder dat de consultatievrager (meestal de huisarts) daarbij aanwezig was. Meestal vinden dan meerdere gesprekken plaats onder de noemer 'kortdurende behandeling'.

Wat betreft de mate waarin van de Consultatieregeling gebruik gemaakt is en de bereidheid van de tweedelijns GGZ om consultatieve projecten gaandeweg met reguliere middelen voort te zetten of uit te breiden is deze versterkende maatregel verlopen zoals hij beoogd was. In interviews vanuit de regionale casestudies werd twee jaar geleden in sommige regio's de twijfel uitgesproken over het voortbestaan van het initiatief als er geen structurele financiering zou komen. Ten tijde van de tweede gespreksronde bleek dat in een aantal regio's het project naar alle waarschijnlijkheid structureel in de tweedelijns ingebed zal worden. Dit is een trend die vanaf 2003 ook landelijk wordt opgemerkt. Wat tevoren niet gepland was, was de hoge vlucht die de kortdurende behandeling door SPV-en zou nemen. Bij de start van de regeling werd meer gedacht aan consultatieve bijeenkomsten tussen consultatievragers en consultatiegevers dan aan patiëntgerichte contacten waar de consultatievrager niet bij aanwezig is. Ook was de regeling van tevoren meer ten behoeve van alle eerstelijns disciplines gedacht dan de uiteindelijke resultaten laten zien. Nu is 90% van de verzoeken afkomstig van huisartsen.

Uit de regionale casestudies komt naar voren dat huisartsen, hoewel ze er in eerste instantie niet op zaten te wachten, enthousiast zijn over de geboden consultatie in de huisartsenpraktijk. Ze zijn vooral tevreden vanwege de ervaren taakverlichting en de kortere lijnen die er ontstaan met de GGZ en in mindere mate vanwege de kennis die ze opdoen omtrent de GGZ. Het AMW en eerstelijnspsychologen blijken volgens de regionale casestudies echter weinig behoefte te hebben aan consultatie van de tweedelijns, en sommige eerstelijnspsychologen die advies gevraagd hebben, zijn hierover niet tevreden. Bovendien beschouwen ze de SPV als concurrent. Overigens blijken eerstelijnspsychologen in sommige regio's waar met ondersteuning en coördinatie van samenwerking geëxperimenteerd wordt (o.a. via de diaboloregeling, zie 2.7) minder concurrentie te ervaren.

2.4 Kwaliteitsprojecten uit het Samenwerkingsconvenant

Vanuit het Samenwerkingsconvenant tussen de koepelorganisaties van de drie eerstelijnspartijen zijn kwaliteitsprojecten opgezet. De uitwerking hiervan is bij alle drie de disciplines gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van deskundigheid op het gebied van de GGZ-hulpverlening.

Huisartsen

Het budget waarover de LHV beschikt via het samenwerkingsconvenant en de VWS subsidie voor de ondersteuning van huisartsen wordt besteed aan het 'kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen'. De activiteiten zijn gericht op drie doelstellingen:

Beleidsvorming: Op basis van de uitkomsten van een inventarisatie zijn de huisartsdistricten benaderd met een ondersteuningsaanbod op maat. Vrijwel alle districten

hebben plannen ingediend en zijn met de uitvoering daarvan aan de slag gegaan. In 2003 is er gewerkt aan het in kaart brengen van de GGZ-functies en -taken van de huisarts.

Kwaliteitsbevordering: Er is een kaderopleiding GGZ voor huisartsen ontwikkeld en in 2002 gestart en er is nieuw kwaliteits- en nascholingsmateriaal ontwikkeld. Eind 2003 hadden 15 van de 23 districten nascholing op GGZ-gebied in hun aanbod zitten. In negen districten was de nascholing in 2003 feitelijk al aangeboden.

Evaluatie: Het programma 'kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen' wordt apart geëvalueerd door de Centre for Quality of Care Research (hierna genoemd de WOK; zie Visscher et al., 2002). Dit evaluatie-onderzoek loopt op schema. Er is begonnen met het maken van een sociale kaart van de GGZ.

AMW

De uitwerking van het samenwerkingsconvenant door de MO-Groep gebeurt via het project 'AMW, partner in de eerstelijns GGZ'. Er zijn drie deelprojecten opgezet die moeten bijdragen aan de versterking van het AMW als partner in de eerstelijns GGZ:

Deskundigheidsbevordering: Cursussen 'psychiatrie/psychopathologie' en 'rapporteren' zijn ontwikkeld en aangeboden. Een cursus 'multidisciplinair samenwerken' wordt geïmplementeerd.

Kennissysteem: In 2003 zijn twee pilots gestart waarbij onderzocht wordt op welke wijze ICT kennisdelen in organisaties en tussen ketenpartners kan ondersteunen.

Implementatie kwaliteitszorg: In alle AMW-regio's (ROAM's) zijn kwaliteitskringen gestart waarmee de implementatie van het kwaliteitsbeleid ondersteund wordt.

Kwaliteitskringen bestaan uit afgevaardigden van AMW-organisaties die in hun eigen organisatie belast zijn met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. In totaal nemen 105 organisaties van de 154 AMW organisaties actief deel aan de kwaliteitskringen. In september 2002 is er een kwaliteitschema beschikbaar gekomen voor het AMW. In totaal zijn in 2002 en 2003 vier organisaties gecertificeerd.

Eerstelijnspsychologen

De activiteiten van de LVE met betrekking tot het kwaliteitsproject hebben zich met name gericht op:

Opbouw en structuur van de kwaliteitsorganisatie: De kwaliteitsorganisatie van de LVE bestaat uit een netwerk van regionale kwaliteitsfunctionarissen, een werkgroep en een beleidsmedewerker kwaliteit.

Kwaliteit en certificering: De LVE heeft kwaliteitsnormen ontwikkeld en geïmplementeerd. Een HKZ-certificeringsschema is in concept afgerond en de implementatie is in voorbereiding.

Deskundigheidsbevordering: Aan de hand van het profiel van de eerstelijnspsycholoog zijn de hiaten in opleiding en deskundigheidsbevordering in kaart gebracht, waarna een voorstel voor een eigen eerstelijnspsychologen-opleiding en modules voor nascholing zijn beschreven. Aan de leden zijn een landelijk congres, regionale symposia en themacursussen aangeboden.

Communicatie en ICT: De communicatie naar de LVE-leden over kwaliteit is geïntensiveerd door structurele informatievoorziening via de Nieuwsbrief van de LVE, een vernieuwde LVE-website en een helpdesk.

De LVE heeft een digitaal systeem ontwikkeld en geïmplementeerd waarmee leden de jaargegevens over de hulpverlening kunnen registreren. Ook is aandacht besteed aan de digitale berichtgeving en uitwisseling in de eerste lijn.

Evaluatie: Het kwaliteitsprogramma is tussentijds geëvalueerd door Bureau Bartels. Een eindevaluatie vindt voor de zomer van 2004 plaats.

2.5 Korte Lijnen

De koepelorganisaties van de drie kernpartijen van de eerstelijns GGZ (LHV, MO-groep en LVE) besteden ieder 20% van hun budget van het samenwerkingsconvenant aan het project Korte Lijnen, waarin de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ verbeterd wordt. Het project Korte Lijnen is gericht op het verbeteren van de structurele aspecten van samenwerking. In de eerste fase gebeurt dit door middel van het ontwikkelen, testen, evalueren en implementeren van een samenwerkingsmodel in een viertal experimentele regio's. Daartoe zijn protocollen ontwikkeld, gericht op informatie-uitwisseling, verwijzing, gezamenlijke behandeling en rapportage. In de tweede fase wordt een invoeringsrichtlijn ontwikkeld en geïmplementeerd. Dit geschiedt in andere experimentele regio's. Deze beoogt in de praktijk handleidingen te bieden bij het opzetten van een samenwerkingsstructuur in een willekeurige regio. De eerste fase van het project, het ontwikkelen en inzetten van een samenwerkingsmodel, is in 2003 afgerond. In vier regio's waren de onderscheiden eerstelijnspartijen betrokken bij deze ontwikkeling. De tweede fase, het ontwikkelen en inzetten van een invoeringsrichtlijn, wordt afgerond in 2004 en vindt plaats in vijf nieuwe regio's.

Korte lijnen heeft aan het eind van de eerste fase een aantal feitelijke producten voor de toekomst opgeleverd: Een werkboek, (waarin opgenomen o.a. een stappenplan om samenwerking op te zetten, samenwerkings- en verwijfsprotocollen, en verwijfsformulieren), een geautomatiseerd systeem om op maat samenwerkingsafspraken vast te leggen, een brochure "Wie doet wat in de eerstelijns GGZ" en een website vanwaar protocollen en formulieren kunnen worden downgeload.

2.6 Onderzoek eerstelijnspsychologen

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2000 geld beschikbaar gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Daartoe is in opdracht van VWS door Bureau Hoeksma, Homans & Menting een onderzoeksproject uitgevoerd: "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" (IJland & Drouven, 2003). Dit project is eind 2002 afgerond. Doelstelling van dit project was om te onderzoeken in hoeverre een verlaging van de financiële drempel het aantal verwijzingen van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog doet toenemen. Het project onderzocht het vermoeden dat de financiële drempel voor hulp van een eerstelijnspsycholoog een knelpunt is voor verwijzing naar deze hulpverlener. De resultaten bevestigen dit vermoeden: door het verlagen van de financiële drempel neemt het aantal verwijzingen van huisartsen naar eerstelijnspsycholoog toe, terwijl er een afname van 10% is van verwijzingen naar de

ambulante GGZ. Ondanks het feit dat een verlaging van de financiële drempel lijkt bij te dragen aan een toename van de verwijfsstromen vanuit huisartsen binnen de eerstelijns GGZ en een afname van verwijfsstromen vanuit huisartsen naar de tweedelijns GGZ heeft de Minister besloten de eerstelijnspsycholoog (nog) niet onder het ziekenfonds te brengen.

2.7 Diaboloproject

Het Diaboloproject ondersteunt op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen. Doel hiervan is de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ-disciplines en tussen eerste- en tweedelijns GGZ te vergroten, zodat op lokaal niveau een samenhangend systeem van (samenwerkings-) activiteiten ontstaat. Het betreft projecten gericht op directe samenwerking en projecten gericht op verbetering van de voorwaarden van samenwerking. Medio 2003 waren er 28 deelprojecten, waarvan 17 inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten en elf voorwaardenscheppende activiteiten. Van al deze deelprojecten zijn er per 31 december 2003 18 afgerond, zeven worden met een jaar verlengd en drie projecten lopen door tot het einde van 2005.

2.8 Inzet maatregelen in 2004 en verder

De *Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW* liep tot en met 2003. Ruim eenderde van de gemeenten is van plan om vanaf 2004 middelen te blijven inzetten voor het AMW om de capaciteitsnorm van 1 fte AMW per 6000 inwoners alsnog te halen.

De *Consultatieregeling* loopt door tot en met 2005. In 2003 werd al geconstateerd dat sommige projecten al overgaan op een reguliere manier van financiering.

Het *samenwerkingsconvenant* loopt af in 2004. De LHV en opdrachtgevers van Korte Lijnen hebben subsidie aangevraagd bij VWS voor 2005.

Het *Diaboloproject* loopt door tot en met 2005.

2.9 Knelpunten bij de inzet van maatregelen

Bij het inzetten van de maatregelen zijn een aantal knelpunten geconstateerd die hieronder besproken zullen worden.

2.9.1 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW

Hoewel de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet om de capaciteit uit te breiden, was de subsidie niet voldoende om de nagestreefde norm van 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners te bereiken. Het is niet bekend in hoeverre gemeenten deze normcapaciteit kunnen bereiken na afloop van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Eenderde van de gemeenten geeft weliswaar aan dat ze na afloop van de regeling eigen middelen willen blijven inzetten om de capaciteit verder uit te breiden, maar het grootste deel van de

gemeenten heeft deze intentie niet uitgesproken. Bovendien is het nog onduidelijk in hoeverre de capaciteitsuitbreiding van het AMW blijvend is. Gemeenten hebben op dit moment met bezuinigingen te maken. In enkele regio's werd aangegeven dat er ook bezuinigd gaat worden op het AMW. Dit zal betekenen dat de gemeenten die nu op de norm van 1 fte op 6000 inwoners zitten wellicht binnenkort deze norm niet meer kunnen handhaven en andere gemeenten de norm niet eens meer zullen halen.

2.9.2 Consultatieregeling

Het doel van deskundigheidsbevordering via de Consultatieregeling komt in de praktijk lang niet overal van de grond, zoals blijkt uit de consultatieregistraties en de lokale projecten. Dat kan met name gelden als de consultatiegeling uitsluitend wordt ingevuld door een SPV in de huisartspraktijk te situeren. Hoewel de consultatiegever wel in de praktijk van de huisarts werkt, is er in praktijken niet direct sprake van deskundigheids-overdracht naar de huisarts zelf, maar wordt de consultatieregeling gebruikt om GGZ-problematiek in de huisartspraktijk door een SPV te laten behandelen. In slechts een kwart van de gevallen zet de consultatievrager na het eerste consultatieve contact de behandeling zelf weer voort.

Bovendien is er in bijna de helft van de consultaties sprake van een doorverwijzing, meestal naar de tweedelijns GGZ. Het lijkt er dus op dat de huisarts in veel gevallen vooral behoefte heeft aan een verbetering van zijn verwijsmogelijkheden. Dit is een onbedoeld effect van de Consultatieregeling: ze kan leiden tot een toename van verwijzingen naar de tweedelijns in plaats van een afname. Ten dele is dit onbedoelde effect gewenst, omdat voor specialistische zorg in aanmerking komende problematiek sneller herkend en doorverwezen wordt. Voor zover het mensen met problemen betreft die ook in de eerstelijns behandeld had kunnen worden, maar door betere toegankelijkheid nu naar de tweedelijns verwezen worden, is het vanuit een filosofie van "getrapte zorg" als minder gewenst te kenschetsen.

Een andere niet bedoelde uitkomst is dat de consultatieprojecten in de praktijk vooral gebruikt worden door huisartsen, terwijl deze in principe ook bedoeld zijn voor het AMW en eerstelijnspsychologen. De koepelorganisaties van het AMW en eerstelijnspsychologen hebben te kennen gegeven hier wel behoefte aan te hebben. Deze disciplines zijn pas op een laat tijdstip en in sommige regio's zelfs helemaal niet betrokken bij de Consultatieregeling; in de eerste instantie was de regeling alleen toegespitst op huisartsen, waardoor het beschikbare geld voor het grootste deel besteed is aan projecten met de huisarts als consultatievrager. Daarnaast blijkt het consultatieve aanbod vanuit de GGZ-instelling niet goed aan te sluiten op de vraag vanuit de eerstelijnspsychologen. Zij vragen vaker om consultatie door een psychiater, maar psychiaters zijn bij de GGZ-instelling vaak niet 'voorradig'. Ook is er in het veld discussie over het feit dat AMW en eerstelijnspsychologen niet kunnen fungeren als consultatiegever.

Verder is er bij SPV-en die in dienst zijn van een huisarts vaak onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld ten aanzien van verantwoordelijkheid voor doorverwijzing van patiënten. Deze verschillen namelijk per project (Bosman & De

Lange, 2002). De meeste SPV-en zeggen meer taken te verrichten dan alleen het geven van consultatie en advies in de eerste lijn. Er wordt weinig tijd uitgetrokken voor onderling overleg tussen huisarts en SPV om de taken en verantwoordelijkheden helder af te bakenen.

Tenslotte blijken er een aantal problemen te bestaan in de praktische uitvoering van de consultatieprojecten. Ten eerste laat de administratieve ondersteuning van de consultatie te wensen over. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen de noodzaak tot registratie (nodig voor een zorgvuldige overdracht van privacygevoelige patiënt/cliëntinformatie ten behoeve van hulpverlening) en de behoefte aan het beperken van de administratieve taken van de professionals. Ten tweede hebben huisartsen niet altijd ruimte om GGZ-medewerkers in de eigen praktijk te laten werken. GGZ-instellingen gaan er soms ook toe over een spreekkamerruimte van de huisarts te huren. Tenslotte zijn er problemen in de financiering van deze vorm van ondersteuning. GGZ-instellingen kunnen de consultatie niet kostendekkend uitvoeren op basis van een dienstverleningstarief en onderzoeken andere financieringsmogelijkheden. Een van de vier onderzochte lokale projecten is overgegaan tot een tijdelijke inschrijving van cliënten bij de eigen instelling voor de duur van de ‘gesprekken’, zodat het tarief geldt dat past bij de hulpverlening die de cliënt krijgt aangeboden. Voor een aantal consultatieprojecten zijn reguliere middelen gevonden, maar dit geldt niet voor alle instellingen.

2.9.3 *Onderzoek eerstelijnspsychologen*

Het experiment met verlaging van de financiële drempel voor hulp door eerstelijnspsychologen is uitgevoerd om te onderzoeken of de ongelijke marktpositie van invloed is op de verwijzstromen naar GGZ-hulpverleners. Hoewel dit onderzoek sterke aanwijzingen gaf dat verwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog gestimuleerd werden door de vergoedingsregeling te harmoniseren, heeft dit niet tot gevolg gehad dat hulp door een eerstelijnspsycholoog wordt opgenomen in het ziekenfondspakket. De ongelijke marktpositie van eerstelijnspsychologen ten opzichte van het AMW en de SPV blijft dus bestaan. Dit heeft tot gevolg dat er geen optimaal gebruik gemaakt kan worden van de aanwezige hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ.

2.9.4 *Experimentele samenwerkingsprojecten (Korte Lijnen en het Diaboloproject)*

Een belangrijk knelpunt bij de experimentele samenwerkings- en kwaliteitsprojecten komt voort uit het tijdelijke karakter van het totale programma. Dit heeft gevolgen voor de financiële basis en de continuïteit in de opgebouwde samenwerkingsrelaties. Het risico bestaat dat de lokale opgebouwde netwerken niet blijven bestaan nadat de projecten niet meer gesubsidieerd worden. Uit de regionale casestudies blijkt dat de resultaten die bereikt zijn door de samenwerkingsprojecten binnen de eerstelijns GGZ niet voldoende verankerd zijn in geformaliseerde of geprotocolleerde afspraken, maar afhankelijk blijven van de deelnemers en de financiering. Een goede samenwerking blijft grotendeels gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Als de personen die betrokken zijn bij een samenwerkingsproject wegvallen, zal de motivatie om te blijven investeren in een goede

samenwerking vooral afhankelijk zijn van de persoonlijke opvattingen en inzet van de opvolgers. Als deze aspecten wegvallen, verdwijnen ook de opgebouwde resultaten. In regio's waar wel voldoende gewerkt is aan verankering en regie blijkt na afronding van het project voortzetting van (enige) ondersteuning van gestructureerde samenwerking mogelijk. Dit wordt gerapporteerd over Korte Lijnen projecten in de regio's Zuid-Kennemerland en Delft en Diaboloprojecten in Monster/Poeldijk, Buitenpost, Winterswijk, Rotterdam N-O en Beverwijk (mondelinge mededeling Programmaregiseur Korte Lijnen).

2.10 Conclusies ten aanzien van de inzet van maatregelen

Het programma aan versterkende maatregelen heeft een goede stimulans geboden om tot een sterkere eerstelijns GGZ te komen. Alle geplande maatregelen en daaruit voortvloeiende projecten zijn volgens plan ten uitvoer gebracht. De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel blijkt een succesvolle regeling te zijn waar de meeste gemeenten gebruik van hebben gemaakt. Ook de behoefte aan de consultatieregeling is groot, zoals bleek uit het feit dat er ongeveer 120 consultatieprojecten lopen en dat de laatste twee jaar de regeling uitputtend gebruikt werd. Het feit dat de op projectbasis gestarte consultatieve activiteiten inmiddels op veel plaatsen in de reguliere zorg zijn gefinancierd is zeer bemoedigend. Bij elk van de drie koepelorganisaties zijn vanuit het samenwerkingsconvenant kwaliteitsprojecten en activiteiten met betrekking tot deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ van de grond gekomen; het experiment met de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen is afgerond, en de experimentele samenwerkingsprojecten zijn min of meer volgens plan uitgevoerd. De projecten hebben ertoe geleid dat er in het hele land een ontwikkeling op het gebied van de eerstelijns GGZ op gang is gekomen.

Met betrekking tot de consultatieregeling worden een aantal effecten zichtbaar die van de oorspronkelijke doelstellingen afwijken: de consultatieprojecten hebben in veel gevallen voor de huisarts niet het directe deskundigheidsbevorderend karakter dan oorspronkelijk verwacht was; eerstelijnspsychologen en het AMW worden minder bereikt door de consultatieprojecten dan beoogd werd; de projecten voegen een eerstelijns behandelaanbod toe door de inzet van de SPV, en de projecten lijken doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ eerder te faciliteren dan in te perken. Dit laatste is een goede zaak voor zover een snelle verwijzing waar nodig bewerkstelligd kan worden, maar wordt minder gunstig beoordeeld wanneer het patiënten betreft die goed in de eerstelijns behandeld kunnen worden. De vraag is hoe consultatie vanuit de tweedelijns in de toekomst vorm moet gaan krijgen en welke rol ondersteuning en coördinatie van samenwerking hierbij kan spelen.

Bij de inzet van het programma zijn twee knelpunten geconstateerd die een risico vormen voor de bestending van de ingezette ontwikkeling. Dat is in de eerste plaats de tijdelijke financiering van de maatregelen waardoor de continuïteit van de opgebouwde resultaten afhankelijk is van de persoonlijke opvattingen en inzet van de betrokkenen.

In de tweede plaats is de eerstelijnspsycholoog niet in het ziekenfondspakket opgenomen, waardoor de financiële drempel om naar deze hulpverlener door te verwijzen blijft

bestaan. De eerstelijnspsycholoog blijft zo een ongelijkwaardige positie houden ten opzichte van de andere eerstelijns hulpverleners, waardoor het hulpaanbod binnen de eerstelijns niet optimaal benut kan worden.

3 Ontwikkelingen in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord: welke ontwikkelingen zijn er gevonden in *voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en toegenomen samenwerking*. Dit hoofdstuk is gebaseerd op resultaten uit de verschillende deelonderzoeken. In paragraaf 2 t/m 4 bespreken we de ontwikkelingen in deze voorwaarden, waarna we in paragraaf 5 ingaan op de knelpunten die daarbij geconstateerd geconstateerd zijn.

Paragraaf 6 geeft de conclusies met betrekking tot de onderzoeksvraag weer.

3.2 Ontwikkelingen in capaciteit

De resultaten m.b.t. ontwikkelingen in capaciteit zijn gebaseerd op hoofdstuk 3, 4 en 8 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004), hoofdstuk 6 van het SGBO-eindrapport over de regionale casestudies (Kornalijslijper et al., 2004), en hoofdstuk 8 en 11 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

De uitbreiding van de capaciteit van de eerstelijns GGZ wordt gestimuleerd via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel van het AMW. Het was de bedoeling de capaciteit aan beschikbare hulp door eerstelijnspsychologen te stimuleren door opname van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket. Dit is niet gerealiseerd. Met betrekking tot de beschikbaarheid van huisartsen zijn geen maatregelen genomen die rechtstreeks op hun GGZ-taak betrekking hadden. GGZ-problematiek maakt slechts een klein onderdeel van het takenpakket van de huisarts uit. Bovendien zijn er grote individuele verschillen in de hoeveelheid tijd die huisartsen aan GGZ-problematiek besteden. Redenen hiervoor zijn verschillen in affiniteit met GGZ-problematiek en verschillen in taakopvatting over de diagnostiek en behandeling van GGZ-problematiek (Visscher et al., 2002). Bij huisartsen wordt er dus geen direct verband verondersteld tussen capaciteit en behandel-mogelijkheden op het gebied van de GGZ. Beleidsmaatregelen waren daarom niet gericht op het aantal huisartsen, maar op de kwaliteit van hun werk en de samenwerking met andere beroepsgroepen.

De enquêtes onder gemeenten en AMW-instellingen lieten zien dat de capaciteit van het AMW is gegroeid. Bij AMW instellingen is de capaciteit uitvoerend AMW-ers met 19% toegenomen tussen 2001 en 2003 en er is een toename van het aantal gemeenten dat de capaciteitsnorm van 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners bijna of helemaal bereikt heeft. Tien procent van de gemeenten heeft aan het eind van 2003 de capaciteitsnorm van 1 fte uitvoerend AMW op 6000 inwoners gehaald.

Ondanks het uitblijven van opname in het ziekenfondspakket is het aantal eerstelijnspsychologen toegenomen; tussen 1998 en 2002 was er een landelijke toename van 4.8 naar 6.2 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

Een andere ontwikkeling met betrekking tot de beschikbare menskracht in de eerstelijns GGZ is de introductie van de SPV via de Consultatieregeling en het Diaboloproject. Gezien het feit dat deze SPV-en vaak korte behandelingen blijken uit te voeren binnen de eerstelijns, kan dat als een uitbreiding van de capaciteit van de eerstelijns GGZ worden opgevat. In strikte zin blijft de SPV echter onderdeel van de tweedelijns. Ruim eenderde deel van de huisartsen maakt gebruik van ondersteunende maatregelen op het gebied van de GGZ, waarbij het meestal ondersteuning van een SPV betreft. De grote rol van SPV-en om kortdurende behandelingen uit te voeren is een onbedoeld effect van de Consultatieregeling. Blijkbaar speelt deze mogelijkheid in op een behoefte van huisartsen om GGZ-hulpverlening in elk geval deels uit handen te geven. Volgens de huisartsen zelf speelt tijdgebrek hierbij een rol.

Hoewel de capaciteit binnen de eerstelijns GGZ is toegenomen, wordt er tegelijkertijd een groter beroep gedaan op de eerstelijns GGZ. In de regionale casestudies kwam naar voren dat er sprake is van een toegenomen beroep op de eerstelijns vanuit de openbare gezondheidszorg. Voorts maakt het toegenomen aanbod van GGZ-hulp een grote behoefte aan psychische hulp zichtbaar: hoe groter het aanbod van GGZ-hulp, hoe meer patiënten gebruik gaan maken van deze hulp. Een voorbeeld hiervan is het hulpaanbod van de SPV in de huisartspraktijk. De SPV verlaagt de drempel voor sommige patiënten door de weerstand te verminderen bij patiënten die het ontvangen van psychische hulp als minder stigmatiserend ervaren. Op deze manier komen meer patiënten in aanraking met psychische hulp. Het feit dat de SPV direct in het verlengde van een huisarts werkt speelt hierbij een cruciale rol.

Ook in sommige Diaboloprojecten werd in eerste instantie een toename van de hulpvraag geconstateerd. Na enige tijd was hier echter sprake van stabilisering (mondelijke mededeling Projectleider Diaboloproject).

3.3 Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering

De resultaten m.b.t. ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering zijn gebaseerd op hoofdstuk 3 en 5 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 8 en 9 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

In de inleiding van dit integrale rapport is vastgesteld dat een sterke eerstelijns GGZ alleen gerealiseerd kan worden door hulpverleners in de eerstelijns die deskundig zijn op het gebied van diagnostiek en, waar gepast, kortdurende behandeling.

Deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns GGZ is door VWS gestimuleerd door middel van kwaliteitsprojecten van de afzonderlijke eerstelijnsdisciplines. De kwaliteitsprojecten hadden onder andere betrekking op de ontwikkeling van nascholingsmateriaal voor het AMW (cursussen "psychiatrie/psychopathologie", "rapporteren" en "multidisciplinair samenwerken"), certificering van

eerstelijnspsychologen, een kaderopleiding voor GGZ-coördinatoren van huisartsen op districtsniveau en een per district op specifieke behoeften gericht nascholingsaanbod voor huisartsen. Ook de Consultatieregeling heeft ten doel om de deskundigheid van de eerstelijns GGZ te bevorderen, via de overdracht van kennis van tweedelijns consultatiegevers naar eerstelijns consultatievragers.

3.3.1 *Deskundigheidsbevordering via kwaliteitsprojecten*

Bij alle drie de eerstelijnsdisciplines is veel in ontwikkeling op het gebied van GGZ-gerelateerde bij- en nascholingscursussen. Hier is veel tijd en geld geïnvesteerd. In twee huisartsdistricten is het ontwikkelde aanbod ook op het AMW en eerstelijnspsychologen gericht. In het algemeen is het cursusaanbod op GGZ-gebied toegenomen, hoewel er nog veel in een ontwikkelstadium is. Er wordt echter nog weinig gebruik gemaakt van het extra aanbod. Uit de huisartsenquêtes blijkt dat het aantal uren dat huisartsen besteden aan deskundigheidsbevordering op GGZ-gebied niet is toegenomen tussen 2001 en 2003 en ongeveer 5-6 uren per jaar bedraagt. Het maakt in dit verband niet uit of huisartsen gevestigd zijn in districten die hun cursusmateriaal al ontwikkeld hebben of niet. Toch heeft het merendeel van de huisartsen in de landelijke enquête aangegeven dat ze wel GGZ-nascholing willen volgen. Een huisarts besteedt in totaal gemiddeld 44 uur per jaar aan nascholing. De proportie die aan GGZ-nascholing besteedt wordt (ongeveer 12,5%) komt ruwweg overeen met het aandeel van GGZ-problematiek ten opzichte van het totale klachtenaanbod in de huisartspraktijk.

Het aantal AMW-instellingen dat een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering heeft is toegenomen. Psychosociale problemen en psychische stoornissen zijn onderwerpen voor nascholing die een hoge prioriteit hebben. Hoewel er in 2002 per AMW-instelling minder deskundigheidsbevorderende GGZ-activiteiten leken te zijn dan in 2000, werd er binnen de instellingen wel intensiever deelgenomen aan die activiteiten. De gemiddelde participatiegraad van AMW-ers zal per saldo dus niet sterk veranderd zijn.

Eerstelijnspsychologen zijn van de drie eerstelijns disciplines degenen die de meeste nascholing op het gebied van psychische stoornissen volgen, te weten zo'n anderhalf uur per week.

3.3.2 *Deskundigheidsbevordering via de Consultatieregeling*

Een van de doelstellingen van de Consultatieregeling is het vergroten van de kennis over GGZ-problematiek binnen de eerstelijns. Dit zou vooral plaats moeten vinden via overdracht van kennis van de tweedelijns GGZ naar de eerstelijns. Uit zowel de lokale projecten als uit de landelijke registratiegegevens van de consultatieprojecten is gebleken dat deze doelstelling verschillend uitwerkt voor huisartsen aan de ene kant en AMW en eerstelijnspsychologen aan de andere kant. Veel van de consultatieprojecten waar huisartsen bij betrokken zijn, kenmerken zich door de inzet van een SPV in de huisartspraktijk, waarbij de SPV consulten geeft aan patiënten en de huisarts adviseert over een eventuele verwijzing. Er is echter ook een groep projecten (ongeveer een kwart) waarbij de consultatievragers samen met de consultatiegever een patiënt bespreekt en daar

een advies over krijgt. Hier zijn relatief vaker eerstelijnspsychologen of AMW-ers als consultatievragers bij betrokken, maar in absolute aantallen is het meestal een huisarts die zo consultatie krijgt.

In de gevallen dat het gesprek tussen een SPV en een patiënt plaatsvindt, wordt er vooral kennis *verplaatst* naar de eerstelijns in plaats van *overgedragen*. Dit gebeurt met name bij consultatieprojecten waarbij de huisarts de consultatievrager is. Een SPV neemt hoofdzakelijk GGZ-taken over van de huisarts (GGZ-consulten aan patiënten waar de huisarts zelf niet bij aanwezig is), waarna een advies aan de huisarts volgt. Binnen deze vorm van consultatie speelt deskundigheidsbevordering een secundaire rol, omdat consultatie van de huisarts niet rechtstreeks gericht is op het vergaren van méér kennis van psychische problematiek. De huisartsen steken wel wat op van de adviezen, maar ervaren niet dat er sprake is van een toename van hun deskundigheid op het terrein van de GGZ. Veel huisartsen hebben voor deze invulling gekozen uit een gebrek aan tijd voor de vaak tijdrovende consulten op het gebied van psychische problematiek en zijn tevreden met deze taakverdeling.

Bij consultatieprojecten waar het AMW of eerstelijnspsychologen de consultatievragers zijn is echter wél sprake van expliciete overdracht van kennis. De consultatie krijgt veelal vorm door de aanwezigheid van een GGZ-medewerker bij de casuïstiekbespreking. De consultatiegevers reiken handvatten aan zodat de consultatievragers de hulp kan voortzetten. In de beginperiode van de consultatieregeling kwam deze situatie wat vaker voor en was er ook vaker een psychiater bij de consultatie betrokken dan een SPV. De mate waarin de eerstelijns hulpverleners deze vorm van consultatie als leerzaam ervaren, hangt volgens de AMW-ers en eerstelijnspsychologen af van de houding van de GGZ-medewerker (op gelijke voet) en de perceptie van diens deskundigheid in vergelijking met de eigen deskundigheid.

In de monitoring van de consultatieprojecten blijkt dat het aspect nascholing (vaak d.m.v. symposium-middagen e.d. die vanuit de consultatiegevende instelling worden verzorgd) steeds vaker als specifiek onderdeel van het project is opgenomen. In 2000 was dit bij 52% van de projecten het geval, in 2003 bij 69%.

Uit interviews vanuit de lokale projecten blijkt overigens dat er ook regio's zijn die GGZ-nascholing gebruiken om de onderlinge contacten en samenwerking te versterken: daar worden gezamenlijke scholingsactiviteiten georganiseerd.

3.4 Ontwikkelingen in samenwerking

De resultaten m.b.t. ontwikkelingen in samenwerking zijn gebaseerd op hoofdstuk 3 en 5 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004), hoofdstuk 6 van het SGB0-eindrapport over de regionale casestudies (Kornalijnslijper et al., 2004), en hoofdstuk 6, 8 en 11 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

Wanneer we het over samenwerking hebben, gaat het over samenwerking *tussen hulpverleners of organisaties van hulpverleners*, dus tussen huisartsen, AMW-ers, eerstelijnspsychologen en hulpverleners van de tweedelijns GGZ, of tussen de hen vertegenwoordigende personen op managementniveau. Er is dus onderscheid tussen

samenwerking tussen de hulpverleners zelf en samenwerking op managementniveau. De samenwerking kan betrekking hebben op cliëntgebonden zaken, zoals de behandeling van bepaalde problematiek, en op cliëntoverstijgende zaken, waaronder overleg over de manier waarop de samenwerking tussen de hulpverleners vorm zou moeten krijgen. De laatstgenoemde vorm van samenwerking zal veelal op managementniveau plaatsvinden. Verondersteld wordt dat meer en intensievere samenwerking in de eerstelijns leidt tot een betere afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag en dat meer samenwerking leidt tot een doelmatiger gebruik van zorg.

Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ

Over het geheel genomen is er tussen 2001 en 2003 weinig veranderd in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. Dit blijkt uit zowel de enquêtes bij huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen als uit de lokale projecten. Op management-niveau wordt er wel vaker overlegd tussen het AMW en organisaties van eerstelijnspsychologen, maar niet tussen de AMW-ers en eerstelijnspsychologen onderling.

Eerstelijnspsychologen zijn wel wat bekender geworden met de hulpverlening van het AMW. Uit de enquêtes bij AMW-instellingen en eerstelijnspsychologen en uit de lokale projecten blijkt echter dat er nog steeds weinig verwijzingen plaatsvinden tussen AMW en eerstelijnspsychologen. De lokale projecten laten zien dat slechts in één van de regio's waar de afgelopen jaren een concentratie van activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ heeft plaatsgevonden de respondenten positief zijn over samenwerking; daar zijn lokaal nieuwe initiatieven op het terrein van samenwerking ontplooid. In een enkel geval heeft een project zelfs een belemmerend effect gehad op de lokale samenwerking, omdat eerstelijnspsychologen de intensivering van de samenwerking van huisartsen met de SPV als nadelig ervaren voor de eigen praktijk.

De interviews van de regionale casestudies geven meer veranderingen aan wat betreft de samenwerking. Daaruit blijkt namelijk dat er zowel tussen hulpverleners als op beleidsniveau steeds meer wordt samengewerkt en dat er in de samenwerking steeds meer afstemming gezocht wordt qua verwijsbeleid en taakafbakening e.d.. Hoe meer initiatieven in een regio plaatsvinden, hoe meer de partijen elkaar tegenkomen. In diverse samenstellingen vindt samenwerking plaats. De verschillende partijen die in de diverse samenwerkingsprojecten participeren staan positief tegenover het feit dat ze elkaar leren kennen, de lijnen korter worden en ze kennis van elkaar opdoen. Toch ervaren hulpverleners in de eerstelijns GGZ nog onbekendheid ten aanzien van het werkerterrein en de deskundigheid van anderen.

Samenwerking met de tweedelijns GGZ

In de samenwerking tussen eerste en tweedelijns GGZ zijn er meer zichtbare effecten. Dit blijkt zowel uit de enquêtes onder huisartsen als uit de lokale projecten. Uit de enquêtes onder huisartsen bleek dat de berichtgeving van de ambulante GGZ naar huisartsen is verbeterd, en dat huisartsen minder knelpunten in de samenwerking met de ambulante GGZ zijn gaan ervaren. Ook de wachttijden van de tweedelijns GGZ zijn ze minder als knelpunt gaan ervaren. Bij het AMW is men zowel op management-niveau als op uitvoerend niveau vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ. Uit de lokale projecten blijkt dat de eerstelijns hulpverleners ervaren dat de tweedelijns GGZ voor hen

toegankelijker is geworden. Dat wil zeggen dat de communicatie is verbeterd en dat ze een iets beter zicht hebben gekregen op de werkwijze binnen de tweede lijn. Dat is vooral op het conto te schrijven van de consultatiegevers binnen de eerstelijns GGZ die de tweedelijns GGZ een ‘gezicht’ geven in de eerste lijn. De bereikbaarheid, de mogelijkheid van snelle feedback, het ‘elkaar weten te vinden, wanneer dat nodig is’ en onderlinge collegialiteit beschouwen de meeste respondenten als meer waardevol dan deelname aan een structureel overleg.

In vergelijking met huisartsen en het AMW is de samenwerking tussen *eerstelijns-psychologen* en de tweedelijns GGZ op het uitvoerende niveau in veel mindere mate van de grond gekomen. De samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ is weliswaar verbeterd qua frequentie en kwaliteit van overleg, maar er vindt nog steeds weinig overleg tussen deze hulpverleners plaats.

3.5 Knelpunten in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ

3.5.1 Capaciteit

Een van de voornaamste knelpunten in de ontwikkelingen met betrekking tot capaciteitsuitbreiding is de toenemende druk op de eerstelijns GGZ door de groeiende vraag naar psychische hulpverlening. Zowel de welzijnsinstellingen als de tweedelijns GGZ doen een sterk beroep op de eerstelijns GGZ, onder andere door patiënten die binnen de tweedelijns GGZ zijn uitbehandeld en terugverwezen worden naar de eerstelijns. Ook zijn de psychische problemen waar patiënten hulp voor zoeken complexer geworden. Bovendien werkt een toegenomen aanbod van hulp (door de SPV in de huisartspraktijk) een toename in de vraag naar hulp in de hand. Daarnaast is er beleidsmatig sterker dan voorheen aandacht gekomen voor de eerstelijnsgezondheidszorg, met name voor preventiebeleid. Dit betekent dat zowel de vraag als de verwachtingen ten aanzien van het oplossend vermogen van de eerstelijns gezondheidszorg toenemen. Een capaciteitsuitbreiding van de eerstelijns GGZ is dus alleen al nodig om aan de toenemende vraag naar hulp te kunnen voldoen. De bereikte capaciteitsuitbreiding van de eerstelijns GGZ als gevolg van de versterkende maatregelen kan daardoor bij voorbaat al niet voldoende worden ingezet om méér cliënten in de eerstelijns te behandelen die anders naar de tweedelijns GGZ zouden worden verwezen. Bovendien is het nog onduidelijk in hoeverre de gerealiseerde capaciteitsuitbreiding van het AMW blijvend is. Zoals al genoemd in hoofdstuk 3 hebben gemeenten met bezuinigingen te maken, waardoor sommige gemeenten de capaciteitsnorm wellicht niet kunnen handhaven en andere gemeenten de capaciteitsnorm niet meer zullen halen.

De beoogde capaciteitsuitbreiding van eerstelijnspsychologen via verlaging van de financiële drempel is uitgebleven. Hoewel het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen is toegenomen tussen 1998 en 2002, is er geen extra capaciteitsuitbreiding gerealiseerd via de versterkende maatregelen. Gezien de grote behoefte aan GGZ hulp binnen de eerstelijns is het wenselijk dat ook het aanbod van hulp door eerstelijnspsychologen uitgebreid wordt.

3.5.2 *Deskundigheidsbevordering*

De activiteiten op het gebied van GGZ-gerelateerde deskundigheidsbevordering bij huisartsen zijn nog niet zichtbaar in de resultaten, ondanks het feit dat er veel aangeboden wordt. Deelname aan GGZ-gerelateerde nascholing heeft echter niet alleen te maken met het aanbod, maar ook met de bereidheid van huisartsen om méér tijd te investeren in het volgen van GGZ-nascholing dan ze tot nu toe gedaan hebben. Hierin bestaan grote verschillen tussen huisartsen, afhankelijk van hun affiniteit met GGZ-problematiek en hun taakopvatting ten aanzien van dit type problematiek.

3.5.3 *Samenwerking*

De resultaten van de evaluatiestudie maken duidelijk dat er verschillende factoren zijn die de samenwerking tussen GGZ-hulpverleners belemmeren.

Ten eerste bemoeilijken verschillen in organisatiegraad en verschillen in organisatiecultuur tussen de drie eerstelijnsdisciplines de samenwerking tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen. In het overleg op *managementniveau* werkt het AMW en de tweedelijns GGZ vanuit instituties met een ondersteunend apparaat. Huisartsen en vooral eerstelijnspsychologen en andere vrijgevestigden worden in het algemeen door een kleinere infrastructuur ondersteund, als ze al ondersteund worden. Met name eerstelijnspsychologen werken onderling nog weinig samen, ondanks het feit dat ze positief tegenover het versterkingsprogramma staan; bovendien is de regionale organisatie in 'ROEP's (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen) nog in ontwikkeling. Daardoor komen ideeën en initiatieven tot samenwerking vaak niet verder dan een individuele praktijk/psycholoog. Dat heeft onder meer tot gevolg dat eerstelijnspsychologen niet altijd vertegenwoordigd zijn in zorgnetwerken tussen de eerste- en tweedelijns GGZ. Deze verschillen hebben vooral gevolgen voor de samenwerking op managementniveau. Waarschijnlijk samenhangend met de lage organisatiegraad van eerstelijnspsychologen blijkt uit de regionale casestudies dat de eerstelijnspsycholoog door de andere partijen niet altijd gezien wordt als een belangrijke samenwerkingspartner.

Waar het om de *patiëntgebonden* samenwerking gaat, werken AMW-er en SPV in het algemeen vanuit een dienstverband, terwijl huisarts en eerstelijnspsycholoog veelal zelfstandig ondernemer zijn. Deze laatsten ervaren dat ze het overleg "in hun eigen tijd" moeten plannen. Daar komt bij dat er vaak sprake is van een grote werkdruk; ook worden ze minder ondersteund dan in een dienstverband. Daardoor zijn de mogelijkheden voor overleg over structurele aspecten van samenwerking beperkter voor huisartsen en eerstelijnspsychologen. Bij het AMW en SPV valt dit type overleg binnen de officiële werkzaamheden, waardoor het makkelijker in te plannen is.

Ook de financiering van de patiëntenzorg verschilt tussen de verschillende disciplines: de huisarts wordt vanuit de premiegelden bekostigd, het AMW door de gemeente, de eerstelijnspsycholoog door de cliënt zelf of diens verzekering en de tweedelijns GGZ (inclusief SPV) vanuit de AWBZ. Deze verschillen in achtergrond kunnen hun weerslag hebben op beide niveaus van samenwerking.

Een ander knelpunt is dat hulpverleners zelf weinig visie ontwikkelen op hoe ze zouden willen samenwerken met andere (eerste- en tweedelijns) GGZ-hulpverleners en welke voordelen dit kan opleveren. Dit belemmert de ontwikkeling van een structureel samenwerkingsverband tussen de GGZ-hulpverleners. De noodzaak om te investeren in een intensievere samenwerking wordt niet altijd even sterk gevoeld. Bovendien wordt de samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners ook niet altijd als slecht ervaren. Hulpverleners werken wel met elkaar samen in de hulpverlening aan patiënten, maar niet in het kader van structurele of beleidsmatige aspecten. Ook is de samenwerking tussen hulpverleners vaak niet geformaliseerd of geprotocolleerd. De contacten zijn meestal ad hoc en gebaseerd op persoonlijke ervaringen en relaties.

Een laatste knelpunt is dat samenwerking vaak teveel op enkele enthousiaste hulpverleners steunt, er geen regionale regie is en een structuur voor samenwerking ontbreekt. Uit diverse projecten (Diaboloproject en Korte Lijnen) blijkt dat wanneer er ondersteuning/coördinatie is bij zowel het opzetten als het onderhouden van samenwerking, die afhankelijkheid verdwijnt. Uit die projecten blijkt ook dat ondersteunende middelen, op het gebied van bijv. verwijs- en rapportageformulieren, voorwaardenscheppend werken (Scholte e.a., 2003). Tot slot blijkt ook regionale regie, waarbij alle partijen betrokken zijn, van belang voor een meer structurele aanpak.

3.6 Conclusies over voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ

De versterkende maatregelen waren gericht op het verbeteren van de voorwaarden waaronder een sterke eerstelijns GGZ tot stand kon komen: uitbreiding van de capaciteit, ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ, en stimuleren van de samenwerking tussen GGZ-hulpverleners. Het programma is daarin deels succesvol geweest. Maar hoewel de *capaciteit* van de eerstelijns GGZ inderdaad is uitgebreid, kan deze de steeds groeiende vraag naar GGZ-hulp nog niet voldoende opvangen. De wachtlijsten bij het AMW en eerstelijnspsychologen zijn nog niet verdwenen, en de huisarts blijkt – deels uit tijdgebrek – behoefte te hebben aan extra ondersteuning in de behandeling van GGZ-problematiek.

Via de kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant en via de Consultatieregeling zijn er weliswaar veel activiteiten op het gebied van *deskundigheidsbevordering* bij huisartsen en AMW, maar de effecten hiervan zijn nog niet tot uiting gekomen in de resultaten. Huisartsen zijn nog niet méér tijd gaan besteden aan GGZ-gerelateerde nascholing en in de meeste AMW-instellingen is het aantal deskundigheidsbevorderende activiteiten nog niet toegenomen. Hierbij moet opgemerkt worden dat er nauwelijks effecten te verwachten waren gezien de korte tijdsspanne waarmee we bij deze evaluatiestudie noodgedwongen te maken hadden.

Bij de implementatie van de ontwikkelde GGZ-nascholing zal rekening gehouden moeten worden met de bereidheid van huisartsen en AMW-instellingen om extra tijd te investeren in het volgen van GGZ-nascholing. Mogelijk zijn er extra inspanningen nodig

om de betrokkenheid van huisartsen en AMW-ers bij het diagnosticeren dan wel behandelen van GGZ-problematiek te vergroten.

Op dezelfde wijze zijn er bij Korte Lijnen projecten vormen van ondersteuning voor de samenwerking binnen de eerstelijns ontwikkeld, maar ook hiervoor is de implementatie tijd nog te kort geweest om daarvan al effecten te kunnen meten.

De *samenwerking* tussen eerste- en tweedelijns is verbeterd voor zover het de ambulante GGZ betreft. In de samenwerking binnen de eerstelijns zijn weinig veranderingen geconstateerd.

Ten aanzien van deze samenwerking zijn een aantal structurele knelpunten geconstateerd die de samenwerking belemmeren. Ten eerste is het nodig om hulpverleners te overtuigen van de noodzaak om tot een onderlinge structurele samenwerking te komen, dat wil zeggen geformaliseerde en geprotocolleerde samenwerking. Ten tweede is het noodzakelijk om de financiering van de patiëntenzorg van de verschillende disciplines op elkaar af te stemmen. Tenslotte zal het de samenwerkingspositie van eerstelijnspsychologen ten goede komen wanneer de organisatiegraad van deze beroepsgroep sterker is, zodat ook zij goed vertegenwoordigd kunnen zijn in regionale netwerken. Aan al deze knelpunten kan pas wezenlijk iets gebeuren wanneer er op regionaal niveau een platform ontstaat waarin alle belangengroepen (zorgaanbieders, zorgfinanciers en het plaatselijke bestuur) vertegenwoordigd zijn en waarbinnen bindende afspraken gemaakt kunnen worden.

4 Ontwikkelingen in de doelstelling van een sterke eerstelijns GGZ: verwijzingen en hulpverlening

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 3 beantwoord: in hoeverre is de uiteindelijke doelstelling bereikt: meer psychische stoornissen waar mogelijk binnen de eerstelijns behandelen? De verwachting is dat dit tot uiting komt in een toegenomen verwijsstroom binnen de eerstelijns GGZ, een afgenomen verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ en een toegenomen hulpaanbod/werkwijze die gericht is op het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek. In paragraaf 2 en 3 worden de resultaten met betrekking tot ontwikkelingen in respectievelijk verwijsstromen en hulpverlening besproken, paragraaf 4 geeft een beschrijving van geconstateerde knelpunten en paragraaf 5 tenslotte bespreekt de conclusies met betrekking tot het bereiken van de uiteindelijke doelstelling weer.

4.2 Ontwikkelingen in verwijsstromen

Resultaten over ontwikkelingen in verwijsstromen zijn gebaseerd op hoofdstuk 7 van de NIVEL-eindrapportage (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 8 van de eindrapportage van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

Landelijke registratiegegevens laten zien dat er weinig veranderd is in de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ. Er is een afname vastgesteld van het aantal verwijzingen van *huisartsen* per 1000 patiënten met psychische of sociale problemen, een afname die relatief groter is in verwijzingen naar AMW en eerstelijnspsycholoog dan in verwijzingen naar de tweedelijns. In 2001 verwees de huisarts volgens de LINH-registratie per 1000 patiënten 15 patiënten naar een AMW of eerstelijnspsycholoog, ten opzichte van 10 per 1000 patiënten in 2003. Naar de tweedelijns GGZ verwees de huisarts in 2001 46 per 1000 patiënten, ten opzichte van 40 per 1000 patiënten in 2003.

De cliëntenregistratie van het *AMW* laat een iets gunstiger beeld zien voor wat betreft het aantal verwijzingen van de huisarts naar het AMW. Daaruit blijkt dat het gemiddeld aantal cliënten per AMW-instelling dat door de huisarts naar het AMW is verwezen is gestegen: van 400 cliënten/instelling 2000 (per instelling gemiddeld 56% van het totaal aantal naar het AMW verwezen cliënten) naar 441 cliënten/instelling in 2002 (per instelling gemiddeld 53% van het totaal aantal naar het AMW verwezen cliënten)². Hoewel er een grote variatie is tussen instellingen in het aantal verwijzingen (in 2002

² Uit analyse van de *totale* groep geregistreerde cliënten, dat wil zeggen zonder rekening te houden met verschillen tussen AMW-instellingen, blijkt het percentage (geregistreerde!) cliënten dat via de huisarts bij het AMW terecht kwam is gestegen van 46% in 2000 naar 55% in 2002.

varieerde dit tussen de 26 en 1534 cliënten), blijkt uit nadere analyse dat dit verschil niet alleen verklaard kan worden uit toeval. Met enige voorzichtigheid kunnen we dus stellen dat er een lichte toename is van het aantal cliënten dat via de huisarts bij het AMW wordt aangemeld.

Het totaal aantal *nieuwe* cliënten dat bij het AMW aangemeld werd is afgenomen van gemiddeld 840 per instelling in 2000 tot gemiddeld 781 per instelling in 2002. Het *totale* aantal cliënten is daarentegen iets toegenomen: van gemiddeld 1218 cliënten per instelling in 2000 tot gemiddeld 1245 cliënten per instelling in 2002. Uit deze landelijke cijfers blijkt dat het AMW meer 'oude' cliënten in behandeling heeft en daardoor minder nieuwe verwijzingen kan opvangen.

Uit de enquête onder eerstelijnspsychologen blijkt dat eerstelijnspsychologen meer cliënten zijn gaan verwijzen naar de ambulante GGZ ten koste van verwijzingen naar vrijgevestigd psychologen en psychotherapeuten. Het aantal verwijzingen tussen *eerstelijnspsychologen en het AMW* is niet gewijzigd.

De invloed van de SPV op verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ verschilt tussen huisartsen enerzijds en AMW en eerstelijnspsychologen anderzijds. Consultatie aan de huisarts neemt in de helft van de gevallen de vorm aan van een verwijsadvies. De SPV lijkt daarbij relatief vaak als bemiddelaar bij verwijzing naar de tweedelijns GGZ te fungeren. Consultatie aan AMW en eerstelijnspsychologen leidt vaker tot een advies over hoe de behandeling van de cliënt kan worden voortgezet. Deze laatste disciplines lijken meer gericht op het zelf uitvoeren van de behandeling, terwijl de huisarts de consultatie ook kan zien als een mogelijkheid om de eigen werkdruk te verminderen.

4.3 Onwikkelingen in hulpverlening

De resultaten m.b.t. ontwikkelingen in hulpverlening zijn gebaseerd op hoofdstuk 8 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004), en hoofdstuk 8 t/m 11 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

In de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ is weinig veranderd tussen 2001 en 2003. De *huisarts* heeft niet méér patiënten met psychische of sociale diagnoses in zijn praktijk gehad, en is ook niet meer tijd gaan besteden aan deze groep patiënten. Wel is het percentage huisartsen dat tijdgebrek of een te zwaar takenpakket opvoert als knelpunt om zorg te verlenen aan mensen met psychische klachten afgenomen tussen 2001 en 2003. Ook zijn meer huisartsen gebruik gaan maken van ondersteunende maatregelen op het gebied van de GGZ: van 19% naar 37%. Een minder gunstige ontwikkeling is dat huisartsen meer medicatie zijn gaan voorschrijven bij diagnoses waarbij medicatie niet geïndiceerd is, zoals werk- en relatieproblemen en overspannenheid. Bij diagnoses als depressie, slaapstoornissen en angststoornissen werd al erg frequent medicatie voorgeschreven en dat is niet minder geworden.

Ook bij het *AMW* is het aandeel van cliënten met primair psychische of relationele problematiek ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie van het AMW niet toegenomen.

Evenmin is hun werkwijze meer toegespitst op het behandelen van psychische problemen. Bij *eerstelijnspsychologen* is het aantal cliënten dat ze in behandeling hebben toegenomen, evenals de wachttijd. De vraag naar hulp door een eerstelijnspsycholoog lijkt dus sterker te zijn toegenomen dan het aanbod. Voor wat betreft type cliënten bij eerstelijnspsychologen is het percentage cliënten met werk- en studieproblemen en burnout toegenomen tussen 2000 en 2002. Dit reflecteert echter eerder de maatschappelijke ontwikkelingen dan specifieke ontwikkelingen binnen de eerstelijns GGZ.

De intrede van een – tweedelijns – SPV in de eerstelijns GGZ heeft gevolgen voor de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ. De SPV heeft in zijn algemeenheid een ontlastende rol in de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ, en dan met name bij huisartsen. SPV-en komen tegemoet aan een belangrijke zorgvraag van patiënten en hulpverleners op het terrein van psychische zorg: een oplossingsgericht, kortdurend contact zonder uitgebreide administratieve procedures. Cliënten blijken zeer tevreden te zijn met deze vorm van hulp door de SPV. Patiënten die door de huisarts voor een consult worden doorgestuurd komen vaak bij de SPV met complexe klachten, waarbij fysieke, psychische en sociale problemen een rol spelen. Vaak is niet duidelijk wat de oorzaak van de klachten is. De consultatie leidt dan tot een gedifferentieerde diagnostiek en een gecoördineerde aanpak van verschillende problemen. De SPV wordt als minder stigmatiserend ervaren door patiënten van de huisarts dan een eerstelijnspsycholoog, doordat de SPV de somatische kant van de klachten meer als insteek kan gebruiken, zo wordt in sommige lokale projecten bericht. Bij verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog staat daarentegen de psychische invalshoek meer op de voorgrond (zowel bij de eerstelijnspsycholoog als bij de SPV is meervoudige problematiek aan de orde, dat wil zeggen een interactie tussen psychische, sociale en somatische problematiek). Bovendien is een SPV laagdrempelig, letterlijk dichtbij en de hulp is kosteloos voor de patiënt (in tegenstelling tot de hulp van een eerstelijnspsycholoog).

Met ondersteuning van een SPV in de huisartsenpraktijk kan problematiek gesignaleerd worden die anders onopgemerkt of onbesproken zou zijn gebleven. Ook worden patiënten gemakkelijker gemotiveerd om psychische hulp te zoeken. Huisartsen ervaren dat zij de GGZ-poortwachtersfunctie beter kunnen uitoefenen als gevolg van de kennis over verwijzingsmogelijkheden die de SPV toevoegt aan de huisartsenzorg.

4.4 Knelpunten in verwijsstromen en hulpverlening

Een knelpunt bij de verwijzing en hulpverlening van patiënten met psychische en sociale problematiek is de *onduidelijke taakafbakening* tussen de diverse eerstelijns beroepsgroepen. De komst van de SPV in de eerstelijns heeft deze situatie nog minder helder gemaakt. De patiëntenpopulatie van de SPV zou gezien het type problematiek grotendeels ook bij een eerstelijnspsycholoog of het AMW passen. Door de onduidelijke taakafbakening bestaat er een gevoel van concurrentie tussen de beroepsgroepen, met name tussen eerstelijnspsychologen en SPV. Uit de lokale projecten blijkt dat sommige eerstelijnspsychologen vinden dat de huisarts patiënten doorverwijst naar een SPV die anders bij een eerstelijnspsycholoog terecht waren gekomen. Dit wordt gezien als een

risico voor de eigen financiering/inkomsten. De SPV wordt door veel huisartsen als een ideale hulpverlener binnen de eerstelijns gezien, terwijl de eerstelijnspsycholoog deze functie in principe net zo goed zou kunnen vervullen. Blijkbaar bieden de kerncompetenties van GGZ-hulpverleners in de eerstelijns niet voldoende basis om verwijzingen te reguleren op basis van het diagnose-behandelmodel. Bovendien blijkt uit de regionale casestudies dat AMW en eerstelijnspsychologen in veel regio's onwetend zijn ten aanzien van elkaars expertise. Pilotprojecten van het Diaboloproject hebben laten zien dat deze onwetendheid te verhelpen is. Andere factoren zijn doorslaggevend bij de keuze voor verwijzingen naar een GGZ-hulpverlener, zoals cultuurverschillen tussen beroepsgroepen (stigmatisering: bij welk type hulpverlener voelt een patiënt zich het beste thuis?) en financiële belemmeringen. Hetzelfde probleem geldt voor doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Uit de registratie van consultatieve contacten blijkt dat doorverwijzing van patiënten via een SPV naar de tweedelijns GGZ ook geschiedt bij psychosociale problemen waarvan men veronderstelt dat die goed in de eerstelijns behandeld kunnen worden.

Een knelpunt dat in het verlengde ligt van de onduidelijke taakafbakening binnen de eerstelijns GGZ in zijn algemeenheid is de onduidelijke *rol van de SPV in de eerste lijn*. Soms worden vooral adviezen gevraagd over medicatie en over diagnose, terwijl in andere gevallen een verwijsadvies en overmatig bezoek aan de hulpverlener vooral reden voor consultatie is. Huisartsen zien de taken van de SPV in het verlengde van hun eigen taken (praktische ondersteuning) en vinden dat deze taken mogen worden uitgebreid. Maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen zijn daarentegen verdeeld over de rol van de SPV in de eerste lijn. Sommigen vinden dat SPV-en meer taken op zich moeten nemen om de eerste lijn te ontlasten; anderen vinden dat de SPV-en zich in de eerste lijn moeten beperken tot het geven van verwijsadviezen; zij vinden dat diagnostische adviezen of medicatie-adviezen buiten de bevoegdheid van de SPV vallen. Niet alleen het takenpakket van een SPV roept vragen op, maar ook diens *verantwoordelijkheden*. Er bestaat onduidelijkheid en verschil van mening onder hulpverleners over de vraag bij wie de medische verantwoordelijkheid voor de cliënt berust wanneer een cliënt na één gesprek met een SPV in de eerste lijn wordt ingeschreven bij de GGZ-instelling (bij huisarts, SPV of psychiater?). Niet duidelijk is of er daadwerkelijk sprake is van een juridische leemte.

Een ander knelpunt blijkt te zitten in de wijze waarop verwijzing van de eerste- naar de tweedelijns GGZ is geregeld. Zo verschilt de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de poortwachtersfunctie van de huisarts per zorgkantoor-regio. Officieel lopen alle verwijzingen naar de tweedelijns GGZ sinds 1 april 2003 via de huisarts (of de bedrijfsarts of de behandelend medisch specialist van de verzekerde), maar niet alle partijen blijken hiervan op de hoogte te zijn. Dat wil zeggen dat AMW-ers en eerstelijnspsychologen in sommige regio's wel en in sommige regio's niet rechtstreeks naar de tweedelijns GGZ kunnen verwijzen. Bovendien zijn de activiteiten van SPV-en in de eerstelijns GGZ nog niet voldoende afgestemd op het voordeurbeleid van de tweedelijns GGZ-instelling. Eerstelijns hulpverleners vinden de procedure rondom de indicatiestelling in de tweede lijn niet helder. AMW-ers en eerstelijnspsychologen geven aan dat hun rapportages niet altijd worden meegenomen in de indicatiestelling binnen de

tweede lijn. Daarnaast laten de lokale projecten een aantal factoren zien die verwijzingen naar de tweedelijns bemoeilijken: onbekendheid met de hulpverlener, onbereikbaarheid van de hulpverlener, onbekendheid met het hulpaanbod, moeilijke bereikbaarheid van het aanbod, lange wachttijden (met name in de jeugdzorg), ingewikkelde procedures en ongemotiveerde patiënten. Uit de landelijke enquêtes onder huisartsen bleek echter wel dat dergelijke knelpunten zijn afgenomen tussen 2001 en 2003.

Ook blijkt dat er weinig regionale informatie voorhanden is over waar cliënten naartoe kunnen worden verwezen. Er is geen overzicht van verwijsmogelijkheden; hulpverleners zijn niet altijd op de hoogte van het aanbod, zelfs binnen de eigen instelling. Uit de regionale casestudies blijkt dat in alle onderzochte regio's een totaaloverzicht van de capaciteit binnen de eerstelijns GGZ ontbreekt. De hulpverleners hebben over het algemeen wel zicht op de capaciteit van de eigen discipline en globaal op die van de disciplines waar ze rechtstreeks mee te maken hebben, maar dit laatste beperkt zich meestal tot de hulpverleners waar ze contacten mee hebben. Omdat een totaaloverzicht over de aanwezige capaciteit binnen de eerstelijns GGZ ontbreekt kan het zorgaanbod binnen de eerstelijns GGZ kan niet optimaal worden benut.

Een laatste knelpunt in de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ tenslotte heeft betrekking op een doelgroep waar over het algemeen weinig rekening wordt gehouden. De eerstelijns (het AMW) heeft geen passend aanbod voor patiënten die binnen de tweedelijns GGZ zijn uitbehandeld worden terugverwezen naar de eerstelijns. Ook krijgt het AMW vanuit de tweedelijns geen handvatten om de begeleiding op te pakken. De huisarts weet niet altijd wie de behandelaar is.

4.5 Conclusies verwijsstromen en hulpverlening

De uiteindelijke doelstelling van het programma “versterking eerstelijns GGZ” was om de kerndisciplines binnen de eerstelijns GGZ in staat te stellen psychische stoornissen waar mogelijk binnen de eerstelijns en indien nodig in de tweedelijns te behandelen. De veronderstelling was dat een verbetering van de voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheid, samenwerking) op den duur zou leiden tot een beter vermogen van de eerstelijns GGZ op het niveau waar ze, gezien de aard van hun problematiek, goed behandeld kunnen worden. Dit zou tot uiting moeten komen in een toename van verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ, een afname van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ en een toegenomen hulpaanbod/werkwijze die gericht is op het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek.

In de voorgaande paragrafen is duidelijk geworden dat er over het algemeen nog weinig veranderingen zijn aangetoond in de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ, hoewel het aantal verwijzingen dat via de huisarts bij het AMW terechtkomt iets is toegenomen. In tegenstelling tot het streven van de versterking van de eerstelijns GGZ zijn de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ niet afgenomen. Een verbeterde samenwerking met de tweedelijns GGZ werkt eerder faciliterend voor verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, waarvan al eerder gezegd is dat dat in sommige gevallen nuttig, in andere ongewenst is. Ook in de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ zijn tot nu toe geen veranderingen aangetoond. De grootste verandering is gelegen

in de toegenomen kortdurende behandeling door SPV-en in de eerstelijns GGZ. Op basis hiervan moeten we concluderen dat de doelstelling van het programma nog niet is bereikt. Er zijn in het onderzoek knelpunten geconstateerd die eerst opgelost moeten worden om tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ te komen. Zo is het noodzakelijk dat er duidelijke afspraken zijn over wie welke patiënten kan behandelen binnen de eerstelijns. Daardoor zouden het AMW, eerstelijnspsycholoog en de SPV elkaar meer kunnen gaan aanvullen in plaats van te functioneren als elkaar concurrerende disciplines. Eerstelijnspsychologen zijn gespecialiseerd in diagnostiek van psychische problematiek, het AMW is gespecialiseerd in begeleiding in relatie tot de sociale situatie van de cliënt. De SPV zou kunnen gelden als deskundig op het gebied van ernstige psychische problemen en als een goede zaakvertegenwoordiger van de eerstelijns binnen de gespecialiseerde GGZ. Als alle partijen beter op de hoogte zijn van wederzijdse kernkwaliteiten en werkzaamheden zal dit de onderlinge verhoudingen ten goede komen en een gunstig resultaat op wachtlijsten kunnen hebben. In diverse pilotprojecten (Korte Lijnen, Diabolo) is dit nagestreefd en mondelinge mededelingen uit deze projecten wijzen erop dat dergelijke effecten bewerkstelligd kunnen worden.

Wat betreft de verwachte afname van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ is de vraag of dit een realistische doelstelling was. In hoofdstuk 3 hadden we al geconstateerd dat er een steeds groeiende vraag naar GGZ-hulp is, waardoor verwijsstromen in zijn algemeenheid zullen toenemen (Bijl et al., 2000). Het accent zal daarom niet zozeer moeten liggen op het *terugdringen* van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, maar op het *gerichter* verwijzen. Wanneer er duidelijke afspraken zijn over wie welke patiënten kan behandelen kan deze doelstelling beter worden gerealiseerd. Diabolo-projecten laten zien dat met extra samenwerking en coördinatie dergelijke afspraken realiseerbaar zijn.

De GGZ-gerelateerde *hulpverlening door de huisarts* behoeft meer aandacht. De ondersteuning van de SPV door het overnemen van GGZ-taken signaleert een onvoorziene behoefte. Patiënten blijken hierover erg tevreden (Scholten e.a. 2004, p. 109). De vraag is of het een gewenste ontwikkeling is dat een tweedelijns SPV GGZ-taken overneemt van de huisarts. In dat geval wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts gedeeld met of verplaatst naar de SPV. Als deze ontwikkeling gewenst is, dan is het noodzakelijk om dit duidelijker vorm te geven door de taken en verantwoordelijkheden van de SPV goed af te bakenen en af te stemmen op de (al dan niet gedeelde) poortwachtersrol. Als deze ontwikkeling niet gewenst is, dan moet er een andere oplossing gezocht worden om de poortwachtersrol explicieter bij de huisarts zelf te leggen. Huisartsen zullen zich dan – zoals oorspronkelijk het doel was – zelf meer moeten toeleggen op het diagnosticeren en/of behandelen van psychische problematiek. Dit kan gestalte krijgen door bijvoorbeeld de consultatieregeling alsnog in te zetten in de klassieke zin van deskundigheidsoverdracht en door de betrokkenheid van huisartsen bij de diagnostiek dan wel behandeling van GGZ-problematiek te stimuleren. Gezien het geconstateerde tekort aan huisartsen met het daaruit voortvloeiende ervaren tijdsgebrek om tijdrovende GGZ-problematiek te behandelen kan een uitbreiding van de capaciteit van huisartsen wellicht ook bijdragen aan een betere invulling van de poortwachtersrol van de huisarts.

5 Effect van capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en samenwerking op verwijzingen en hulpverlening

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 hebben we gekeken naar de ontwikkelingen in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ (toegenomen capaciteit, toegenomen deskundigheidsbevordering en verbeterde samenwerking); in hoofdstuk 4 hebben we ontwikkelingen in de *doelstelling* van het programma (meer verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ, minder verwijzingen naar de tweedelijns GGZ en een hulpverlening die in toegenomen mate passend is om patiënten met psychische problematiek binnen de eerstelijns GGZ te behandelen). In de evaluatiestudie wordt verondersteld dat een verbetering van de voorwaarden zal leiden tot het bereiken van de doelstelling, zoals gemeten in verwijsstromen en hulpverlening. Daarom behandelen we in dit hoofdstuk de *relatie* tussen ontwikkelingen in de voorwaarden en ontwikkelingen in de parameters van de doelstelling. Hiermee beantwoorden we onderzoeksvraag 5 van de evaluatiestudie zoals die in de inleiding geformuleerd is. In paragraaf 2 t/m 4 gaan we in op de effecten van respectievelijk capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en samenwerking. In paragraaf 5 bespreken we de conclusies die we met betrekking tot de onderzoeksvraag kunnen trekken.

5.2 Effect van capaciteitsuitbreiding op verwijzingen en hulpverlening

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 4 en 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 6 van het SGBO-eindrapport (Kornalijnslijper et al., 2004).

Een uitbreiding van de capaciteit van het AMW zou ertoe moeten leiden dat de wachttijd bij AMW-instellingen vermindert, waardoor andere eerstelijns disciplines gemakkelijker patiënten kunnen doorverwijzen naar het AMW. Volgens de landelijke enquête onder huisartsen zijn huisartsen niet méér patiënten gaan verwijzen naar het AMW, maar de landelijke cliëntenregistratie van AMW-instellingen is het aantal cliënten dat via de huisarts bij het AMW wordt aangemeld met 10% toegenomen, tussen 2000 en 2002. De gemiddelde wachttijd van het AMW is volgens diezelfde registratie echter niet aantoonbaar afgenomen.

De landelijke cijfers blijken wat dit betreft een ongunstiger beeld te geven dan op regionaal niveau ervaren wordt. Volgens ongeveer de helft van de gemeenten zijn de wachttijden bij het AMW namelijk wel afgenomen. Bovendien zijn huisartsen in regio's waar de capaciteit van het AMW is toegenomen de wachttijden van het AMW minder als een knelpunt gaan ervaren. Ook ervaren huisartsen in deze regio's minder knelpunten in de samenwerking met het AMW. Deze ontwikkelingen hebben echter nog niet geleid tot

een toename in het aantal verwijzingen van huisartsen en eerstelijnspsychologen naar het AMW. Er is bijvoorbeeld op DHV-niveau geen verband gevonden tussen capaciteitstoename van het AMW en het aantal verwijzingen van huisartsen naar het AMW. Oorzaken hiervoor kunnen gezocht worden in de knelpunten die in hoofdstuk 2 geconstateerd zijn: ondanks de uitbreiding kampen veel AMW-instellingen nog steeds met een capaciteitstekort, waardoor ze nog steeds onvoldoende ruimte hebben om meer cliënten op te vangen dan voorheen. Bovendien is er een aanwijzing dat de capaciteitsuitbreiding niet zozeer gebruikt wordt om méér cliënten te behandelen, maar om meer tijd aan cliënten te besteden.

Ook de toename van het aantal eerstelijnspsychologen heeft niet geleid tot meer verwijzingen naar eerstelijnspsychologen. De samenwerking van huisartsen met eerstelijnspsychologen lijkt echter wel positief te worden beïnvloed door het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen. Daar waar meer eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners gevestigd zijn, is de bekendheid van huisartsen met de eerstelijnspsycholoog beter en vindt er meer overleg plaats.

Zoals we in hoofdstuk 4 al opmerkten is uit interviews van de regionale casestudies gebleken dat men binnen de eerstelijns GGZ weinig zicht heeft op de capaciteit van de verschillende eerstelijnsdisciplines. Dit belemmert een weloverwogen keuze voor doorverwijzing naar een specifieke GGZ-discipline en een efficiënt gebruik van het eerstelijns zorgaanbod. Het is dus zinvol om niet alleen te streven naar voldoende capaciteit, maar ook naar een beter *zicht* van de eerstelijnsdisciplines op elkaars capaciteit en wachtlijst/tijd.

5.3 Effect van deskundigheidsbevordering op verwijzingen en hulpverlening

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 8 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

De activiteiten op DHV- niveau in de ontwikkeling van nascholing op GGZ-gebied worden niet weerspiegeld in een afname van verwijsstromen van huisartsen naar de tweedelijns GGZ. Toch kunnen deskundigheidsbevorderende activiteiten soms wel positieve effecten hebben op de hulpverlening. Binnen één van de lokale projecten vormt deskundigheidsbevordering van huisartsen een belangrijk onderdeel. Huisartsen, SPV-en en psychiater komen op gezette tijden bijeen voor een casuïstiekbespreking waarbij deskundigheidsbevordering van de huisartsen het expliciete doel is. Huisartsen ervaren dat als gevolg van die bijeenkomsten bepaalde ‘blinde vlekken’ afnemen, die vooral het signaleren van psychische problemen betreffen. SPV-en geven aan dat naarmate zij langer in de huisartspraktijk werkzaam zijn, huisartsen hen vaker kwesties voorleggen die betrekking hebben op de omgang met patiënten.

5.4 Effecten van samenwerking op verwijzingen en hulpverlening

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 8 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

In de landelijke gegevens is geen relatie gevonden tussen de samenwerking van huisartsen met een andere GGZ-hulpverlener en het aantal patiënten dat ze naar de betreffende hulpverlener verwijzen. Afgaand op de informatie uit de lokale interviews blijkt dat de mate van samenwerking wel invloed kan hebben op de verwijfsstroom: meer persoonlijke bekendheid maakt dat hulpverleners gemakkelijker verwijzen naar de betreffende hulpverlener. Er zijn dus geen algemene aanwijzingen dat een betere samenwerking leidt tot meer doorverwijzingen naar de betreffende discipline, maar wel incidentele voorbeelden. Dit effect betreft echter niet alleen verwijzingen binnen de eerstelijns, maar ook verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Huisartsen vinden dat ze door de samenwerking met de SPV beter bekend zijn met het zorgaanbod in de tweedelijns GGZ. Daardoor zijn ze (al dan niet via de SPV) in staat gerichter te verwijzen naar de tweedelijns GGZ.

5.5 Conclusies effect van voorwaarden op verwijzingen en hulpverlening

De veronderstelling in ons model van een sterke en samenhangende GGZ, dat meer AMW en eerstelijnspsychologen, een grotere deskundigheid en betere samenwerking zouden leiden tot meer behandeling van psychische problemen binnen de eerstelijns is maar zeer ten dele uitgekomen. Capaciteitsuitbreiding en deskundigheidsbevordering hadden in principe tot doel om een afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ te bewerkstelligen, maar dit effect wordt niet in de resultaten teruggevonden. Er zijn trends dat een grotere beschikbaarheid van eerstelijnspsychologen en AMW gerelateerd is aan een betere samenwerking binnen de eerstelijns, maar dit heeft nog niet geleid tot een toename in verwijsstromen binnen de eerstelijns.

Het verbeteren van de samenwerking is vooral gericht op het bereiken van een toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ, maar niet zozeer op een afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Er zijn zelfs incidentele aanwijzingen dat een betere samenwerking met de tweedelijns GGZ tot meer verwijzingen naar de tweedelijns GGZ leidt. Toch is een goede samenwerking belangrijke voorwaarde om *gericht* te kunnen verwijzen. Een doorverwijzing is namelijk ook gebaseerd op bekendheid met de expertise van de hulpverlener en de mate waarin de werkwijze van de hulpverlener passen bij de betreffende cliënt. Het is dus voor een adequate verwijzing belangrijk dat hulpverleners van de verschillende disciplines elkaar kennen.

6 Effect van de maatregelen op ontwikkelingen in capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, verwijzingen en hulpverlening

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de relatie tussen de ingezette maatregelen en projecten en de gevonden ontwikkelingen in voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ, verwijfsstromen en hulpverlening. Daarbij putten we uit de resultaten die de evaluatiestudie heeft opgeleverd. Hiermee kunnen we echter geen compleet beeld schetsen, omdat we geen evaluatie hebben uitgevoerd voor de afzonderlijke projecten. Dit viel buiten het doel van de studie; die was gericht op het evalueren van het versterkingsprogramma als geheel. De inzet van de landelijke maatregelen: de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (Meijer et al., 2004) en de Consultatieregeling (Zantinge et al., 2004) is wél geëvalueerd. Echter, over de kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant en de samenwerkingsprojecten Korte Lijnen en Diabolo hebben we géén uitgebreide evaluatiegegevens. Deze projecten worden in de loop van 2004 door de betreffende projectorganisaties nog apart geëvalueerd.

We hadden wél informatie over welke huisartsen uit de landelijke enquête bij de diverse projecten betrokken waren (Korte Lijnen, Diabolo en het experiment bij eerstelijnspsychologen). We konden dus wél kijken naar de relatie tussen de inzet van Korte Lijnen, Diabolo en het onderzoek naar de financiële drempel van eerstelijnspsychologen enerzijds en de samenwerking en verwijfsstromen van huisartsen anderzijds. Daarnaast is interviewmateriaal uit de lokale projecten en de regionale casestudies gebruikt. Over de relatie van de kwaliteitsprojecten met de uitkomstmaten van dit onderzoek kunnen we alleen een theoretische beschouwing geven. Over het experiment naar de verlaging van de financiële drempel bij eerstelijnspsychologen is in hoofdstuk 2 van dit rapport al verslag gedaan.

In de volgende paragrafen bespreken we achtereenvolgens de resultaten van de evaluatiestudie in relatie tot de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, de Consultatieregeling, de kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant, het Korte Lijnen project, en het Diabolo-project. In paragraaf 7 bespreken we de conclusies van dit hoofdstuk.

6.2 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 3 en 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004).

De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel had ten doel om de capaciteit van het uitvoerend AMW te vergroten. Dit doel is bereikt: de capaciteit bij AMW-instellingen is ten gevolge van de maatregel met 19% gestegen. De helft van de gemeenten is van mening dat de

wachtlijsten en –tijden bij het AMW in de gemeente zijn afgenomen als gevolg van de capaciteitsuitbreiding, maar dit blijkt nog niet uit de landelijke cijfers. Wel zijn er aanwijzingen dat huisartsen in regio's waar een sterkere toename van de AMW-capaciteit is, minder knelpunten inzake samenwerking en wachtlIJstproblematiek opmerken.

De capaciteitsuitbreiding heeft echter (nog) niet geleid tot een toegenomen aantal verwijzingen naar het AMW of een toegenomen aandeel van psychologisch georiënteerde hulpverlening binnen het AMW. In de context van het totale programma ter versterking van de eerstelijns GGZ is het doel van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregelen dus niet bereikt.

Het is niet bekend hoe de toegenomen capaciteit dan wèl is gebruikt. Uit de enquête onder gemeenten blijkt dat de extra middelen vooral zijn ingezet ten behoeve van GGZ-problematiek en preventie, met als concrete bestemming onder meer deelname aan netwerken en ondersteuning van de huisarts. Dit houdt niet noodzakelijkerwijs in dat er méér cliënten met GGZ-problematiek behandeld worden. Er is in de evaluatieperiode (meetmomenten in 2000 en 2002) sprake van een toename van de behandelduur per cliënt. De ervaring binnen de maatschappelijke opvang en het AMW leert dat de problemen waarmee cliënten bij de maatschappelijke opvang en het AMW terechtkomen complexer zijn geworden, waardoor de begeleiding dan wel behandeling van een cliënt meer tijd vergt.

6.3 Consultatieregeling

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004), hoofdstuk 8 en 11 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004) en hoofdstuk 6 van het SGBO-eindrapport (Kornalijnslijper et al., 2004).

De Consultatieregeling heeft als hoofddoel om hulpverleners van de eerstelijns GGZ de mogelijkheid te bieden advies te vragen aan de tweedelijns GGZ en zo de deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek binnen de eerstelijns te vergroten. Daardoor zouden meer patiënten met GGZ-problematiek binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden. Daarnaast kan de Consultatieregeling een rol vervullen in het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ.

Met de verzamelde informatie van de evaluatiestudie kunnen we geen cijfermatige uitspraken doen over het effect van de Consultatieregeling op de *deskundigheidsbevordering* binnen de eerstelijns. We kunnen wèl constateren dat de meeste consultatieprojecten niet ingezet zijn als deskundigheidsbevorderende maatregel. De Consultatieregeling heeft dus niet via deskundigheidsbevordering geleid tot een toename van het aantal patiënten dat binnen de eerstelijns behandeld kan worden.

De landelijke gegevens laten zien dat huisartsen die bij een consultatieproject zijn betrokken beter zijn gaan *samenwerken* met de tweedelijns GGZ (bekender ermee, hogere

kwaliteit berichtgeving, vaker overleg, minder knelpunten in samenwerking). De effecten blijken het beste zichtbaar te zijn in de samenwerking met de ambulante GGZ, de voormalige RIAGG's. Gezien de invulling van de consultatieprojecten was dit ook te verwachten: huisartsen hebben ondersteuning in hun praktijk van een SPV, welke in dienst is van de ambulante GGZ. Bovendien waren deze instellingen veelal de initiatiefnemer tot de consultatieprojecten. Deelname van huisartsen aan een consultatieproject is niet rechtstreeks gerelateerd aan veranderingen in verwijfsstromen.

Ook de interviews vanuit lokale projecten laten een positieve invloed van consultatieprojecten op samenwerking zien: de consultatiegever is soms in staat de vastgelopen samenwerking tussen de verwijzer (huisarts) en andere eerstelijns hulpverleners weer op gang te helpen door de communicatie met tweedelijns hulpverleners te herstellen, en patiënten van de praktijk weer te verwijzen.

Ook uit de regionale casestudies bleek dat huisartsen enthousiast waren over de consultatie in de huisartsenpraktijk, vooral vanwege de ervaren taakverlichting en de kortere lijnen die er ontstaan met de GGZ en in mindere mate vanwege de kennis die ze opdoen omtrent de GGZ.

De interviews uit de lokale projecten gaven echter ook voorbeelden van een negatieve invloed van consultatieprojecten op de samenwerking. Zo werd in één geval een wig gedreven in de samenwerking van huisartsen met AMW en eerstelijnspsychologen. In sommige andere projecten is deze negatieve invloed weliswaar kleiner, maar wordt evengoed ook een spanningsveld ervaren tussen de genoemde disciplines. De samenwerking tussen huisartsen, het AMW en eerstelijnspsychologen staat soms onder druk vanwege de positionering van de nieuwe GGZ-medewerker in de huisartspraktijk. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat huisartsen die bij een consultatieproject betrokken zijn in 2003 naar eigen schatting minder patiënten naar eerstelijnspsychologen verwezen dan huisartsen die niet bij een consultatieproject betrokken waren (resp. 8.4 en 9.7 per 1000 patiënten).

Betrokkenheid van huisartsen bij een consultatieproject had geen landelijk aantoonbare effecten op ontwikkelingen in de *verwijsstromen* naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ. Uit de interviews vanuit lokale projecten blijkt dat er verschillende aspecten aan de consultatieprojecten zitten die positief inwerken op verwijfspatronen: persoonlijke bekendheid met de tweedelijns consultatiegever (meestal een SPV), kennis van de SPV over de sociale kaart in de tweede lijn waardoor gericht kan worden verwezen, de lage drempel voor de patiënt om psychische hulp te ontvangen (hulp dichtbij huis en vrij van stigma's) en een betere voorbereiding van patiënten op procedures in de tweede lijn.

Uit de registratie van consultatieve projecten (Verhaak et al., 2003, Zantinge et al., 2004) blijkt dat relatief veel consultatieve contacten eindigen met een verwijzing naar de tweedelijns GGZ. Verontrustend detail daarbij was dat er nauwelijks een verschil was tussen diagnoses waarbij specialistische behandeling voor de hand liggend is (psychiatrische beelden) of in complexe gevallen te overwegen is (angststoornissen, depressie) en diagnoses waarvoor in het algemeen de eerstelijns GGZ aangewezen lijkt (werk- en relatieproblemen, overspannenheid). Samenwerking in consultatieprojecten met een SPV lijkt zo enerzijds de mogelijkheid te bieden patiënten dicht bij huis in de

eerstelijns op te vangen, maar vergemakkelijkt anderzijds de verwijzing naar de tweedelijns GGZ, ook wanneer dit niet geïndiceerd lijkt.

Hoewel de Consultatieregeling niet via deskundigheidsbevordering heeft geleid tot een toename van het aantal patiënten dat binnen de eerstelijns behandeld kan worden, heeft de regeling er wél op een andere – onbedoelde – manier toe geleid dat er meer mensen binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden, en dat is door de SPV als extra behandelaar in de eerstelijns in te zetten. In die rol lijkt het consultatieproject in de vorm van een SPV als extra behandelaar in de eerstelijns GGZ positieve effecten te hebben op de *hulpverlening*. Uit het cliëntenonderzoek in de lokale projecten blijkt dat de patiënten zeer tevreden zijn over de hulp die zij via de Consultatieregeling ontvangen van een SPV in de eerste lijn. Ze waarderen het feit dat de hulp dichtbij huis is, dat zij snel bij een SPV terecht kunnen en dat deze daadwerkelijk hulp kan bieden in de vorm van een aantal gesprekken. Het feit dat ze niet naar de tweedelijns (ambulante) GGZ worden doorverwezen speelt een belangrijke rol in de waardering. Nadelige gevolgen van de inzet van de SPV als extra behandelaar zijn al uiteengezet in hoofdstuk 4 en hebben betrekking op het feit dat de cliëntenpopulatie van de SPV veel overlap vertoont met die van de (andere) disciplines binnen de eerstelijns. Een ander negatief gevolg kan zijn dat voor sommige patiënten het traject naar ‘de juiste plaats’ (met name de tweedelijns GGZ) langduriger wordt, omdat ze eerst langs de SPV moeten. Voor de patiënten voor wie een doorverwijzing naar een specifieke hulpverlener of naar de tweedelijns GGZ klip en klaar is, vormt de GGZ-medewerker een extra obstakel in het traject naar de juiste zorg. Dit blijkt uit de interviews met cliënten.

6.4 Kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 3 en 5 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 6 van het SGBO-eindrapport (Kornalijnslijper et al., 2004).

De kwaliteitsprojecten zijn vanuit het samenwerkingsconvenant opgezet om een eenduidige visie op de eerstelijns GGZ te krijgen. De uitwerking hiervan is bij alle drie de disciplines gericht op het verbeteren van de zorg en het bevorderen van de deskundigheid op het gebied van GGZ-hulpverlening. De kwaliteitsprojecten zijn vooral gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door o.a. te werken aan het opstellen van kwaliteitsnormen (AMW en eerstelijnspsychologen) en het ontwikkelen van nascholingsmateriaal. Eerstelijnspsychologen hebben zich daarnaast toegelegd op het verbeteren van de organisatiegraad, onder andere door de communicatie tussen de leden van de eigen vereniging te verbeteren. Bij huisartsen zijn de gelden uit het samenwerkingsconvenant naast het ontwikkelen van nascholingsmateriaal vooral ingezet om GGZ-functies en taakuitvoering van huisartsen bij GGZ-problematiek in kaart te brengen. Deze processen zijn weliswaar in werking gezet, maar een aantal uitkomsten ervan zullen eerder voorwaardenscheppend zijn dan rechtstreeks van invloed op de deskundigheid, samenwerking met andere GGZ-disciplines, verwijsstromen en hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ. Er kan niet worden verwacht dat van de

projecten binnen de evaluatieperiode al effecten van gemeten kunnen worden op de genoemde uitkomstmaten, omdat het laatst mogelijke meetmoment halverwege 2003 lag toen het ontwikkelingsproces binnen de kwaliteitsprojecten nog in volle gang was. Het kost tijd om de activiteiten te implementeren en huisartsen en maatschappelijk werkers betrokkener te maken bij GGZ-problematiek. Op een wat langere termijn verwachten we dat de kwaliteitsprojecten tot meer effecten zullen leiden, met name op de deskundigheidsbevordering en hulpverlening.

6.5 Korte Lijnen

De resultaten uit deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 3 en hoofdstuk 9 van de NIVEL-eindrapportage (Meijer et al., 2004) en hoofdstuk 8 van het eindrapport van het Trimbos instituut (Scholten et al., 2004).

Het project Korte Lijnen heeft tot doel om de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ te verbeteren (zie ook hoofdstuk 2 van dit rapport). Hoewel uit de voortgangsverslagen van het project Korte Lijnen blijkt dat er veel bereikt is binnen het project, laten de landelijke resultaten van de evaluatiestudie nog weinig effect zien op de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. Huisartsen uit regio's waarbinnen met Korte Lijnen werd geëxperimenteerd verschillen in hun waardering van de eerstelijns GGZ partners nauwelijks van huisartsen uit regio's waar Korte Lijnen niet actief was. Het enige aantoonbare effect is dat huisartsen die aan een Korte Lijnen project deelnamen de kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen hoger zijn gaan waarderen. Als we alleen kijken naar de situatie in 2003, dan is deelname van huisartsen aan een Korte Lijnen project gerelateerd aan een betere samenwerking met het AMW. Er zijn geen verschillen gevonden in de samenwerking met eerstelijnspsychologen. Er zijn geen andere ontwikkelingen in de samenwerking aangetoond, evenmin als in de verwijsstromen van huisartsen naar AMW en eerstelijnspsychologen.

Uit de interviews met hulpverleners vanuit de lokale projecten blijkt dat de betrokkenen zelf wel positief zijn over het project. Er lijkt ook een positief effect van de samenwerkingsprojecten naar aangrenzende regio's uit te gaan. Zo zijn in een aangrenzende regio van een lokaal consultatieproject (het project 'Pionier': vgl. Scholten et al., 2004) de drie kerndisciplines een onderling overleg begonnen omdat ze vanuit het consultatieproject een voorbeeld zagen.

Ook uit de regionale casestudies komen positieve ervaringen met het Korte Lijnen project; de betrokken partijen merken dat het project de samenwerking binnen de eerstelijns bevordert. Contacten die er eerst vaak niet waren zijn gelegd (met name met eerstelijnspsychologen en hun regionale organisatie, het ROEP), er wordt informatie over elkaars expertise uitgewisseld, afspraken over samenwerking en doorverwijzingen gemaakt, behoeften ten aanzien van elkaar gepeild en domeinen afgebakend. Nu de projectaansturing op landelijk niveau is gestopt, is men in de onderzochte experimentele regio's vastbesloten met de activiteiten op regionaal niveau door te gaan en uiteindelijk te komen tot een duurzame samenwerkingsstructuur en effectieve samenwerkingsafspraken binnen de eerstelijns GGZ. In de andere case-regio's heeft men kennis genomen van de

uitkomsten van de experimentele regio's en wordt gekeken wat men ervan kan implementeren in de eigen regio. Maar men is er nog lang niet: ook in de tweede gespreksronde ervaren partijen nog onbekendheid ten aanzien van het werkterrein en de deskundigheid van anderen.

De regionale casestudies lieten zien dat in de regio's waar het pilotproject Korte Lijnen heeft gelopen, het project heeft geleid tot praktische verbeterpunten in de doorverwijzingen en in de samenwerking. Ook de contacten met de eerstelijns psychologen en het ROEP die er voorheen nagenoeg helemaal niet waren, zijn in sommige regio's gelegd. Hoewel ze positief tegenover het programma van VWS staan, zijn de eerstelijns psychologen over het algemeen de minst actief betrokkenen in de samenwerking met de andere partijen in de eerste- en tweedelijns. De eigen praktijk en de kwaliteitseisen vanuit de Landelijke Vereniging van Eerstelijns psychologen (LVE) nemen veel van hun tijd in beslag. Daarnaast heeft de beroepsorganisatie op regioniveau (het ROEP) nog een weinig geprofessionaliseerd bestuur. Aan de andere kant wordt de eerstelijnspsycholoog door de andere partijen niet altijd gezien als een belangrijke samenwerkingspartner in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ.

6.6 Diaboloproject

De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op hoofdstuk 9 van het NIVEL-eindrapport (Meijer et al., 2004).

Doel van het Diaboloproject is de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ-disciplines en tussen eerste- en tweedelijns GGZ te vergroten, zodat op lokaal niveau een samenhangend systeem van (samenwerkings)activiteiten ontstaat. Uit de landelijke resultaten blijkt dat het Diaboloproject effect heeft gehad op de samenwerking binnen de *eerstelijns GGZ*. Huisartsen die betrokken waren bij een Diaboloproject zijn bekender geworden met het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die niet bij een Diaboloproject betrokken waren. Ook zijn ze vaker en beter gaan overleggen met eerstelijnspsychologen. Een negatieve ontwikkeling is dat huisartsen in een Diaboloproject méér knelpunten zijn gaan ervaren in de wachtlijsten bij het AMW en in 2003 minder positief waren over de berichtgeving van het AMW dan huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen.

Diaboloprojecten hebben niet alleen effect op de samenwerking, maar ook op de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ. Deelname van huisartsen aan een Diaboloproject is gerelateerd aan een toename in verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ.

Het Diaboloproject heeft ook effect op de samenwerking met de *tweedelijns GGZ*. Huisartsen die deelnamen aan een Diaboloproject zijn vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ en verslavingszorg dan huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. Het is opvallend dat er een effect gevonden is in de samenwerking met de verslavingszorg, omdat er maar twee diaboloprojecten zijn waarin de verslavingszorg is betrokken. Blijkbaar zijn dit projecten die zo goed draaien dat dit in de gemiddelde resultaten van de Diabolo-deelprojecten zichtbaar kon worden. Dit wijst erop dat een goede regio van het project sterke effecten kan hebben.

Voor zover we dat op landelijke schaal gemeten hebben, blijkt deelname van huisartsen aan een Diaboloproject is tevens gerelateerd aan een toename in verwijzingen naar de tweedelijns GGZ, zowel naar de ambulante GGZ en de vrijgevestigde als naar de verslavingszorg. In het lokale project “Coach”, dat uit diabologelden gefinancierd is en dat onderzocht werd in het onderzoek van het Trimbos-instituut komt naar voren, dat in dit project een consultatief contact minder vaak met een advies tot verwijzing werd afgerond dan in de drie andere projecten het geval was. Het project “Coach” onderscheidde zich in het onderzoek naar lokale projecten, door de nadruk die het legde op de ondersteuning van en samenwerking met de eerstelijns-GGZ

Diaboloprojecten zijn dus effectief geweest in het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns, de samenwerking met de tweedelijns en verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ. Maar tegelijkertijd wordt er ook een toename in verwijzingen naar de tweedelijns GGZ geconstateerd. Dit is een effect dat niet past bij de doelstelling van het versterkingsprogramma om waar mogelijk meer patiënten binnen de eerstelijns te behandelen en minder patiënten naar de tweedelijns GGZ te verwijzen.

6.7 Conclusies inzet maatregelen – uitkomstmaten verwijsstromen en hulpverlening

Tijdelijke Stimuleringsmaatregel

De inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel heeft een positieve bijdrage geleverd aan de uitbreiding van de capaciteit. Ook zijn er aanwijzingen dat er een positief effect is op de samenwerking met het AMW. Het is echter de vraag of capaciteitsuitbreiding van het AMW zonder meer kan leiden tot de behandeling van méér patiënten met psychische en sociale problematiek. Rekening houdend met de complexere problematiek waar het AMW mee te maken heeft en de nog steeds bestaande wachtlijsten is voor het behandelen van méér cliënten bij het AMW met psychische problematiek een grotere capaciteitsuitbreiding nodig dan via de Stimuleringsregeling is bereikt.

Consultatieregeling

De Consultatieregeling lijkt slechts ten dele bij te dragen aan het beoogde doel van *deskundigheidsbevordering* binnen de eerstelijns GGZ: dit gebeurt alleen bij de weinige AMW-ers en eerstelijnspsychologen die bij de Consultatieregeling betrokken zijn. Bij huisartsen heeft de regeling nauwelijks geleid tot deskundigheidsbevordering. De regeling heeft wel een positief effect op de *samenwerking* met de tweedelijns GGZ: de consultatiegever heeft een duidelijke brugfunctie tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Met een SPV als consultatiegever zal deze functie beter slagen, omdat de inzet van een SPV tijdsintensiever is dan die van andere consultatiegevers.

De Consultatieregeling heeft ook effect op de *verwijsstromen*, maar niet zoals oorspronkelijk bedoeld was: er is geen toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ geconstateerd; de consultatieprojecten werken eerder faciliterend dan remmend op de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, en bovendien wordt er ook problematiek naar de tweedelijns verwezen die daar qua ernst niet direct thuishoort.

De Consultatieregeling heeft ook effect op de *hulpverlening*. Dit effect is niet bereikt via de oorspronkelijke weg door huisartsen deskundiger te maken waardoor deze meer patiënten met psychische problematiek kunnen behandelen, maar door de SPV als extra behandelaar in het verlengde van de huisarts in te zetten. Deze invulling zorgt ervoor dat meer mensen binnen de eerste lijn behandeld kunnen worden. Het leidt ook tot een opsporing van meer psychische problematiek en heeft daarom niet automatisch tot gevolg dat de druk op de tweedelijns afneemt. In deze situaties wordt de keuze voor ‘de juiste patiënt op de juiste plaats’ extra goed zichtbaar maakt.

Kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant

Kwaliteitsprojecten hebben tot doel om de deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns GGZ te ontwikkelen en de kwaliteit van de hulpverlening van psychische problematiek te verbeteren. Het is nog te vroeg om iets te kunnen zeggen over effecten van de kwaliteitsprojecten. Bovendien viel een effectmeting van deze projecten niet binnen het doel van de evaluatiestudie. Verwacht wordt dat ze op de langere termijn bijdragen aan deskundigheidsbevordering, een duidelijkere taakafbakening binnen de eerstelijns GGZ en een kwalitatief betere zorg.

Korte Lijnen

Er zijn geen landelijke effecten op de samenwerking en verwijsstromen waar te nemen van het Korte Lijnen project. Dit kan te maken hebben met de manier waarop de gegevens verkregen zijn. De resultaten waren alleen gebaseerd op de mening van huisartsen en niet op die van de andere eerstelijnsdisciplines. Bovendien waren de aantallen huisartsen waarop de gegevens gebaseerd zijn, mogelijk te klein om statistisch significante verschillen te vinden. Uit de experimentele regio's zelf komen echter wel positieve geluiden over het project.

De betrokkenheid van eerstelijnspsychologen bij het Korte Lijnen project behoeft extra aandacht, omdat deze beroepsgroep organisatorische belemmeringen heeft om tot structureel overleg te komen. Vanuit het kwaliteitsproject bij eerstelijnspsychologen wordt hieraan gewerkt door de regionale organisatiegraad van eerstelijnspsychologen te verbeteren.

Diaboloproject

Diaboloprojecten hebben vooral een gunstig effect op de samenwerking met de tweedelijns GGZ, maar de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ lijkt ook positief te worden beïnvloed. Verbeterde samenwerking met de tweedelijns GGZ leidde wel tot de toename van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ..

Totale versterkingsprogramma

Over het algemeen hebben de maatregelen een positief effect op het doel waarvoor ze zijn ingezet. De tijdelijke Stimuleringsmaatregel heeft tot capaciteitsuitbreiding geleid, er wordt nascholingsmateriaal ontwikkeld ter bevordering van deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek en in diverse samenstellingen vindt samenwerking plaats. Daarbij geldt dat in regio's waar meer initiatieven plaatsvinden ter versterking van de eerstelijns GGZ, de eerstelijnspartijen elkaar meer tegenkomen (vgl. Meijer et al., 2003) en zo meer samenwerken.

De doelstelling om meer patiënten binnen de eerstelijns GGZ te behandelen en minder patiënten naar de tweedelijns GGZ te verwijzen is echter slechts ten dele waargemaakt. Naast de bedoelde effecten van het versterkingsprogramma constateren we bij consultatieve projecten een toename verwijzingen naar de tweedelijns GGZ en een extra hulpaanbod binnen de eerstelijns GGZ via de SPV. Deze neveneffecten roepen vragen op omtrent de geformuleerde doelstellingen van deze maatregelen. Hier gaan we in hoofdstuk 8 uitgebreider op in.

7 Organisatie van het programma “Versterking eerstelijns GGZ”

7.1 Inleiding

Uit de vorige hoofdstukken is gebleken dat verschillende programma-onderdelen weliswaar effect hebben gehad, maar dat in verschillende opzichten niet alle gestelde doelen zijn bereikt. Voor een deel is dat te verklaren uit de korte meetperiode van het evaluatie-onderzoek. Ook zijn er een aantal knelpunten geconstateerd die een optimaal effect belemmeren.

Echter, de effecten van het programma worden niet alleen bepaald door methodologische beperkingen van het onderzoek of tekortkomingen van de maatregelen en projecten afzonderlijk, maar ook door de organisatiestructuur die het gehele versterkingsproces moet ondersteunen. Het ministerie van VWS heeft de regie over het pakket aan beleidsmaatregelen in handen gelegd van een landelijke Stuurgroep “Tussen de Lijnen”. Met deze Stuurgroep is in feite het overleg van de drie kerndisciplines in de eerstelijns GGZ uitgebreid met vertegenwoordigers van de relevante tweedelijns zorgaanbieders, met zorgverzekeraars en de VNG (als financier van het AMW) en met vertegenwoordiging van cliënten-/patiëntenorganisaties. De Stuurgroep bewaakt en begeleidt alle door het Ministerie van VWS gefinancierde maatregelen in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. In dit hoofdstuk gaan we in op de invloed van deze organisatiestructuur op de inzet en het proces van het versterkingsprogramma.

Hoewel VWS alleen een landelijke organisatiestructuur heeft omschreven, verloopt de aansturing van het programma niet alleen op *landelijk* niveau via de Stuurgroep, maar is deze idealiter ook in zekere mate op *regionaal* niveau georganiseerd. Naarmate de landelijke en regionale aansturing beter op elkaar zijn afgestemd, kan het programma meer als een samenhangend geheel worden ingezet.

Adviesbureau KPMG heeft in opdracht van VWS de totale structuur van het programma geëvalueerd, met de nadruk op de landelijke aansturing (KPMG, 2002), terwijl onderzoeksbureau SGBO de samenwerking en afstemming tussen alle bij de eerstelijns GGZ betrokken partijen op regionaal niveau heeft onderzocht, alsmede de veranderingen daarin tussen 2001 en 2003 (Kornalijnslijper et al., 2004). De bevindingen van deze evaluaties worden respectievelijk in paragraaf 2 en 3 besproken. In paragraaf 4 geven we de conclusies over de aansturing van het versterkingsprogramma.

7.2 Landelijke aansturing

KPMG heeft in haar onderzoek een analyse gemaakt van de knelpunten in de totale structuur rondom de versterking van de eerstelijns GGZ, met de Stuurgroep als centrale aansturing. De resultaten van het onderzoek laten zich als volgt samenvatten.

De verantwoordelijkheid voor de versterking van de eerstelijns GGZ wordt vormgegeven via de Stuurgroep Tussen de Lijnen. Alle ontwikkelingen lopen via deze Stuurgroep: het is een platform waar alle onderwerpen en betrokken organisaties samenkomen. Deze organisatiestructuur biedt een goede basis voor de versterking van de eerstelijns GGZ. De Stuurgroep Tussen de Lijnen is een logische manier om alle betrokkenen op landelijk niveau aan elkaar te koppelen en kan goed dienen als centrale ondersteuning van lokale projecten.

Binnen de totale structuur zijn een aantal belemmeringen geconstateerd die alleen op landelijk niveau zijn weg te nemen:

- Iedere participant heeft wel een zeker belang bij een beter functionerende eerstelijns GGZ, maar ieders belang krijgt een andere invulling. Dit varieert van betere hulp, via werklastvermindering tot vergroting van de omzet van de eigen beroepsgroep.
- De probleempceptie is per participant heel verschillend en problemen worden met name op lokaal niveau – individueel – ervaren, terwijl daar de oplossingsmogelijkheden gering zijn. Landelijke organisaties leggen hun prioriteiten veelal elders.
- Veel van de genomen maatregelen lijken maar voor bepaalde groepen interessant, en voorts overlappen veel maatregelen elkaar sterk.
- De genomen maatregelen bieden vaak financiële armslag voor slechts beperkte duur, zijn binnen lokale situaties met de nodige onderlinge domein-perikelen vaak lastig uitvoerbaar en moeten vaak binnen een zeer gering tijdbestek worden uitgevoerd. Anderzijds is het niet mogelijk, en ook uit de tijd, om één en ander landelijk op een uniforme wijze te sturen.
- Verschillende financieringsvormen van verschillende participanten en institutionele verkokering vormen eveneens belemmeringen om adequaat op de stimuleringsmaatregelen te reageren.

Uit de bovengenoemde analyse van knelpunten leidt KPMG af dat het het meest kansrijk is om op basis van reeds behaalde successen lokale initiatieven met behulp van de stimuleringsmaatregelen tot bloei te laten komen. Het zou de taak van de Stuurgroep zijn om hierbij vervolgens als vliegwiel te fungeren en deze successen op andere locaties over te dragen en zo op een hoger niveau te brengen.

Aanbevolen wordt om lokale netwerken te stimuleren en te ondersteunen, waarbij de Stuurgroep – onder andere door advisering aan VWS – moet zorgen dat continuïteit gewaarborgd blijft.

Voorwaarden daarbij zijn dat:

- de eerstelijns GGZ als een duidelijk domein wordt afgebakend: ook moet duidelijk worden wat bedoeld wordt met de versterking van de eerstelijns GGZ.
- er een eenheid in taal ontstaat tussen hulpverleners van de verschillende GGZ-disciplines

- de ondersteuning van de versterking van de eerstelijns GGZ wordt uitgebreid
- de samenwerking niet tot een ritueel verwordt. De kracht van goede samenwerking is de onderlinge bekendheid en vertrouwen.
- er energie gestoken wordt in structurele financiering van GGZ-netwerken (zowel binnen de eerstelijns als tussen eerste- en tweedelijns GGZ).

Tot slot is het belangrijk te beseffen dat “...alle ontwikkelingen veel tijd vergen, en een brede, effectieve en duurzame versterking van de eerstelijns GGZ daarom ook een kwestie van een lange adem is. Op korte termijn zijn kleine successen te boeken, maar de grote veranderingen zullen pas op langere termijn zichtbaar zijn. De versterking van de eerstelijns GGZ is daarom gebaat bij een langdurige, consistente aandacht.”

7.3 Samenwerking en afstemming op regionaal niveau

Op regionaal niveau is onderzocht of de partijen die bij de eerstelijns GGZ betrokken zijn meer zijn gaan samenwerken en hun beleidsdoelen op elkaar afstemmen. Daarbij is nagegaan of er zoals het versterkingsprogramma beoogde een “sterkere, samenhangende eerstelijns GGZ” is ontstaan en of er beleidsmatige samenwerking plaatsvindt tussen regionale en lokale partijen zoals gemeenten, zorgkantoren en koepelorganisaties van huisartsen (LHV), AMW (MO-groep) en eerstelijnspsychologen (ROEP).

SGBO heeft als uitgangspunt voor haar onderzoek gedefinieerd dat er beleidsmatige samenwerking plaatsvindt indien er:

- *aansturing* plaatsvindt op de *beleidsdoelen* van het versterkingsprogramma (aansturing van partijen en gezamenlijk gerichte inzet van middelen).
- gezamenlijk concrete acties worden ondernomen om de beleidsdoelen te bereiken.
- *inzicht* is in de vraag naar laagdrempelige, kortdurende eerstelijns GGZ en inzicht is in het gezamenlijke aanbod en de lacunes hierin.

Uit het onderzoek van SGBO wordt geconcludeerd dat alle partijen in de vijf onderzochte regio's van mening zijn dat de eerstelijns GGZ versterkt is. De algemene waardering voor de eerstelijns GGZ is gestegen van een onvoldoende in 2001 naar een voldoende in 2003. Ook staan de meeste partijen positief tegenover het versterkingsprogramma en wordt er steeds meer wordt samengewerkt en op elkaar afgestemd. SGBO concludeert in haar onderzoek echter ook dat er géén beleidsmatige samenwerking is ontstaan ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ. Partijen hebben geen zicht op het totale beleidsprogramma en kijken niet vanuit een beleidskader naar de problematiek. Ze weten daardoor ook niet goed wat beleidsmatige samenwerking ter versterking van de eerstelijns GGZ zou moeten inhouden. Geredeneerd vanuit de directe uitvoering denkt men in eerste instantie vooral aan een beleidsmatige overlegstructuur, zoals een stuurgroep rondom een project. Diverse partijen merken wel op dat beleidsmatige samenwerking nodig is voor waarborging van de continuïteit van samenwerking op uitvoeringsniveau.

Er zijn een aantal knelpunten geconstateerd die een succesvolle beleidsmatige samenwerking in de weg staan:

Het feit dat het versterkingsprogramma is vormgegeven via verschillende financieringsstromen staat een integrale benadering en samenwerking in de weg. Er is een – financiële – verkokering van maatregelen: de maatregelen zijn teveel ad hoc en vormen geen samenhangend geheel. Men voelt zich alleen verantwoordelijk voor het deel waarmee men financieel te maken heeft. Van de overige maatregelen weet men vaak het bestaan niet. Het ontbreekt de partijen aan voldoende beleidsinformatie over het versterkingsprogramma en haar beleidsdoelen in zijn geheel.

Mede door bovengenoemde reden is er gebrek aan regionale aansturing van het versterkingsprogramma: geen van de partijen voelt zich geroepen om trekker te worden en de andere partijen te bewegen tot een samenhangende eerstelijns GGZ te komen. Er zijn bijvoorbeeld geen structurele afspraken vastgelegd en beleidsmatige taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen ten aanzien van de (versterking van de) eerstelijns GGZ zijn niet voldoende afgebakend. Het zorgkantoor zou hierin een coördinerende functie kunnen en willen vervullen, maar heeft in de praktijk slechts een marginale rol in de inzet van het versterkingsprogramma bij gebrek aan mandaat. De decentrale overheid kan geen sturing geven aan zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren of zorginstellingen die vanuit de AWBZ gefinancierd worden. Deze bevinding sluit aan bij die van KPMG dat geen van de betrokken beroepsgroepen, beleidsinstanties, of financiers zich als dé probleemeigenaar van de eerstelijns GGZ beschouwt.

Er ontbreekt op regionaal niveau een gezamenlijk gedragen visie op de GGZ. Het feit dat de landelijke koepels via een samenwerkingsovereenkomst werken aan een gezamenlijk gedragen visie en dat men in de landelijke Stuurgroep tussen de Lijnen poogt tot een gezamenlijke visie te komen betekent nog niet dat de betrokkenen op regionaal niveau deze visie delen. Ook is er geen eenduidige visie van zorgkantoor en gemeente op de versterking van de eerstelijns GGZ. Dit leidt er in de praktijk toe iedere partij de versterkingsmaatregelen naar eigen inzicht aanwendt en benut om zijn eigen problemen op te lossen.

Over het nut van beleidsmatige samenwerking zijn niet alle partijen het eens. Tegelijkertijd signaleert men dat de ontstane samenwerking vooral persoonsgebonden en cliëntgericht is en daarmee niet voor de langere termijn is veilig gesteld. Onderlinge afspraken over verwijzing van cliënten, de taakverdeling tussen de eerstelijns GGZ-partijen, inzicht in beschikbare capaciteit en wachtlijsten ontbreken nog veelal. Eerstelijnspsychologen en huisartsen weten alleen van diegenen waarmee zij samenwerken of die ruimte hebben om nieuwe cliënten aan te nemen, maar zij hebben geen inzicht in de regionale capaciteit per beroepsgroep. Dit heeft gevolgen voor het verwijsgedrag.

Daarnaast zijn er een aantal praktische knelpunten die een integrale benadering van de eerstelijns GGZ in de weg staan. Ten eerste hebben de partijen verschillende werkgebieden: het werkgebied van een gemeente verschilt van het werkgebied van een zorgkantoor, DHV/RHV, ROEP of een GGZ-instelling. Bovendien bemoeilijken verschillen in organisatiegraad en verschillen in organisatiecultuur de beleidsmatige samenwerking tussen organisaties van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen.

Huisartsen en eerstelijnspsychologen zijn zelfstandige ondernemers met een relatief lage organisatiegraad (met name eerstelijnspsychologen), terwijl het AMW een goed georganiseerde instelling is. Eerstelijnspsychologen zijn bijvoorbeeld niet altijd vertegenwoordigd in zorgnetwerken tussen eerste- en tweedelijns, onder meer omdat de regionale organisatie van hun beroepsgroep – de ROEP – nog in ontwikkeling is. Bovendien moeten huisartsen en eerstelijnspsychologen het regionale overleg in hun eigen tijd doen en onder de omstandigheid van een hoge tijdsdruk.

Bovenstaande knelpunten geven inzicht in voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om tot een succesvolle regionale aansturing te komen:

- De betrokken partijen op regionaal niveau (individuele beroepsbeoefenaren, regionale beroepsverenigingen, gemeenten, zorgkantoren) moeten goed zijn *geïnformeerd* over het programma.
- Er moet een probleemeigenaar gedefinieerd worden: iemand die op regionaal niveau het versterkingsprogramma coördineert en daar ook mandaat voor heeft.
- Er moet op regionaal niveau gewerkt worden aan een gezamenlijk gedragen visie op de versterking van de eerstelijns GGZ. Dit wordt gefaciliteerd door een goede communicatie tussen de landelijke koepels en de beroepsbeoefenaren en hun regionale organisaties.

Overigens is ten aanzien van de geconstateerde knelpunten een relativerende opmerking op zijn plaats. Een interdisciplinaire organisatiestructuur waarbinnen alle belanghebbende partijen hun werkzaamheden op elkaar afstemmen bestaat over het algemeen nauwelijks in de gezondheidszorg. Beleidsmaatregelen worden meestal naar afzonderlijke disciplines en koepelorganisaties gecommuniceerd. Wat dit betreft is een overleg tussen de koepelorganisaties van de drie kerndisciplines die de eerstelijns GGZ uitmaken al tamelijk uniek te noemen.

7.4 Conclusies

De effectiviteit van het programma ‘Versterking eerstelijns GGZ’ wordt mede bepaald door de organisatiestructuur die het gehele versterkingsproces moet ondersteunen. De organisatiestructuur van het programma bestond uit een landelijke Stuurgroep tussen de Lijnen. Evaluatie van de aansturing leidt tot de conclusie dat er weliswaar landelijke aansturing is, maar dat deze vooral plaatsvindt op afzonderlijke maatregelen. Er is geen aansturing op het programma en haar doelstellingen in zijn geheel, waardoor de samenhang tussen de maatregelen niet voldoende is geborgd. Op landelijk niveau is men wel bezig met het ontwikkelen van een gezamenlijk gedragen visie op de doelstellingen van de eerstelijns GGZ, maar dit is niet tot uiting gekomen in de aansturing van het programma.

Bovendien is een organisatiestructuur met alleen landelijke aansturing via de Stuurgroep ‘Tussen de Lijnen’ niet voldoende gebleken. Wil het versterkingsprogramma op alle niveaus succesvol zijn, dan is het noodzakelijk om het programma ook op regionaal niveau te coördineren. De ontwikkeling van een gezamenlijk gedragen regionale visie op de doelstelling van de eerstelijns GGZ is daarvan een essentieel onderdeel. Er moet een

partij worden aangewezen die verantwoordelijk is voor de visieontwikkeling en regionale aansturing en daartoe ook voldoende mandaat heeft.

Een succesvolle regionale aansturing op basis van een gezamenlijk gedragen visie vormt de basis voor samenwerking binnen de eerstelijns GGZ op hulpverleningsniveau. De kans wordt groter dat hulpverleners elkaar dan meer gaan aanvullen in plaats van elkaar als concurrent beschouwen.

8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

Er is in de jaren '90 van verschillende zijden vastgesteld dat er sprake is van veel onbehandelde psychische problematiek in de bevolking en ook onder bezoekers van huisartsen in de eerstelijns. Daarnaast is er sprake van een stijging van het beroep op de tweedelijns GGZ. Tot deze conclusie komt men naar aanleiding van epidemiologisch onderzoek in de algemene bevolking (Nemesis: Bijl et al., 2000, Regioproject: König-Zahn et al., 1999), en in de huisartspraktijk (Ormel et al., 1990; König-Zahn et al., 1999; van Marwijk, 1995; Verhaak, 1995) en naar aanleiding van de bestudering van productiecijfers in eerste en tweedelijns GGZ (De Rijk et al., 1999). De verwachting was dat er aan het begin van de 21 eeuw sprake zou zijn van een sterk groeiende vraag naar met name ambulante GGZ hulp, alleen al door ontwikkelingen in bevolkingsomvang en -opbouw (Ruwaard et al., 1997)

In 1998 heeft de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ)³ zich gebogen over deze toenemende vraag om GGZ en over de wijze waarop deze vraag tegemoet getreden zou moeten worden. Kern van dit advies was om de hele GGZ meer binnen het geheel van de gezondheidszorg te organiseren. Hierbij zouden volgens een systeem van getrapte zorg de psychische problemen waar mogelijk in de eerstelijns worden gediagnosticeerd en behandeld, eventueel met behulp van expertise vanuit de tweedelijns, en indien noodzakelijk zou er verwezen worden naar de tweedelijns. De huisarts is poortwachter. Om een dergelijke aanpak mogelijk te maken is aanbevolen om de capaciteit van de eerstelijns GGZ (AMW, eerstelijnspsycholoog, huisarts) te vergroten, o.a. door de eerstelijnspsycholoog in het basispakket op te nemen en met de VNG afspraken te maken over kwantitatieve en kwalitatieve inzet van AMW. Voorts wordt aanbevolen de deskundigheid van met name AMW en huisarts op het gebied van diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen te vergroten, en te zorgen voor een betere samenwerking tussen eerstelijns disciplines. Teneinde vanuit de tweedelijns GGZ expertise beschikbaar te stellen voor de eerstelijns werd geadviseerd om vanuit de tweedelijns consultatieve ondersteuning te bieden aan de eerstelijns. Ook zou de overheid moeten stimuleren dat vestigingen van de GGZ in de eerstelijns tot stand komen.

In 2002 bracht de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid het advies "Zorg van velen" uit. Opdracht van deze commissie was de oorzaken van de groeiende hulpvraag in de GGZ te analyseren en aanbevelingen te doen over de wijze waarop

³ Bij de bespreking van diverse adviezen en maatregelen hebben we ons beperkt tot die aanbevelingen c.q. maatregelen die relevant zijn voor de positie van de eerstelijns GGZ.

overheid en maatschappelijke organisaties kunnen bijdragen aan de verbetering van de geestelijke volksgezondheid.

De adviezen die deze commissie ten aanzien van de organisatie van de zorg formuleert sluiten naadloos aan op het RVZ-advies: radicaliseer het onderscheid tussen de echelons en biedt een belangrijk deel van de GGZ vanuit de eerstelijns aan. De huisarts heeft hier de behandelende en coördinerende rol, waarbij hij bijgestaan wordt door AMW, eerstelijnspsycholoog en de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. Waar behandeling en zorg binnen de eerste lijn niet tot het gewenste effect leiden, moet verwezen worden naar de tweedelijns GGZ. Er moet gekozen worden voor getrapte zorg: bij een gelijk effect krijgt zorg binnen de eerste lijn de voorkeur boven die in de tweede lijn. Generalistische zorg krijgt de voorkeur boven specialistische, waar dat verantwoord is. Ook wordt gepleit voor een zo hecht mogelijke samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dit wordt nodig geacht omdat "Een van de tweedelijns-GGZ geïsoleerde hulpverlener in de eerstelijns zal de zorg voor mensen met psychische problemen zo snel mogelijk 'doorgeven' aan zijn collega's in de tweedelijns. En vervolgens hebben tweedelijns hulpverleners de neiging om cliënten helemaal 'over te nemen' waarbij zij de behandeling, zonder verdere bemoeienis van de eerstelijns ter hand neemt. Dit heeft tot gevolg dat de eerstelijns steeds minder behandelt en de tweedelijns geleidelijk overbelast raakt." (Zorg van velen, p. 101).

In de beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999 neemt de minister van VWS in grote lijnen de adviezen aangaande versterking van de eerstelijns GGZ over en kondigt het pakket van maatregelen af dat in de onderhavige studie object van onderzoek was.

Van deze evaluatie is in de voorgaande hoofdstukken verslag gedaan.

Twee opmerkingen vooraf moeten nog gemaakt worden aangaande dit pakket van maatregelen.

Het hele pakket aan maatregelen is een typisch voorbeeld van aanbodsturing. Het aanbod aan eerstelijns GGZ wordt vergroot, ondersteuning door SPV wordt gesubsidieerd en de huisarts als poortwachter en coördinator is degene die de patiënt letterlijk stuurt: naar het AMW, naar de eerstelijnspsycholoog of naar de tweedelijns. Vijf jaar later, met vraagsturing en marktwerking als leidraad, is het de vraag in hoeverre dergelijk "beïnvloeden van de markt" nog past in het beleid. Een tweede opmerking vooraf betreft het feit dat de maatregelen weliswaar op het aanbod gericht waren, maar gepaard gingen met terughoudendheid in sturing of regie. Onder het motto "laat duizend bloemen bloeien" zijn een aantal maatregelen uitgevaardigd waarvan de concrete uitwerking werd overgelaten aan de plaatselijke behoeften. Op de consequenties daarvan komen we terug.

Wat kunnen we nu, gegeven de conclusies die in de vorige hoofdstukken zijn geformuleerd, zeggen over:

- de mate waarin de adviezen van de RVZ en de Landelijke commissie GGZ omtrent de positionering van de eerstelijns GGZ ter harte zijn genomen in de maatregelen van VWS
- de mate waarin de maatregelen zijn uitgevoerd zoals ze zijn bedoeld
- de mate waarin de maatregelen effect hebben gehad op de *gewenste voorwaarden* voor een sterke eerstelijns GGZ
- de mate waarin de maatregelen hebben geleid tot de *gewenste doelstelling*: waar mogelijk meer psychische stoornissen behandelen binnen de eerstelijns (stepped care)

- onvoorziene effecten van de maatregelen

Vervolgens beschouwen we de gevonden uitkomsten in de context van de beperkingen van het onderzoek, de omstandigheden waarin de maatregelen werden ingevoerd en de vóóronderstellingen achter de adviezen waarop de maatregelen gebaseerd waren.

Na dit alles in beschouwing genomen te hebben eindigen we met beleidsaanbevelingen aangaande de rol die de eerstelijns zorg bij de geestelijke gezondheidszorg kan spelen.

8.2 In welke mate zijn de adviezen van de RVZ en de Landelijke commissie GGZ ter harte genomen?

Zoals in de inleiding al gesteld is, zijn in de beleidsvisie GGZ van de minister van VWS een groot aantal maatregelen aangekondigd die de RVZ het jaar daarvoor adviseerde. Dit zijn de maatregelen die we in de onderhavige studie evalueren.

Conform het RVZ-advies heeft overleg tussen VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten plaatsgevonden, resulterend in de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel Algemeen Maatschappelijk Werk, ter uitbreiding van de capaciteit van het AMW. Er is overleg met de drie kerndisciplines in de eerstelijns geweest, resulterend in financiering voor kwaliteitsprojecten. Dit geld is aangewend voor verbetering van kwaliteit van zorg en deskundigheidsbevordering. Ook de vergroting van de samenwerking tussen de drie kerndisciplines in de eerstelijns werd in handen van de drie partijen gelegd, die daartoe het project "Korte Lijnen" ontwikkelden. De aanbevolen beschikbaarstelling van expertise vanuit de tweede lijn werd gerealiseerd door middel van de consultatieregeling, waarmee partijen op lokaal niveau naar eigen inzicht de best geachte vorm van consultatie gestalte konden geven. Om speciale projecten extra te kunnen ondersteunen werd het Diaboloproject in het leven geroepen, waarmee bij voorbeeld extra coördinatie of ondersteuning kon worden verkregen.

De RVZ adviseerde ook dat de eerstelijnspsycholoog in het basispakket zou worden opgenomen. Deze aanbeveling is overgenomen in de beleidsvisie, maar vervolgens niet geëffectueerd. Wel is onderzoek uitgevoerd naar het effect van een ruimere toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog.

Daarnaast adviseerde de RVZ over zorgaanpakken in diverse compartimenten (basispakket, aanvullende verzekering, AWBZ). Omdat de stelselherziening nog niet is doorgevoerd, hebben op dit terrein nog geen ontwikkelingen plaatsgevonden.

Conclusie

De minister van VWS heeft de adviezen van de RVZ geconcretiseerd in de genomen maatregelen. De eerstelijnspsycholoog is echter ten slotte niet in de basisverzekering opgenomen.

8.3 In welke mate zijn de maatregelen uitgevoerd zoals bedoeld?

In hoofdstuk twee van deze integrale eindrapportage hebben we geconstateerd dat in het algemeen de aangekondigde maatregelen ook zijn *uitgevoerd* zoals ze bedoeld waren. Er is, in overleg met de VNG, geld beschikbaar gesteld voor uitbreiding van de capaciteit van het AMW en daar is ook, min of meer in de veronderstelde mate, gebruik van gemaakt.

Het toegezegde onderzoek naar de effecten van opname van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket is uitgevoerd. Dit onderzoek gaf positieve resultaten: door het verlagen van de financiële drempel neemt het aantal verwijzingen van huisartsen naar eerstelijnspsycholoog toe. Ondanks politieke druk (motie-Buys) heeft de minister voornamelijk afgezien van opname van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket.

Algemene gelden voor deskundigheidsbevordering zijn gebruikt door koepelorganisaties als onderdeel van kwaliteitsbeleid.

Van de maatregelen die moesten bevorderen dat op consultatieve basis expertise aan de eerstelijns is toegevoegd, de consultatieregeling en de diaboloprojecten, is in grote mate gebruik gemaakt. De consultatieregeling werd najaar 1999 afgekondigd, na een jaar waren in de meeste regio's projecten aangevraagd en in gang gezet en na anderhalf jaar draaiden de meeste projecten op volle toeren.

Subsidies via het Diaboloproject werden een half jaar later mogelijk en de eerste daardoor gefinancierde projecten zochten een jaar later ook van start gegaan. Via deze financiering kwam vaak extra geld beschikbaar bij projecten waar al een SPV werd ingeschakeld, waardoor men zich meer geïntegreerd kon richten op deskundigheidsbevordering en bevordering van de samenwerking.

De algemene gelden om de samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen zijn door de eerstelijns partijen gebruikt voor het samenwerkingsproject "Korte Lijnen". De diverse projecten waarin dit resulteerde zijn volgens plan uitgevoerd. Korte Lijnen heeft volgens planning na twee jaar een aantal producten gerealiseerd (protocollen, formulieren, verspreidingsapparaat via website).

Gesteld kan worden dat in het algemeen de maatregelen die de minister in het vooruitzicht heeft gesteld ook zijn uitgevoerd. Dit heeft ertoe geleid dat er in het hele land een ontwikkeling naar een sterkere eerstelijns GGZ op gang is gekomen. Ondanks deze positieve ontwikkeling zijn bij de inzet van het programma een aantal knelpunten geconstateerd die een risico vormen voor de bestendigheid van de ingezette ontwikkeling. Deze hebben te maken met de tijdelijke financiering van de maatregelen waardoor de continuïteit van de opgebouwde resultaten afhankelijk is van de persoonlijke opvattingen en inzet van de betrokkenen. Bovendien is de eerstelijnspsycholoog niet in het ziekenfondspakket opgenomen, waardoor de financiële drempel om naar deze hulpverlener door te verwijzen blijft bestaan. De eerstelijnspsycholoog blijft dus een ongelijkwaardige positie houden ten aanzien van de andere eerstelijns hulpverleners, waardoor het hulpaanbod binnen de eerstelijns niet optimaal benut kan worden. Tenslotte zijn consultatieve projecten soms uitgewerkt op een wijze die afwijkt van wat oorspronkelijk de bedoeling geweest is. De consultatieregeling is relatief weinig ten goede gekomen aan eerstelijnspsychologen en het AMW; de consultatieprojecten hebben in het geval van huisartsen vaak een minder deskundigheidsbevorderend karakter dan

verwacht was; dit wordt weer gecompenseerd doordat deskundigheidsbevordering ook plaatsvindt los van specifieke patiënten, in de vorm van symposia; de projecten voegen een behandelaanbod toe door de inzet van de SPV; en de projecten lijken doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ gemakkelijker te maken, hetgeen zijn goede en minder goede kanten heeft. De vraag is hoe de rol van de consultatieregeling op deze punten in de toekomst vorm moet krijgen.

Conclusie

De maatregelen die de minister in het vooruitzicht heeft gesteld zijn uitgevoerd zoals bedoeld. Wel zijn er een aantal knelpunten geconstateerd die een risico vormen voor de bestendiging van de ingezette ontwikkeling: de tijdelijke financiering van de maatregelen en de ongelijkwaardige positie van eerstelijnspsychologen. Voorts heeft met name de consultatieregeling in een aantal gevallen geleid tot vormen van ondersteuning van de eerstelijns GGZ die tevoren niet zo bedacht waren.

8.4 Effect van de maatregelen op de gewenste voorwaarden voor betere eerstelijns-GGZ hulpverlening

In het verklaringsmodel uit hoofdstuk 1 noemden we als na te streven eindresultaat van de beleidsmaatregelen een GGZ waarbij zoveel mogelijk mensen met psychische stoornissen in de eerstelijns behandeld zouden kunnen worden. Dit eindresultaat zou bevorderd worden door de behandelcapaciteit van de eerstelijns GGZ te vergroten en door deskundigheid en samenwerking tussen eerstelijns hulpverleners onderling en tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ te bevorderen.

Deze *voorwaarden* waaronder meer mensen in de eerstelijns behandeld zouden kunnen worden, zijn voor een deel geëffectueerd. De *capaciteit* van het AMW is toegenomen tussen 2000 en 2003. Verder is er, ondanks het feit dat de eerstelijnspsycholoog niet in het basispakket van de ziekenfondsverzekering is opgenomen, sprake van een toename van het aantal eerstelijnspsychologen. Hoewel de capaciteit van de eerstelijns GGZ inderdaad is uitgebreid zijn is de hulpvraag ook toegenomen en is de wachttijd bij het AMW en eerstelijnspsychologen nog niet verdwenen.

Wat *deskundigheidsbevordering* betreft kan gemeld worden dat er via de kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant een infrastructuur, met name voor huisartsen, gecreëerd is waarin de gelegenheid wordt geboden om kwaliteitsverbetering op maat te realiseren. Gezien de korte tijdsspanne waarmee we met deze evaluatiestudie noodgedwongen te maken hadden, zijn hiervan nog geen effecten te meten. Of deze infrastructuur effect zal hebben kan pas op termijn blijken.

De *samenwerking binnen de eerstelijns GGZ* is op de agenda gezet, hoewel dat in de samenwerkingspraktijk van de gemiddelde huisarts nog weinig zichtbaar is. Het vergt met name intensieve samenwerkingsprojecten zoals de diaboloprojecten en Korte Lijnen projecten om een positieve verandering in die samenwerking tot stand te brengen. Dergelijke projecten hebben plaatselijk wel tot meer samenwerking tussen eerstelijnspartijen geleid, maar dit is nog geen landelijke trend. De kracht van deze projecten ligt in de aanwezigheid van coördinatoren, standaard protocollen en

formulieren, die o.a. in het project Korte Lijnen zijn ontwikkeld en in de persoonlijke contacten die dergelijke samenwerking met zich meebrengt.

De *samenwerking tussen eerste en tweede lijn* is wél zichtbaar verbeterd tussen 2001 en 2003. Dit blijkt uit toegenomen waardering van huisartsen ten aanzien van met name de ambulante GGZ en uit de vermindering van de gepercipieerde knelpunten in de relatie met de tweede lijn. Hierbij hebben de consultatieprojecten en diaboloprojecten een aanwijsbare rol gespeeld. Met name dankzij deze maatregelen zou men kunnen stellen dat de eerstelijns GGZ in brede kring de aandacht heeft.

Conclusies

- De capaciteit van de eerstelijns GGZ is uitgebreid, maar kan de steeds groeiende vraag nog niet voldoende opvangen.
- De ontwikkelde nascholing wordt pas sinds 2003 in het veld uitgezet. Effecten daarvan kunnen pas vanaf 2005 gemeten worden.
- Samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ is toegenomen. Dit lijkt te kunnen worden toegeschreven aan de consultatie- en diaboloprojecten.
- Stimulering van samenwerking, zowel binnen de eerstelijns GGZ als tussen eerstelijns en tweedelijns vereist stelselmatige coördinatie, goede en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en persoonlijke contacten. De producten van Korte Lijnen voorzien de instrumenten; via samenwerkingsprojecten als consultatieprojecten worden de persoonlijke contacten gerealiseerd. In coördinatie zal blijvend geïnvesteerd moeten worden.

8.5 Effect van de maatregelen op de doelstelling: waar mogelijk meer psychische problematiek binnen de eerstelijns behandelen

Als eindresultaat van de maatregelen noemden we een GGZ, waarbij zoveel mogelijk mensen met psychische stoornissen in de eerstelijns behandeld zouden kunnen worden. Het bereiken van deze doelstelling zou afgeleid kunnen worden van een toename van verwijzingen door de huisarts naar de andere eerstelijns partijen, een afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ en een toegenomen hulpaanbod/werkwijze die gericht is op het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek.

Landelijk gezien is het aantal *verwijzingen* van huisartsen naar de twee andere eerstelijns kerndisciplines in de GGZ niet of nauwelijks toegenomen tussen 2001 en 2003. Ook in de verwijsstroom naar de tweedelijns is weinig verandering gekomen in die periode. Bovendien zijn er maar beperkte verwijzingen dat er door huisarts, AMW en eerstelijnspsycholoog meer mensen behandeld zijn. Het AMW laat tussen 2000 en 2002 een toename zien in het aantal cliënten dat per instelling in behandeling is genomen en een toename in het aantal cliënten dat via de huisarts bij het AMW is aangemeld. Het - vroege - tijdstip van nameting en het beschikbare databestand (waarin minder dan de helft van alle AMW-instellingen vertegenwoordigd zijn) laat op dit moment niet toe uitspraken over een grotere toename in bepaalde instellingen te bevestigen.

De aard van de *hulpverlening* door huisarts, AMW of eerstelijnspsycholoog is evenmin aan veel verandering onderhevig geweest.

De grootste verandering is gelegen in een toename van kortdurende behandelingen door SPV-en in de eerstelijns GGZ, hetgeen tot stand is gekomen via de consultatieregeling. Binnen een aantal grootschalige projecten heeft dat een omvang aangenomen, waarbij maandelijks honderden patiënten door een SPV in de huisartspraktijk gezien worden. In die zin is het aantal patiënten met psychische stoornissen die binnen de eerstelijns behandeld worden toegenomen duidelijk toegenomen.

Conclusies

- In de verwijsstromen en de aard van de hulpverlening zijn weinig veranderingen opgetreden.
- Op een aantal locaties hebben grootschalige consultatieve projecten, waarbij SPV-en vanuit de tweedelijns GGZ gesitueerd zijn in eerstelijns (huisarts)praktijken, geleid tot een substantiële vergroting van het GGZ-aanbod in de eerstelijns.

8.6 Niet voorziene effecten van de maatregelen

De versterkende maatregelen hebben naast een aantal verwachte effecten ook enkele onvoorziene effecten gehad. Dit geldt met name voor de consultatieregeling.

De positionering van SPV-en in de eerstelijns via de consultatieregeling heeft volgens verwachting de relatie tussen huisartsen en tweedelijns GGZ verbeterd en een aantal gepercipieerde knelpunten in deze relatie weggenomen. De andere kant van de medaille is dat het consultatief contact met de SPV toch relatief vaak eindigt met een advies om naar de tweedelijns GGZ te verwijzen. Dat is op zich een ontwikkeling die niet ingaat tegen de gedachten van de versterkende maatregelen, die bedoeld zijn om waar mogelijk mensen met psychische problemen in de eerstelijns te behandelen, maar waar nodig een goede doorverwijzing te realiseren. Een punt van aandacht is wel dat problemen die veel meer in de psychosociale sfeer (zoals relatie- of schoolproblemen) dan in de sfeer van psychische stoornissen vallen na een consultatief contact met de SPV in 19% van de gevallen worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ (zie ook Verhaak et al., 2003).

Een ander onverwacht en ongewenst neveneffect met enige regelmaat in onze resultaten naar voren komt is de verstoring in de bestaande verhoudingen in de eerstelijns GGZ door de komst van een nieuwe speler via de consultatieregeling, in de vorm van de SPV. Dit geldt in het bijzonder voor de gevallen dat de SPV zich met name op kortdurende behandeling ging toeleggen. De indruk bestaat dat de keus voor de SPV mede gemaakt wordt door de laagdrempelige toegankelijkheid in de huisartspraktijk. Dit zou voor de patiënt minder stigmatiserend zijn. Het is ironisch dat tien jaar geleden precies ditzelfde argument ten aanzien van de eerstelijnspsycholoog gehanteerd werd als voordeel boven het anonieme en stigmatiserende RIAGG. Nu zijn het de eerstelijnspsychologen die zeggen hiervan de dupe te worden.

In de tweede helft van de jaren '90 onderzocht het NIVEL de GGZ-verwijzingen van huisartsen die regelmatig samenwerkten met AMW, huisartsen die een regulier contact met eerstelijnspsychologen hadden en huisartsen die geen regulier eerstelijns-GGZ contact hadden. (Heiligers & Verhaak, 2000). Hieruit bleek dat de reguliere

samenwerking met AMW of eerstelijnspsycholoog een onevenredig grote proportie GGZ- verwijzingen naar die betreffende samenwerkingspartner genereerde. Differentiatie naar aard van de problematiek speelde maar een zeer beperkte rol. Hetzelfde fenomeen lijkt op te duiken met de toevoeging van de SPV in de huisartspraktijk. Ook nu weer blijkt het niet goed mogelijk te differentiëren naar aard van de hulpvraag. Het aanbod, en het gebruikersgemak van het aanbod (zowel voor verwijzer als voor patiënt) bepaalt de verwijsstroom, veel meer dan de aard van de problematiek. Dit heeft consequenties voor het concept van stepped care en ook van vraaggestuurde zorg. We komen hierop terug.

Conclusies

- Het hulpaanbod en het gebruikersgemak daarvan zijn meer bepalend voor de verwijsstromen dan de aard van de problematiek. Dit past niet bij het nagestreefde stepped care principe: eerst zo licht mogelijke hulp proberen. Als gevolg hiervan zien we:
 - a) verwijzing van patiënten met relatief lichte psychosociale problematiek naar de tweedelijns GGZ
 - b) in een aantal gevallen een initiële verstoring in de bestaande verhoudingen tussen huisarts, AMW en eerstelijnspsycholoog door de inzet van een SPV in de eerstelijns.
- Gezien de steeds groeiende vraag naar GGZ-hulp zal het accent niet zozeer moeten liggen op het terugdringen van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, maar op het *gericht* verwijzen.
- Om deze doelstelling te kunnen bereiken zijn duidelijke afspraken nodig over wie welke patiënten kan behandelen.

8.7 Kanttekeningen bij het evaluatieonderzoek, de inzet van maatregelen en het voorgestane beleid

De onderzoeksresultaten laten vooralsnog een aantal nagestreefde effecten van de ondersteunende maatregelen zien, maar op een aantal fronten ook minder verandering dan tevoren verwacht werd. Hierbij zijn kanttekeningen te plaatsen op drie aspecten: onderzoekstechnische kanttekeningen (de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd), kanttekeningen bij de inzet en effectiviteit van maatregelen (de gekozen manier om de doelstelling te bereiken) en kanttekeningen bij de haalbaarheid van het doel op zich. Op alle drie deze aspecten gaan we in deze paragraaf in.

Onderzoekstechnische kanttekeningen

Het programma van maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken is eind 1999 afgekondigd en vanaf 2000 hebben de betrokken partijen de gelegenheid gehad om projecten op te starten, samenwerkingsverbanden aan te gaan en een programma voor kwaliteitsverbetering te ontwikkelen. Op hetzelfde moment moest een evaluatieonderzoek opgezet en ten uitvoer gebracht worden. Deze omstandigheden hebben als gevolg dat de

meeste voormetingen betrekking hebben op een moment tussen 1999 en 2001 en de nametingen op een moment tussen 2002 en 2003.

Als gevolg hiervan liggen de meetmomenten die in het onderzoek gekozen zijn om ontwikkelingen in kaart te brengen vrij dicht op elkaar, wellicht te kort om al veranderingen te kunnen meten als gevolg van het programma.

Veel effecten zullen pas na afloop van de stimuleringsperiode zichtbaar worden omdat de activiteiten op een langere termijn doorwerken op de in dit onderzoek gebruikte uitkomstmaten. Dit geldt onder andere voor de realisatie van kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant, gericht op deskundigheidsbevordering en samenwerking. Deze projecten vergden een doorlooptijd die de tijd van de evaluatieperiode veelal overschreed. Het geldt ook voor het vaststellen van het nuttig effect van de in Korte Lijnen ontwikkelde producten, die pas sinds najaar 2003 geïmplementeerd kunnen worden. De evaluatieperiode was dus – noodgedwongen – te kort om al een volledig beeld te krijgen van de effecten van de maatregelen.

Behalve dat de evaluatieperiode van drie jaar erg kort was, moest er in die periode ook een groot aantal landelijke metingen door een relatief klein team verricht worden. Dit noodzaakte de onderzoekers om een aantal metingen volgtijdelijk te plannen: niet alle nametingen konden in het najaar van 2003 gelijktijdig plaatsvinden waar drie maanden later de analyse en rapportage van alle onderdelen voltooid moesten zijn. Een gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat de "nameting" van eerstelijnspsychologen al in 2002 geschiedde. Een andere consequentie van deze "compressie" van de evaluatie in de tijd is dat bij de opzet reeds besloten was om in zoveel mogelijk gevallen voor voormetingen gebruik te maken van bestaande data. Deze bronnen bleken bij nader inzien soms een aantal vergelijkingspunten te missen.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat met een aantal interventies in eerste instantie slechts plaatselijk is geëxperimenteerd, en dat een landelijke verspreiding van de daar opgedane inzichten pas in een later stadium zal plaatsvinden. De effecten ervan op landelijk niveau kunnen daarom pas op langere termijn worden gemeten. Hoewel we in de analyses geprobeerd hebben toch zoveel mogelijk zicht te krijgen op effecten van deze lokale projecten, blijft het lastig om lokale projecten zoals Korte Lijnen te evalueren binnen de landelijke studie.

Een methodologische kanttekening moeten we plaatsen bij de landelijke resultaten met betrekking tot verwijzingen en hulpverlening bij het AMW. Deze zijn voor een groot deel gebaseerd op een gestandaardiseerd registratiesysteem waarmee AMW-instellingen bijhouden welke cliënten bij hen terechtkomen. Dit systeem is sinds begin negentiger jaren voor heel Nederland uniform en is daarmee een betrouwbare en representatieve informatiebron over het AMW geworden. Echter, anders dan we op basis hiervan verwachtten staan de betrouwbaarheid en representativiteit van de cliëntenregistratie ter discussie. Sinds 2000 hebben namelijk ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in het registratiesysteem. Alle AMW-instellingen moesten overstappen op een elektronische registratie in plaats van de papieren registratie die ze gewend waren, en de opbouw van de informatie is sterk gewijzigd. Het aantal AMW-instellingen dat de cliëntenregistratie heeft bijgehouden is daardoor sterk gedaald: van 101 in 1999 tot 39 in 2000 en 57 in

2002. Bovendien zijn veel AMW-ers nog niet vertrouwd met het nieuwe systeem en de nieuwe opbouw, waardoor de gegevens vanaf 2000 onbetrouwbaarder zijn geworden. We konden daardoor minder inzicht krijgen in de landelijke situatie bij het AMW dan we van tevoren hadden verwacht.

Moeten we twijfels zetten bij de representativiteit van de landelijke AMW-databank, over het werk van eerstelijnspsychologen is landelijk überhaupt geen informatie aanwezig. Wil men over beleidsrelevante gegevens omtrent eerstelijnspsychologen beschikken, dat is men telkens weer genoodzaakt deze groep eerst min of meer betrouwbaar te identificeren om vervolgens de groep in zijn geheel of een steekproef daaruit met een vragenlijst te benaderen. Voor toekomstig inzicht in het functioneren van de eerstelijns GGZ in zijn geheel is het van belang dat er een meer systematisch inzicht komt in de patiëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen, in de verwijfsstromen van en naar de eerstelijnspsycholoog en in hun handelen.

Bij het onderzoek naar lokale projecten kampten de onderzoekers gedurende het eerste jaar met grote problemen om medewerking van hulpverleners ter plaatse te krijgen. Deze medewerking was nodig in de vorm van het bijhouden van registraties, het interviewen van hulpverleners en het insluiten van patiënten. Als gevolg daarvan kon de eerst gekozen opzet van een quasi-effect onderzoek niet gerealiseerd worden en is in tweede instantie gekozen voor een meer procesmatige benadering die uiteraard minder "harde" gegevens opleverde.

Conclusies

- De onderzoeksperiode (tijdsverschil tussen voor- en nameting) kan te kort geweest zijn om veranderingen in te kunnen verwachten.
- De nameting was zo vroeg dat een aantal ingevoerde maatregelen (op het gebied van deskundigheidsbevordering, samenwerkingsprotocollen en formulieren, kwaliteitssystemen) nog niet geïmplementeerd waren.
- Gebruikte landelijke indicatoren kunnen te grofmazig of weinig betrouwbaar geweest zijn om subtiele veranderingen op lokaal niveau te kunnen detecteren.
- Essentiële indicatoren voor verandering in lokale projecten kunnen gemist zijn door de relatief late start van gegevens verzameling in deze lokale projecten.

Kanttekeningen aangaande de inzet van de maatregelen en de context waarbinnen ze ingezet zijn

Het feit dat tot nu toe slechts relatief geringe veranderingen in verwijfsstromen en eerstelijns GGZ hulpverlening zijn aangetroffen kan, naast onderzoekstechnische redenen, ook te maken hebben met de omstandigheden waarbinnen men getracht heeft ze te realiseren.

Zo is het goed stil te staan bij de manier waarop het totale programma aan maatregelen is ingezet. Zoals beschreven in hoofdstuk 7 heeft KPMG in 2002 een aantal belemmeringen geconstateerd in de totale structuur rondom de versterking van de eerstelijns GGZ: eerstelijnspartijen hanteren een verschillende invulling van belangen en

probleemperceptie ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ, de financiële maatregelen hebben een tijdelijk karakter, de maatregelen krijgen vorm vanuit verschillende financieringsstromen, en er is sprake van institutionele verkokering omtrent diverse maatregelen.

In aansluiting daarop bleek uit de regionale casestudies dat er geen beleidsmatige samenwerking en afstemming op regionaal niveau is ontstaan, hoewel partijen er over het algemeen wel over eens zijn dat beleidsmatige samenwerking nodig is voor waarborging van continuïteit van samenwerking op uitvoeringsniveau. Naast de door KPMG geconstateerde knelpunten is het ontbreken van een beleidsplatform op regionaal niveau daaraan debet. Er is gebrek aan regionale coördinatie van de versterking van de eerstelijns GGZ omdat er geen probleemeigenaar is aangewezen die tevens voldoende mandaat heeft om bindende afspraken te maken met regionale partijen. Daardoor is er geen gezamenlijk gedragen visie op de GGZ, waardoor partijen de maatregelen naar eigen inzicht aanwenden. Op beleidsniveau worden partijen soms aangestuurd door de gemeenten, sommige zijn afhankelijk van afspraken met zorgverzekeraars, weer anderen zijn kleine zelfstandige. Garanties voor blijvende extra inzet of voor specifieke inzet voor AMW ten behoeve van eerstelijns GGZ zijn bijvoorbeeld moeilijk afdwingbaar of controleerbaar wanneer op plaatselijk niveau niet een structuur aanwezig is die het nakomen van dergelijke afspraken in de gaten houdt.

Daarnaast zijn verschillende werkgebieden en verschillen in organisatiegraad en organisatiecultuur tussen eerstelijnsdisciplines belemmerende factoren om tot beleidsmatige samenwerking te komen. Sommige partijen zijn sterk geïnstitutionaliseerd en kunnen terugvallen op een staf die op beleidsniveau kan onderhandelen en afspraken maken, andere zijn alleen maar in een los verband georganiseerd en moeten onderhandelingen bij wijze van spreken in hun vrije tijd voeren.

In het onderzoek op regionaal en lokaal niveau kwam ook herhaaldelijk naar voren dat de stortvloed aan stimuleringsmaatregelen en subsidiemogelijkheden in het veld niet te overzien was. Vaak had men het gevoel dat men per toeval in een bepaalde regeling "terecht kwam" en men had geen idee van andere maatregelen die ook speelden. De indruk bestaat dat het in sommige regio's lang duurde voor er iets van de grond kwam terwijl in andere regio's sprake was van een cumulatie van experimenten en stimulering. Voor een deel heeft dit gelegen aan al bestaande goede samenwerking tussen GGZ-partijen. In die gevallen profiteren de sterksten dus het meest. Voor een ander deel heeft het gelegen aan verkokerde berichtgeving omtrent diverse maatregelen.

Landelijke maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ zijn beter te implementeren wanneer op lokaal niveau de verschillende partijen (gemeente, zorgverzekeraars, zorgaanbieders) zich aan de uitvoering ervan gecommitteerd hebben. Hetzelfde geldt voor activiteiten die landelijke koepels op het gebied van samenwerking binnen regio's willen ontplooien. Het is heel goed om daar landelijk middelen beschikbaar voor te stellen en die afhankelijk van de plaatselijke behoeften in te laten vullen, maar er dient op dat plaatselijk niveau een punt van overleg te zijn waar deze initiatieven samenkomen en in onderling overleg tussen de partijen worden gerealiseerd.

Geen van de adviezen heeft hierbij stilgestaan en het is evenmin opgenomen in het programma van maatregelen. Het lijkt erop dat men verwacht heeft dat, door de verantwoordelijkheid bij het veld te leggen, een dergelijke coördinatie vanzelf zou ontstaan. Dit was niet het geval. Meer samenhang wordt niet gecreëerd door uitsluitend kwantitatieve maatregelen te nemen (“een blik SPV-en opentrekken”) of door “1000 bloemen te laten bloeien”.

Conclusies

- Om tot een betere regionale samenwerking op beleidsniveau te komen is het nodig dat op lokaal/regionaal niveau een gedeelde verantwoordelijkheid gevoeld wordt om de versterkende maatregelen te incorporeren.
- Wil men een forum creëren waar bindende afspraken gemaakt kunnen worden, dan is er een instantie nodig die over voldoende gezag beschikt om de relevante partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, plaatselijke overheid, patiënten-vertegenwoordiging) te brengen tot een langdurig beleid op het gebied van de (eerstelijns geestelijke) gezondheidszorg.
- Een dergelijke instantie zou zich als "probleemeigenaar" van een goede organisatie van de eerstelijns GGZ kunnen opwerpen en kunnen zorgen voor een goede coördinatie, afgestemd op de lokale omstandigheden.; er moet op regionaal niveau gewerkt worden aan een gezamenlijk gedragen visie op de versterking van de eerstelijns GGZ.
- Dit wordt bevorderd door een goede communicatie tussen de landelijke koepels en de beroepsbeoefenaren en hun regionale organisaties.

Kanttekeningen bij de nagestreefde doelen op zich

Onderzoekstechnische redenen en aspecten van de invoering van de versterkende maatregelen vormen een deel van de verklaring waarom nog niet alle nagestreefde doelen zijn gerealiseerd. In deze laatste paragraaf willen we de uitgangspunten die zijn nagestreefd of sinds de invoering van de versterkende maatregelen nastrevenswaardig gevonden worden, bezien in het licht van onze onderzoeksresultaten. We gaan hierbij achtereenvolgens in op de uitgangspunten:

- getrapte zorg met de huisarts als poortwachter;
- terugdringen van verwijsstromen door zoveel mogelijk mensen in de eerstelijns te behandelen;
- aanbodgestuurde zorg

Getrapte zorg met de huisarts als poortwachter

De genomen maatregelen waren gebaseerd op de gedachte dat geestelijke gezondheidszorg binnen de gezondheidszorg georganiseerd zou moeten zijn, waarbij de huisarts als poortwachter de eerste opvang zou moeten verzorgen en zo de eerste schakel in een keten zou zijn, geordend van weinig ingrijpend en generalistisch naar steeds meer specialistisch. Als begin van de keten maakt de huisarts een eerste inschatting en behandelt zo mogelijk zelf. Hij wordt in de eerste lijn bijgestaan worden door meer op de GGZ gerichte generalisten als AMW en eerstelijnspsycholoog en heeft de mogelijkheid

om de specialistische GGZ te consulteren. Wanneer alle minder ingrijpende vormen van interventie falen moet hij vlot naar de tweedelijns GGZ kunnen verwijzen.

Uit de niet tevoren voorziene wending die de consultatieregeling in veel gevallen genomen heeft en de effecten daarvan kunnen we afleiden dat deze gedachte zich in de praktijk vaak lastig laat realiseren. Veel huisartsen maken weliswaar via de consultatieregeling gretig gebruik van het aanbod om extra expertise toegevoegd te krijgen vanuit de tweedelijns, maar vullen dit in de praktijk vooral in om patiënten met psychische stoornissen door te sluisen in plaats van de beschikbare expertise te benutten om zelf de patiënt beter te kunnen behandelen. Maar een kwart van eerste consultatieve contacten eindigt in een voortzetting van de behandeling door de consultatievrager, en bij een huisarts als consultatievrager is dit nog minder.

In het slechtste geval werkt de consultatie via de SPV zelfs averechts op het principe van getrapte zorg doordat een bestaande relatie met eerstelijns GGZ partners verstoord wordt door de inzet van een SPV in de eerstelijns. De huisarts wordt dan niet meer in de eerste instantie bijgestaan door generalisten uit de eerstelijns, maar maakt meteen gebruik van een specialistische GGZ-hulpverlener.

De voorkeur van veel huisartsen om liever de behandeling van patiënten met psychische problemen aan een toegevoegd SPV-er over te dragen dan deze te benutten als een expert die de huisarts kan helpen zelf de behandeling voort te zetten, laat zich verklaren uit de sterk afgenomen taakopvatting van huisartsen op het gebied van behandeling van psychische problemen (v.d. Berg et al., 2004). En dit laat zich weer verklaren uit het geconstateerde tekort aan huisartsen, met het daaruit voortvloeiende ervaren tijdgebrek om tijdrovende GGZ-problematiek te behandelen.

De aanwezigheid van een tweedelijns SPV in de eerstelijns is in principe niet in strijd met het principe van getrapte zorg. Integendeel, consultatie (in de zin van raadpleging) van specialistische expertise wordt juist gezien als een stap tussen het zelf behandelen en het doorverwijzen naar de specialist. Maar er moet dan voor gewaakt worden dat de te raadplegen specialist te snel de behandeling overneemt. In de door ons bestudeerde praktijk kwam het ook voor dat de toegevoegde SPV geïntegreerd werd in een bestaand eerstelijns team (met name met behulp van extra begeleiding, bijvoorbeeld een coördinator vanuit diabologelden). Op zo'n wijze bleek het beter mogelijk om de principes van getrapte zorg te realiseren

Uiteraard kan men ook kiezen voor de SPV die in de eerstelijns-setting kortdurende behandeling en eventuele doorverwijzing als taak heeft. Men moet zich dan wel realiseren dat dat in de toekomst een veelvoud van het huidig aantal ingezette SPV-en zou vergen, aangezien thans maar een beperkt aantal praktijken bereikt worden en het te verwachten is dat een dergelijk aanbod, eenmaal aanwezig, ook nog een nieuwe, thans nog latente vraag om hulp op zal roepen.

Terugdringen van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ

Wat betreft de verwachte afname van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ is het de vraag of dit een realistische doelstelling was. Door de zeer grote zorgbehoefte die nog niet in een vraag geresulteerd heeft (Bijl et al. 2000) valt te verwachten dat verwijsstromen naar GGZ-hulpverleners in zijn algemeenheid zullen toenemen. Het accent zal daarom niet zozeer moeten liggen op het *terugdringen* van verwijsstromen naar

de tweedelijns GGZ, maar op het *gerichter* verwijzen. Wanneer er duidelijke afspraken zijn over wie welke patiënten kan behandelen kan deze doelstelling beter worden gerealiseerd. AMW, eerstelijnspsycholoog en SPV kunnen elkaar dan meer gaan aanvullen in plaats van te functioneren als elkaars concurrerende disciplines.

Aanbodgestuurde zorg of vraaggestuurde zorg?

De adviezen en genomen maatregelen hadden alle een aanbodgerichte zorg als referentiekader. Ze hadden betrekking op vergroting of verplaatsing van het aanbod. We hebben in het bovenstaande gezien dat uitsluitend stimulering van het aanbod niet tot de gewenste verandering op alle fronten leidt.

In plaats van aanbodgestuurde zorg, is de huidige beleidstendens om veel meer tot vraaggestuurde zorg te komen en de markt zijn werk te laten doen.

Vraaggestuurde zorg kan op verschillende manieren ingevuld worden. De NPCF (200?) bepleit dat bij vraagsturing de regie bij de zorggebruiker ligt. De zorggebruiker geeft aan hoe de integratie en verstrekking van voorzieningen op individueel niveau gestalte krijgt. Hiervoor is het noodzakelijk dat de positie van de zorggebruiker versterkt wordt. De NPCF pleit in dat kader voor persoonsgebonden budgetten en onafhankelijke ondersteuners als adviseur van de cliënt. Hiervoor valt veel te zeggen en de Stuurgroep tussen de Lijnen heeft op de NPCF aanbevelingen positief gereageerd. Daarbij is echter onder andere de kanttekening gemaakt dat ten behoeve van een betere positie van de gebruiker de hulpverleners nadrukkelijker leemtes in het zorgaanbod dienen te signaleren en die via de geëigende kanalen aan de orde te stellen.

Het overheidsvoornemen tot vraaggestuurde zorg lijkt meer samengevat te worden door "de markt zijn werk laten doen". De regie ligt theoretisch dan wel bij de zorggebruiker die in abstracto "de markt" vormt, maar in de praktijk ligt de regie dan veel meer bij de zorgverzekeraar die zo goedkoop mogelijk de meest gewenste zorg moet inkopen.

Daarom moeten er bij het creëren van vraaggestuurde zorg in de eerstelijns GGZ een aantal omstandigheden in acht genomen worden.

Er moet voor gezorgd worden dat er een voldoende en een veelzijdig aanbod aan generalistische en specialistische hulp "gecontracteerd" wordt, zodat de gebruiker ook werkelijk iets te kiezen heeft. Er moet voor gewaakt worden dat er in ieder geval een vangnet aanwezig blijft voor degenen die er niet voor kiezen zich tijdig bij te verzekeren. Een laatste probleem dat in verband met meer marktwerking kan worden genoemd, is dat marktwerking concurrentie tussen diverse zorgaanbieders vooronderstelt, terwijl b.v. getrapte zorg, zoals eerder omschreven, juist samenwerking tussen die verschillende zorgaanbieders nodig heeft.

Pure aanbodregulering leidt ertoe dat het aanbod de vraag schept en dus tot ongewenste neveneffecten. Pure vraagsturing, in de zin van marktwerking, stuit op het probleem dat de gebruiker niet direct de inkoop van zorg bepaalt, maar de zorgverzekeraar als intermediair heeft.

Vandaar dat gezocht moet worden naar een tussenweg, waarbij de door de Stuurgroep aanbevolen signaleringsfunctie van hulpverleners een rol kan spelen. Er zou voor de eerstelijns GGZ gestreefd moeten worden naar een gereguleerde marktwerking. Deze regulering zou op decentraal niveau, de zorgregio bijvoorbeeld, plaats moeten vinden. Op dit regionale niveau zouden afspraken tussen betrokken partijen gemaakt moeten worden over onderlinge samenwerking, waarbij op basis van goed gedefinieerde indicaties zorg

van de ene naar de andere hulpverlener wordt overgedragen. Hiermee zou in ieder geval de overgang van generalistische naar specialistische zorg gereguleerd moeten blijven; het lijkt voor de hand liggend dat de huisarts in deze poortwachter blijft. Er zou op dit niveau toezicht moeten zijn op voldoende beschikbaarheid van hulpverleners van diverse pluimage waaruit de klant een redelijke keuze kan maken. De hulpverleners zouden onderling op een "eerlijke" wijze moeten kunnen concurreren, dus er kan geen sprake zijn van een zwaar gesubsidieerde inzet van één type die ten koste gaat van vrije beroepsbeoefenaren die op basis van reële kosten moeten declareren. En er zou op dat regionale niveau bewaakt moeten worden dat er ten minste voldoende vangnet aanwezig is.

Conclusies

- Het principe van getrapte zorg, waarbij de huisarts als poortwachter signalering en zo mogelijk diagnostiek en behandeling doet laat zich niet goed verenigen met een gemakkelijk toegankelijk (goedkoop, goed bereikbaar) aanbod aan specialistische expertise in de huisartspraktijk.
- Wil men zo'n specialistisch aanbod dicht bij de eerstelijns hebben en toch zoveel mogelijk van de behandeling door de eerstelijns GGZ laten geschieden, dan moet extra inspanning aan de coördinatie ter plaatse besteed worden.
- In de toekomst zal de aandacht minder moeten uitgaan naar de hoeveelheid verwijzingen naar de tweedelijns maar vooral naar de kwaliteit van de indicaties van deze verwijzingen.

8.8 Beleidsaanbevelingen

Op grond van de in het voorgaande getrokken conclusies doen we een aantal beleidsaanbevelingen ten aanzien van de eerstelijns GGZ. Deze zijn onderverdeeld in drie dimensies: aanbevelingen ten aanzien van de toekomst van de eerstelijns GGZ op zich, aanbevelingen ten aanzien van toekomstige maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken en aanbevelingen ten aanzien van de evaluatie van de eerstelijns GGZ.

Aanbevelingen ten aanzien van de eerstelijns GGZ op zich

- Creëer herkenbare en aanspreekbare probleem eigenaren. Op lokaal/regionaal niveau moet er een basis zijn die verantwoordelijk is voor een gezamenlijk gedragen visieontwikkeling op en de regionale coördinatie van de versterking van de eerstelijns GGZ. Regiovisies Geestelijke Gezondheidszorg nieuwe stijl zouden hierbij een rol kunnen spelen. De plaatselijke partijen in de GGZ moeten zich verplicht voelen zich daaraan te committeren.
- Eerstelijns GGZ of psychosociale hulpverlening dient als verstrekking in het basispakket opgenomen te zijn. Hoe deze verstrekking wordt ingevuld is aan de plaatselijke zorgfinancier. Er moeten duidelijke functionele omschrijvingen komen van de bijdrage die de verschillende zorgaanbieders in de eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, eerstelijnspsycholoog, SPV) zouden kunnen bieden.

- Stem de financiering van de patiëntenzorg van de verschillende disciplines beter op elkaar af.
- Besteed langdurige en consistente aandacht aan de versterking van de eerstelijns GGZ.
- In het kader van het streven naar vraaggestuurde zorg moet vastgesteld worden welke functie "eerstelijns" genoemd kan worden.
- Bij het ontwikkelen van een productgerichte financiering (nodig voor een vraaggerichte zorg) moet ervoor gewaakt worden dat mensen met een complexe zorgvraag die meerdere producten in een onderlinge samenhang behoeven, niet buiten de boot vallen.
- Gestreefd zal moeten worden naar een gereguleerde vraagsturing, waarbij de beschikbaarheid van een gedifferentieerd aanbod gegarandeerd is en er sprake kan zijn van onderlinge afstemming tussen meer generalistische en meer specialistische GGZ.

Aanbevelingen ten aanzien van specifieke versterkende maatregelen

- Faciliteer plaatselijke samenwerking door op regionaal niveau coördinatoren met een zeker gezag aan te stellen en stimuleer daarbij het gebruik maken van de thans al ontwikkelde know-how en ondersteuning (protocollen, formulieren, richtlijnen)
- Zorg dat de betrokken partijen op regionaal niveau (individuele beroepsbeoefenaren, regionale beroepsverenigingen, gemeenten, zorgkantoren) goed zijn geïnformeerd over alle maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ.
- Verwijder schotten die de samenwerking belemmeren: verschillende geldstromen, verschillende niveaus van belangenvertegenwoordiging, verschillende niveaus van professionaliteit m.b.t. belangenvertegenwoordiging.
- Steek energie in *structurele* financiering van GGZ-netwerken, zowel binnen de eerstelijns als tussen eerste- en tweedelijns GGZ.
- Maak alle eerstelijns GGZ-disciplines optimaal toegankelijk en in positie gelijkwaardig door ook de eerstelijnspsycholoog te vergoeden en diens regionale organisatiegraad te versterken.
- Stimuleer plaatselijke samenwerkingsverbanden op eerstelijns hulpverleningsniveau (b.v. door overlegtijd duidelijker in honoraria op te nemen of daar eisen aan te stellen bij het contracteren).
- Besteed bij de deskundigheidsbevordering van huisartsen en AMWers aandacht aan het stimuleren van de bereidheid om extra tijd te investeren in het volgen van GGZ-nascholing.
- Bewaakt moet worden dat de in gang gezette consultatieve projecten vanuit de GGZ na afloop van de projectfinanciering op reguliere basis worden voortgezet.

Aanbevelingen ten aanzien van de evaluatie van de eerstelijns GGZ

- De huidige in gang gezette ontwikkelingen om de kwaliteit van GGZ, geleverd door huisartsen, AMW en eerstelijnspsycholoog te bevorderen, moeten voortgezet worden en in de toekomst nader geëvalueerd op de bereikte effecten.
- De metingen die in het kader van deze evaluatiestudie gedaan zijn, zullen de komende jaren periodiek herhaald moeten worden, om verder inzicht in hun effecten te krijgen.
- Het verdient aanbeveling om te komen tot een landelijke databank van representatieve gegevens omtrent cliënten en verrichtingen van eerstelijnspsychologen.

Referenties

- Andrews G, Henderson S (2000). Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bijl RV, Ravelli A (2000). Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health*; 90(4):602-607.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J (2004) van der. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht, Nivel,
- Bosman M, Lange J de (2002). De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Donker MCH (1990). Principes en praktijk van programma-evaluatie: opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NcGv.
- IJland CM, Drouven LE (2002): Evaluatie project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen. Enschede: Hoeksma, Homans & Mentink.
- König-Zahn C, Furer FW, Tax B, Berg JFM vd, Rijnders CATH, Rijswijk E van, Zandstra SM (red) (1999). Regioproject Nijmegen 2. Psychiatrische morbiditeit in de regio. KU Nijmegen, Nijmegen.
- Kornalijslijper N, Schoenmakers CJHH, Smeets KAPW (2004). Evaluatie beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in vijf zorgregio's. Onderzoek in kader van Versterking Eerstelijns GGZ (Concept). Den Haag: SGBO.
- KPMG (2002). Probleem en oplossing dicht bij elkaar. Evaluatie van rollen en verantwoordelijkheden van participanten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. KPMG.
- Landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). Zorg van velen. Den Haag: VWS.
- LHV, VOG, LVE (2000). De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Utrecht/Amsterdam: LHV/VOG/LVE.
- Marwijk H van. (1995) Depression in the elderly as seen in general practice. Prevalence, diagnosis and course. Ac Proefschrift Leiden, Leiden.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Scholten M, Pols J, Valenkamp MW, Kornalijslijper N, Smeets KAPW (2003). Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een beleidsprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te versterken. Tweede Interim Rapportage: maart 2003. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM (2004). Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eindrapportage maart 2004. Utrecht: NIVEL.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997. Den Haag: Sdu-uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998). Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag: Elkerhout.
- Ormel J, Brink Wvd, Koeter MWJ, Giel R, Meer Kvd, Willige G et al. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med*; 20:909-923.
- Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Gray DP (1994). *Psychiatry and general practice today*. Londen: Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (1998). Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw. Zoetermeer: RVZ.
- Rijk K de, Verhaak P, Tiemens B, Vries W de, Kerssens J, Hutschemaekers G (1999). *Tussen de Lijnen. Achtergrondstudie bij de beleidsvisie GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut/NIVEL.
- Ruwaard D, Kramers PGN (red.) (1997). *Volksgezondheid. Toekomstverkenning 1997. De som der delen*. Bilthoven: RIVM; Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Scholte M, Voordouw I, Berg J van den, Sok K. (2003). *Evaluatieverslag Korte Lijnen. Eerste ronde*. Utrecht: Trimbos/NIZW
- Scholten M, Pols J, Drost Y, Ruiter C de (2004). *Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op het lokale niveau (Concept)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stake RE (1967) Countenance of educational evaluation. *Teachers College Record*: 68, 7, 523-540.
- Verhaak PFM, Vonk E, Zantinge EM, Berg JF van den, Voordouw I (2003). *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve projecten 2003*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut.
- Verhaak PFM (1995). *Mental disorder in the community and in general practice*. Aldershot: Avebury.
- Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R (2002). *De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête*. Nijmegen: WOK.
- VonKorff M, Tiemens BG (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med*; 172:133-137.
- Zantinge EM, Verhaak PFM (2004). *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (2000-2003). Steunpunt tussen de Lijnen*. Utrecht: NIVEL.

Afkortingenlijst

GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
ELP	Eerstelijnspsycholoog
HHM	Hoeksma, Homans & Mentink (Adviesbureau)
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
KPMG	Consulting bureau
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LVE	Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen
MO-groep	Maatschappelijke Ondernemersgroep (voorheen VOG)
NIVEL	Nederland Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROAM	Regionaal Overlegorgaan van het AMW
ROEP	Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau van de VNG
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOG	Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang (nu: MO-groep)
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (Centre of Quality of Care Research)

Bijlage 1 Samenstelling Stuurgroep tussen de Lijnen

- Landelijke huisartsen vereniging
- Toenmalig VOG (thans MO-groep), de koepel van AMW instellingen
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
- GGZ-Nederland
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychiaters
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
- Federatie Verpleegkundigen GGZ
- Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
- Nationale Patiënten/Consumenten Federatie
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Zorgverzekeraars Nederland
- Projectleider diabolo-project
- VWS (adviseur)
- Steunpunt Tussen de Lijnen (adviseur)