



Dit rapport is uitgegeven door het Nivel in 2002. De gegevens mogen met bronvermelding (Evaluatie versterking eerstelijns GGZ, NIVEL: S.A. Meijer, E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, SGBO: N. Kornalijnslijper, K.A.P.W. Smeets, C.J.H.H. Schoenmakers ) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie @nivel.nl.

## **Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren**

**Eerste Interim Rapportage: maart 2002**

NIVEL:  
S.A. Meijer  
E.M. Zantinge  
P.F.M. Verhaak

SGBO:  
N. Kornalijnslijper  
K.A.P.W. Smeets  
C.J.H.H. Schoenmakers

NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Tel. 030 27 29 700 - Fax 030 27 29 729

SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten  
Postbus 30435- 2500 GK Den Haag-Tel. 070 37 38 372 - Fax 070 36 39 345

ISBN 90-6905-565-1

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt 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 bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

Dit rapport betreft een evaluatie-onderzoek naar de maatregelen die het ministerie van VWS heeft ingezet om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te versterken. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS en loopt van januari 2001 tot april 2004. Over het onderzoek wordt jaarlijks gerapporteerd aan de door VWS ingestelde Stuurgroep Tussen de Lijnen. In de Stuurgroep zijn betrokken veldpartijen, zorgverzekeraars, consumenten en belanghebbende beleidsorganen vertegenwoordigd. Deze rapportage is de eerste van de drie geplande jaarrapportages; de volgende zijn in maart 2003 en maart 2004. Deze eerste interim rapportage kan worden beschouwd als een voormeting van het evaluatie-onderzoek. Het onderzoek geschiedt door het Nivel, in samenwerking met het Trimbos-Instituut en SGBO (Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten). Hierbij moet opgemerkt worden dat over de bijdrage van het Trimbos-instituut in deze interim-rapportage nog geen verslag wordt gedaan; deze zal pas in de rapportages van 2003 en 2004 aan de orde komen.

Naast het in deze rapportage beschreven onderzoek heeft adviesbureau KPMG de structuur rondom de voorgenomen versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg geëvalueerd. Dit deel van het onderzoek kon niet worden uitgevoerd door het Nivel, SGBO en het Trimbos-Instituut omdat de organisaties zelf deel uitmaken van de structuur. Het onderzoek van KPMG is daarom een afzonderlijke en onafhankelijke bijdrage aan de eerste rapportage.

Ten behoeve van deze interim-rapportage werden gegevens verzameld over het algemeen maatschappelijk werk (AMW), eerstelijnspsychologen en huisartsen. Voor wat betreft het AMW is door het Nivel een enquête afgenomen onder AMW-instellingen. Voorts werd ons inzage verleend in de bestaande cliëntenregistratie van het AMW, beheerd door de stichting Symbiose, onder verantwoordelijkheid van de MO-groep (voorheen VOG). M. Schrijver, werkzaam bij Symbiose, was hierbij behulpzaam. SGBO heeft een deelonderzoek uitgevoerd onder Nederlandse gemeenten om de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel te evalueren, een maatregel om de rol van het AMW als eerstelijns GGZ-partner te versterken. Een groot deel van de gegevens over huisartsen is verzameld in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsen (WOK) uit Nijmegen. De personen van het WOK die zich hiermee bezig hebben gehouden zijn M. Laurant, A. Visscher, G. Schattenberg en R. Grol.

Voor informatie over eerstelijnspsychologen is gebruik gemaakt van een enquête die in 1998 door het Trimbos-Instituut is uitgevoerd, te weten door M. Wentink, M. van Hattum, K. van de Camp en G. Hutschemaekers.

Naast bovengenoemde dataverzameling is ook schriftelijke documentatie verzameld over de

uitwerking van de versterkende maatregelen per discipline. Daaraan hebben verschillende personen hun medewerking verleend die wij hiervoor willen bedanken: P. de Knecht van VWS (Stimuleringsmaatregel AMW), P. Groen (eerstelijnspsychologen), C. Yland van adviesbureau Hoeksma, Homans en Mentink (onderzoek eerstelijnspsychologen), H. van der Lee (AMW), K. Blanken (huisartsen en project Korte Lijnen), en C. Boer (Diabolo-project). Tot slot willen we alle leden van de begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, Landelijke Huisartsenvereniging, Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen, MO-groep/AMW, GGZ Nederland, Nivel en het Trimbos Instituut bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond van het onderzoek	7
1.2 Onderzoeksopzet	9
1.3 Inhoud van dit rapport	12
<b>2 Methode</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Landelijke dataverzameling	15
2.2.1 Algemeen maatschappelijk werk	15
2.2.2 Eerstelijnspsychologen	20
2.2.3 Huisartsen	21
2.2.4 Registratie consultatieve projecten	21
2.3 Regionale dataverzameling	22
2.4 Data-analyse	22
2.5 Samenvattend overzicht	23
<b>3 Beschrijving en inzet van geëffectueerde maatregelen</b>	<b>25</b>
3.1 Inleiding	25
3.2 Overzicht van door VWS ingezette maatregelen	25
3.3 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW	27
3.3.1 Inleiding	27
3.3.2 Beschrijving van de maatregel	27
3.3.3 Inzet op gemeentelijk niveau	28
3.3.3.1 Resultaten VWS-documentatie	28
3.3.3.2 Resultaten enquête onder gemeenten	30
3.3.4 Inzet op instellingsniveau	34
3.3.5 Conclusies inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel	39
3.4 Consultatieregeling	40
3.5 Samenwerkingsconvenant ter versterking eerstelijns GGZ	42
3.5.1 Inleiding	42
3.5.2 Uitwerking samenwerkingsconvenant door de MO-groep	42
3.5.3 Uitwerking samenwerkingsconvenant door LVE	44
3.5.4 Uitwerking samenwerkingsconvenant door LHV	46
3.5.5 Uitwerking samenwerkingsconvenant via 'Korte Lijnen'	46
3.6 Onderzoek eerstelijnspsychologen	47
3.7 Ondersteuning huisartsen	49

3.8	Diabolo-project	50
3.9	Samenvatting en conclusies	51
<b>4</b>	<b>Stand van zaken vóór de versterkende maatregelen</b>	<b>53</b>
4.1	Voormeting rechtstreekse indicatoren	53
4.1.1	Inleiding	53
4.1.2	Capaciteit	54
4.1.2.1	Capaciteit AMW	54
4.1.2.2	Capaciteit eerstelijnspsychologen	56
4.1.3	Deskundigheidsbevordering	57
4.1.3.1	Deskundigheidsbevordering AMW	57
4.1.3.2	Deskundigheidsbevordering huisartsen	59
4.1.4	Samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweede lijn	61
4.1.4.1	Samenwerking vanuit AMW	61
4.1.4.2	Samenwerking vanuit huisartsen	66
4.1.5	Samenvatting en conclusies m.b.t. rechtstreekse indicatoren	71
4.2	Voormeting indirecte indicatoren van versterking eerstelijns GGZ	73
4.2.1	Inleiding	73
4.2.2	Kenmerken hulpverlening	73
4.2.2.1	Kenmerken hulpverlening AMW	73
4.2.2.2	Kenmerken hulpverlening eerstelijnspsychologen	78
4.2.3	Patiëntenstromen	82
4.2.3.1	Patiëntenstromen AMW	82
4.2.3.2	Patiëntenstromen eerstelijnspsychologen	85
4.2.3.3	Patiëntenstromen huisartsen	86
4.2.4	Samenvatting en conclusies voormeting van indirecte effecten op versterking EGGZ	88
<b>5</b>	<b>Beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau</b>	<b>91</b>
5.1	Inleiding	91
5.2	Beschrijving case-regio's	92
5.3	Wat merken de verschillende partijen in de regio's van het programma Versterking eerstelijns GGZ	93
5.4	Samenwerking in de regio's ter versterking van de eerstelijns GGZ	95
5.4.1	Case A	95
5.4.2	Case B	96
5.4.3	Case C	97
5.4.4	Case D	99
5.4.5	Case E	100
5.5	Relatie Programma Versterking eerstelijns GGZ en ontwikkelingen in lokaal/regionaal beleid per regio	100
5.6	Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ	100
5.7	Ervaringen en knelpunten/positieve ervaringen	101
5.8	Samenvatting	101
5.9	Conclusies	102
<b>6</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>103</b>
	<b>Referenties</b>	<b>113</b>
	<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>117</b>



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het onderzoek

Psychische problemen 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 (Ruwaard & Kramers, 1997). Ondanks dit grote beslag dat psychische problemen klaarblijkelijk reeds op de gezondheidszorg doen, blijkt 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 e. a., 2000).

In de periode 1989 - 1996 heeft weliswaar een groei van de beschikbare capaciteit in de specialistische GGZ plaatsgevonden, maar deze ging gepaard met een vergelijkbare groei in de hulpvragen, zodat per saldo de druk op de specialistische GGZ even groot bleef. De capaciteit in de eerstelijns om psychische problemen op te vangen (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog) bleef in die periode absolute termen redelijk constant (De Rijk e.a.,1999).

De beleidsmatige aandacht voor de mogelijkheden van de eerstelijnszorg bij de opvang van een deel van de psychische stoornissen, die na de zogenaamde Nieuwe nota GGZ in 1984 verflauwd was, kreeg door deze ontwikkelingen een nieuwe impuls. In 1997 constateerde de minister dat er sprake was van een snel stijgende vraag naar GGZ-hulp en dat voorzien werd dat deze tendens zich zal voortzetten. Om aan de toenemende hulpvraag te voldoen werden een aantal maatregelen in het vooruitzicht gesteld waarbij de versterking van de eerstelijns en de poortwachtersfunctie van de huisarts een centrale plaats innemen (Brief Geestelijke Gezondheidszorg, 1997).

De drie eerstelijnspartijen reageerden hier in principe positief op, maar plaatsten wel een aantal kanttekeningen. In de visie op de eerstelijns-GGZ die Landelijke Huisartsen Vereniging, VOG/AMW en Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen in 2000 publiceerden, noemden ze onder meer de volgende knelpunten (LHV e.a., 2000):

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

In de beleidsvisie GGZ van 1999 worden de voornemens uit de Brief Geestelijke Gezondheidszorg uit 1997 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 AMW en eerstelijnspsycholoog.

Men wil in overleg met de betrokken partijen komen tot kwalitatieve en kwantitatieve versterking van de eerstelijns door:

- bevorderen van samenwerking tussen huisarts, AMW 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
- bezien of de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfonds ondergebracht zou moeten worden.

Deze beleidsvoornemens werden in de periode 1999-2001 gematerialiseerd in een aantal ondersteuningsmaatregelen. Deze ondersteuningsmaatregelen zijn in deze studie object van onderzoek. In hoofdstuk 3 worden ze in detail beschreven.

Teneinde draagvlak voor de maatregelen te creëren en de regie bij de betrokken partijen te leggen heeft VWS een “Stuurgroep tussen de Lijnen” ingesteld. In deze Stuurgroep zijn betrokken veldpartijen, zorgverzekeraars, consumenten en belanghebbende beleidsorganen betrokken. Ze bestaat uit vertegenwoordigers van:

- Landelijke huisartsen vereniging (LHV)
- Toenmalig VOG (Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang,, thans Maatschappelijke Ondernemersgroep ofwel MO-groep genoemd), de koepelorganisatie van AMW instellingen
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
- 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
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

De Stuurgroep heeft als haar missie geformuleerd om het beleidsstreven van versterking van de eerstelijns-GGZ in de praktijk mogelijk te maken.

Binnen de Stuurgroep worden de verschillende maatregelen ter bevordering van de GGZ in de eerstelijns besproken en aangestuurd. De Stuurgroep fungeert onder meer als platform waarbinnen de activiteiten van diverse initiatieven die deze bevordering nastreven op gezette tijden worden besproken. Onder deze initiatieven kunnen gerekend worden:

- Het “Steunpunt Tussen de Lijnen”: een samenwerkingsverband van Trimbos-instituut en Nivel dat ondersteuning biedt aan consultatieve projecten tussen specialistische GGZ instellingen en eerstelijns-hulpverleners. Deze consultatieve projecten zijn ook onderwerp van deze evaluatiestudie en worden in hoofdstuk 3 nader beschreven

- Het “Diabolo-project”, dat zich richt op ‘good practices’ en nieuwe initiatieven in het werkveld die aan een van de andere stimuleringsregelingen ontsnapt zijn
- De Stuurgroep is ook het forum waaraan jaarlijks over het onderhavige onderzoek wordt gerapporteerd.

Daarnaast zijn er andere initiatieven ter versterking van de eerstelijns-GGZ die onder auspiciën van (een van de) drie kerndisciplines worden uitgevoerd. Genoemd moeten worden:

- De verbetering van de GGZ door huisartsen, waarvoor NHG/LHV een programma hebben ontwikkeld, dat door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) wordt uitgevoerd. Daar waar overlap met de onderhavige studie zou dreigen wordt samengewerkt met de WOK
- De verbetering van samenwerking tussen de drie kerndisciplines in het zogenaamde “Korte Lijnen Project”
- De programma’s die MO-groep en LVE hebben opgezet om de kwaliteit binnen de succesvolle beroepsgroepen op te zetten.

De studie waarvan deze rapportage de eerste tussentijdse rapportage is, heeft als onderwerp het geheel aan maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ. De inzet van middelen op al deze initiatieven wordt meegenomen in deze studie. Omdat alle initiatieven ook een eigen evaluatieplicht hebben ten opzichte van de subsidiegever zal ook elders m.b.t. specifieke uitkomstparameters over deze initiatieven gerapporteerd worden.

VWS heeft niet alleen opdracht gegeven om de effecten van het gehele pakket aan maatregelen te bestuderen, maar ook om inzicht te verschaffen in de wijze waarop de gehele aansturing rond dit pakket aan maatregelen gestalte heeft gekregen. Daarmee zijn, behalve de maatregelen van VWS, ook het functioneren van de Stuurgroep (die het onderzoek faciliteert en aan welk orgaan de onderzoekers rapporteren) en de positie van de onderzoekers zelf object van onderzoek. Omdat de onderzoekers moeilijk zichzelf kunnen onderzoeken is aan een externe partij, het bureau KPMG, opdracht gegeven om over dit aspect hun licht te laten schijnen. Hiertoe heeft KPMG het afgelopen jaar gesprekken met diverse betrokkenen gehouden en de resultaten daarvan teruggekoppeld naar de Stuurgroep en de onderzoekers. De Stuurgroep heeft daar in eerste instantie haar reactie op gegeven en zal de daaruit resulterende eindrapportage, die bij deze tussen-rapportage gevoegd is, betrekken bij haar toekomstig functioneren.

Zoals gezegd is deze tussentijdse rapportage het eerste verslag van een evaluatiestudie waarin de bovengeschetste beleidsmaatregelen geëvalueerd worden. In de volgende paragraaf is de opzet van deze evaluatiestudie uiteengezet.

## 1.2 Onderzoeksopzet

De evaluatie van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ is beter als een onderzoeksprogramma dan als één enkel onderzoek te betitelen. Alvorens dit programma toe te lichten, willen we eerst enige randvoorwaarden aanstippen, waaraan het zou moeten voldoen in de ogen van de opdrachtgever, het ministerie van VWS.

Het onderzoeksprogramma zou zodanig van karakter moeten zijn, dat er tussentijdse rapportage mogelijk zou zijn, op basis waarvan beleidsmakers hun beleid kunnen bijsturen. Het moest dus geen interventie-onderzoek zijn, waarbij vier jaar op de resultaten zou moeten worden gewacht en tussentijdse interventie juist uit den boze zou zijn omdat het de onderzoeksopzet zou verstoren.

Voorts werden een aantal specifieke punten geformuleerd waarop het onderzoek een antwoord zou moeten geven. Het onderzoeksprogramma zou inzicht moeten verschaffen in de volgende aspecten:

- Aanbod en gebruik van consultatiemogelijkheden van de gespecialiseerde GGZ
- De keten van GGZ-aanbod: invloed van de versterking van de eerstelijns GGZ op het aanbod van de gespecialiseerde GGZ en vice versa; ontwikkelingen in de nazorg van cliënten uit de gespecialiseerde GGZ; ontwikkelingen in de verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ
- Initiatieven die regionaal door aanbieders uit de eerste en tweede lijn zelf zijn opgezet en die een positief effect hebben op het ontwikkelen van een kwalitatief en samenhangend GGZ-aanbod
- Aard en effecten van (de inzet van middelen voor) de samenwerking tussen de drie kernpartijen van de eerste lijn op regionaal en lokaal niveau
- De ontwikkelingen binnen de deskundigheidsbevordering van en voor de drie eerstelijns partijen die mogelijk worden door de inzet van extra middelen
- De ontwikkelingen binnen het gemeentelijke beleid voor het AMW als gevolg van de tijdelijke stimuleringsregeling AMW
- De verschillende financieringsstromen van huisarts, AMW en eerstelijns psycholoog
- Verhouding tussen vraag en aanbod van psychische hulp door huisartsen, AMW en eerstelijns psychologen, de mogelijkheden voor huisartsen om binnen de eerste lijn door te verwijzen en de regionale verschillen daarin
- Gevolgen van de versterking van de eerstelijns GGZ voor patiëntenstromen op lokaal/regionaal niveau
- Gevolgen van de versterking van de eerstelijns GGZ voor taakverzwaring voor huisartsen; knelpunten en aandachtspunten
- De relatie met andere maatregelen en activiteiten die mede van invloed (kunnen) zijn op de versterking van de eerstelijns-GGZ (lokale initiatieven, fto-verband etc.).

Met inachtneming van deze verlangens moet het onderzoeksprogramma als geheel antwoord geven op de twee volgende hoofdvragen:

A: Leiden de versterkende maatregelen tot een meer samenhangende eerstelijns GGZ ?

B: Welke strategieën zijn meer of minder effectief om een samenhangende eerstelijns GGZ tot stand te brengen?

Vraag A laat zich beantwoorden met behulp van programma-evaluatie. In het geval van programma-evaluatie beziet men systematisch in welke mate de diverse middelen, waarmee de beoogde doelen gerealiseerd kunnen worden, zijn ingezet, en vervolgens of de daadwerkelijke inzet van middelen ook tot de beoogde doelen geleid hebben. In een programma-evaluatie staat de evaluatie in dienst van de ontwikkeling en verbetering van het programma. In enkele feedback-rondes wordt beoordeeld of het programma voldoet aan het vooraf vastgestelde doel; de ontwikkeling van een samenhangende eerstelijns GGZ. Met de programma-evaluatie is het mogelijk om vast te stellen of voorgenomen ingrepen zodanig zijn uitgevoerd als ze bedoeld waren en of ze de verwachte veranderingen met zich mee hebben gebracht. Het is in het algemeen veel lastiger om exact vast te stellen of de gemeten veranderingen nu echt aan de ingreep hebben gelegen of dat er andere trends in de tijd actief geweest zijn. Met vraag A wordt tegemoet gekomen aan de eerste wens van VWS. Jaarlijks wordt zo goed mogelijk gerapporteerd over de stand van zaken, hetgeen de mogelijkheid biedt om tussentijds bij te stellen.

Om vraag B te kunnen beantwoorden is een design vereist waarin op quasi-experimentele wijze een aantal modellen met elkaar worden vergeleken. Met een dergelijke opzet verkrijgt men meer inzicht in het mechanisme dat tot bepaalde veranderingen heeft geleid dan dat bij programma-evaluatie het geval is.

De programma-evaluatie vindt met name plaats op landelijk en regionaal niveau. In het quasi-experimenteel onderzoek worden bij projecten die op lokaal niveau worden uitgevoerd gegevens verzameld. De gegevens uit de landelijke en regionale dataverzameling kunnen inzicht verschaffen in de specifieke context waarbinnen zich een lokaal experiment afspeelt. Het gehele onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd door drie onderzoeksinstituten, Nivel (tevens hoofdaannemer), Trimbos-instituut en SGBO (Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten). Nivel en SGBO voeren de programma-evaluatie uit, Trimbos-instituut is uitvoerder van het quasi-experimenteel onderzoek. We zullen achtereenvolgens de opzet van de programma-evaluatie en het quasi-experimenteel design verder toelichten.

### **Programma-evaluatie**

De set van maatregelen van het ministerie van VWS en de ontwikkelingen en initiatieven in het veld kunnen beschouwd worden als een 'programma' voor de versterking van een eerstelijns GGZ. De beschrijving van de realisatie van deze maatregelen is de eerste stap van de programma-evaluatie.

Het beoogde doel van het programma is om te komen tot een meer samenhangende eerstelijns GGZ. Als indicatoren voor het totstandkomen van een samenhangende eerstelijns GGZ is gekozen voor (vgl. LHV/VOG/LVE, 2000):

- toegenomen capaciteit t.b.v. eerstelijns-GGZ (AMW, Eerstelijnspsychologen)
- toegenomen deskundigheid op GGZ-gebied van eerstelijns-disciplines
- toegenomen samenhang en samenwerking tussen eerstelijns-disciplines
- toegenomen overleg en consultatie en tussen eerstelijnsdisciplines en tweedelijns GGZ
- de aanwezigheid van op schrift vastgelegde afspraken over terugrapportage, bereikbaarheid en beschikbaarheid, afspraken over informatie aan de cliënt, verwijzingen en samenwerking
- behandeling van patiënten op het niveau waar ze, gezien hun problematiek, goed behandeld kunnen worden.

Waar gesproken wordt van toegenomen capaciteit, deskundigheid, etc. wordt bedoeld op een toename na realisatie van het programma ten opzichte van een meetmoment dat vóór de realisatie van het programma ligt. Dit betekent dat de tweede stap in de programma-evaluatie gelegen is in het vaststellen van de status quo met betrekking tot de genoemde indicatoren in de periode 1999-2000: de voormeting. In de loop van het onderzoek zullen dan gegevens verzameld worden m.b.t. deze indicatoren over de periode dat het programma gaandeweg gerealiseerd is: 2001-2003: de nameting.

De gegevens ten behoeve van de voor- en nameting van de diverse indicatoren op landelijk niveau worden ontleend aan de volgende bronnen:

- Enquête onder alle Nederlandse gemeenten (2001/2003 door SGBO)
- Enquête onder alle AMW-instellingen (2001/2003 door Nivel en door MO-groep)
- Enquête onder 1500 huisartsen (2001 door WOK, 2003 door Nivel)
- Enquête onder producenten van GGZ-nascholing t.b.v. huisartsen (2002 door Nivel)
- Enquête onder alle eerstelijnspsychologen (1998 door Trimbos; 2002/2003 door Nivel)
- Registratie van AMW hulpverleningscontacten (1999-2002)

- Gegevens uit de 2<sup>de</sup> Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (2000/2002)
- Gegevens uit de Continue Registratie Peilstations (2000/2002)

Meer gedetailleerde informatie over de meetinstrumenten, voor zover van toepassing op deze rapportage, zijn te vinden in het methode-hoofdstuk (hoofdstuk 2).

De genoemde bronnen hebben allemaal betrekking op gegevens die landelijk verzameld worden. Doordat zowel gegevens met betrekking tot de realisatie van het programma als verzamelde indicatoren in voor- en nameting aan geografische regio's kunnen worden toegedeeld, kan een analyse plaatsvinden, waarin bezien wordt of regio's waarin de versterkende maatregelen een grotere impact gehad hebben ook een grotere verschuiving in indicatoren laten zien.

Behalve een dergelijke regionale analyse van data die over het hele land verzameld zijn, voorziet het onderzoeksprogramma ook in een datacollectie die in de diepte in een vijftal regio's heeft plaatsgevonden. SGBO voert deze case studies uit. Hiermee wordt onderzocht in hoeverre er een onderlinge samenhang bestaat tussen de diverse onderdelen van het geplande programma en het totstandkomen van een samenhangende eerstelijns-GGZ. Een dergelijke analyse levert meer detail-informatie op dan de globale landelijke data ons kunnen verschaffen.

#### **Een quasi-experimenteel onderzoek naar effectieve strategieën**

De programma-evaluatie heeft de beperking dat nog slechts globale criteria voor een samenhangende eerstelijns GGZ kunnen worden vastgesteld. Het is namelijk nog onduidelijk hoe het concept van een eerstelijns GGZ er werkelijk uit moet gaan zien omdat we nog niet weten welke strategieën het meest effectief zijn voor de behandelaars en de patiënten.

Het was de bedoeling dat in dit onderdeel in een quasi-experimentele opzet een aantal strategieën (in de vorm van projecten) zouden worden vergeleken op effectiviteit op het niveau van de zorg en op het niveau van de patiënt. Op het niveau van de zorg zou worden onderzocht of de diagnostiek en behandeling van eerstelijns behandelaars verandert door maatregelen die de eerstelijns versterken. Op het niveau van de patiënt zou worden gekeken naar het effect van de maatregelen op klachten, functioneren en satisfactie. Tevens zouden belemmerende en bevorderende factoren worden onderzocht. Dit onderdeel zou uitgevoerd worden door het Trimbos Instituut.

Inmiddels is echter duidelijk geworden dat deze opzet te ambitieus is. Het bleek niet mogelijk om projecten te vinden die voldoende van elkaar verschilden om een zinvol contrast mogelijk te maken. Het bleek evenmin mogelijk om projecten te vinden waar alle deelnemers bereid waren zich aan een intensief en gecompliceerd onderzoeks-regime te onderwerpen. Op dit moment is het Trimbos-instituut doende voor een gewijzigd en afgeslankt design zoveel animo in het veld te vinden dat een doorstart verantwoord geacht wordt.

### **1.3 Inhoud van dit rapport**

Deze paragraaf is bedoeld om een indruk te geven van hoe dit rapport opgebouwd is. De rapportage heeft zoals hierboven uitgelegd alleen betrekking op de programma-evaluatie, en dus niet op het quasi-experimentele design. Het betreft de situatie na één jaar m.b.t. de volgende onderdelen: inzet van de geëffectueerde maatregelen, de stand van zaken voor de versterkende maatregelen, en de samenwerking op regionaal niveau voor de versterkende

maatregelen. Een schema van het gehele evaluatie-onderzoek is in figuur 1.1 weergegeven. De zwarte rechtgedrukte onderwerpen vormen de inhoud van deze eerste rapportage; de grijze schuingedrukte onderwerpen komen pas in de volgende rapportages aan de orde. De indeling is als volgt: Hoofdstuk 2 is het methodenhoofdstuk en bestaat uit een overzicht van alle databestanden die gebruikt zijn voor dit rapport, met een beschrijving van de manier waarop de gegevens verzameld zijn. De hoofdstukken 3 t/m 6 zijn gebaseerd op (onderdelen van) deze dataverzameling. Bij elk van de genoemde hoofdstukken wordt expliciet aangegeven op welke databestanden ze betrekking hebben, met een verwijzing naar de betreffende sectie van het methodehoofdstuk.

Hoofdstuk 3 begint met een beknopt overzicht van het pakket aan maatregelen die VWS heeft genomen om de GGZ te versterken. In de daaropvolgende paragrafen wordt elk van deze maatregelen gedetailleerd beschreven. Deze beschrijving is voornamelijk gebaseerd op diverse brieven en documentatie van VWS. In hoofdstuk 3 wordt ook ingegaan op de mate waarin de versterkende maatregelen voor de eerstelijns GGZ daadwerkelijk ingezet zijn. Dit betreft in het meeste detail de mate waarin de capaciteitsuitbreiding van het AMW gestalte gekregen heeft. Voorts heeft er een inventarisatie van initiatieven en experimenten op het gebied van samenwerking, plaatsgevonden op basis van gesprekken met sleutelfiguren en documenten.

In hoofdstuk 4 wordt een beschrijving gegeven van wat in feite de voormeting van het evaluatie-onderzoek is. Dit hoofdstuk geeft aan op welke gebieden er effecten te verwachten zijn als gevolg van de maatregelen, en hoe de stand van zaken op deze gebieden was voordat de maatregelen ingezet waren. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen enerzijds gebieden waarop een effect te verwachten is als rechtstreeks gevolg van een specifieke maatregel (§ 4.1), en anderzijds gebieden waarop een effect te verwachten is als indirect gevolg van het totaalpakket aan maatregelen (§ 4.2).

Effecten als rechtstreeks gevolg van specifieke maatregelen kunnen worden opgevat als een tussenstap om het uiteindelijke doel van de maatregelen - een kwalitatieve en kwantitatieve versterking van de eerstelijns - te bereiken. Ze zijn dus geen einddoel op zich, maar scheppen de voorwaarden om het einddoel te bereiken. De belangrijkste voorwaarden om te kunnen komen tot een versterkte eerstelijns zijn een vergroting van de capaciteit, bevordering van deskundigheid en stimuleren van de samenwerking binnen de eerste lijn en met de tweede lijn. Via specifiek daarvoor ingezette maatregelen wordt getracht om deze twee voorwaarden te bereiken. Vergroting van de capaciteit wordt gestimuleerd door de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW, door de vergoeding voor eerstelijnspsychologen onder te brengen bij het ziekenfonds, en door ondersteuning van huisartsen, waardoor zij meer ruimte krijgen om aandacht te besteden aan psychische problematiek van patiënten; deskundigheidsbevordering wordt gestimuleerd door hiervoor gelden beschikbaar te stellen aan elk van de drie beroepsgroepen. Bij zowel het AMW als de eerstelijnspsychologen en huisartsen zijn hiervoor projecten opgestart via het samenwerkingsconvenant; daarnaast is er voor deskundigheidsbevordering van huisartsen nog extra geld beschikbaar gesteld. Samenwerking binnen de eerste lijn wordt gestimuleerd door het project Korte Lijnen en het Diaboloproject. Ook heeft het AMW een cursus opgezet om samenwerking met andere GGZ-hulpverleners te bevorderen. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt rechtstreeks beïnvloed door de consultatieregeling.

Effecten als indirect gevolg van het totaalpakket aan maatregelen vormen een indicatie van de mate waarin een kwantitatieve en kwalitatieve versterking van de eerstelijns is bereikt. In dit rapport zijn hiervoor de volgende indicatoren gebruikt: kenmerken van de hulpverlening en patiëntenstromen. Het gaat hierbij om te verwachten effecten op landelijk niveau.

De resultaten zijn geordend per beroepsgroep: eerst worden de resultaten voor het AMW beschreven, vervolgens die van de eerstelijnspsychologen, en tenslotte die van de huisartsen.

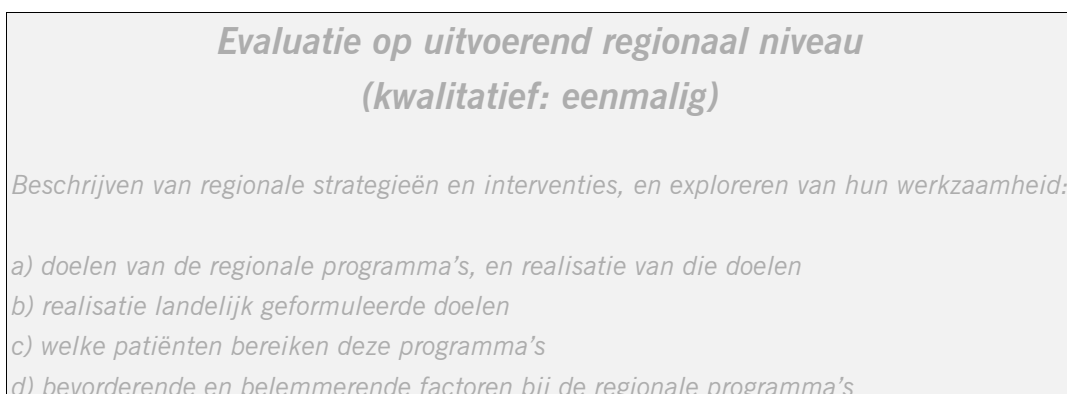
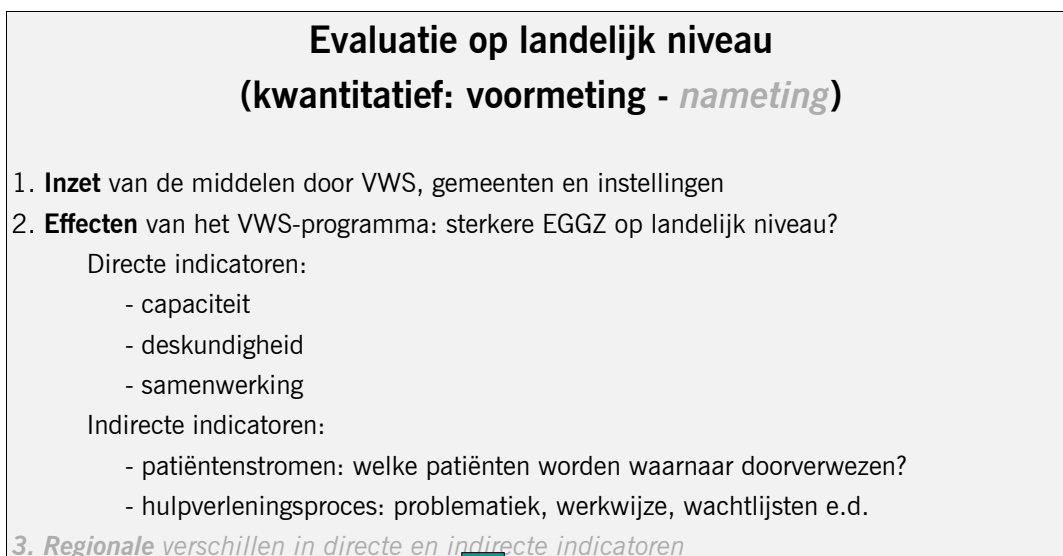
Hoofdstuk 5 beschrijft de huidige stand van zaken op regionaal niveau op het gebied van samenwerking binnen de eerste lijn en met de tweede lijn. Dit onderdeel beperkt zich in 2002 tot een pure beschrijving zonder nadere analyse of beschouwing. SGB0, het onderzoeksbureau dat de regionale samenwerking onder haar hoede heeft, heeft moeten wachten op het Trimbos-instituut met het vaststellen van haar regio's en is zodoende later dan gepland met dataverzameling begonnen. In de rapportage van 2003 komt dit onderdeel uitgebreider aan de orde. Hoofdstuk 6, tenslotte, bestaat uit een algemene discussie over de versterking van de eerstelijns GGZ zoals die tot nu toe heeft vorm gekregen. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten uit hoofdstuk 1 tot en met 5.

N.B.

Omdat de maatregelen van VWS financieel van aard zijn, worden er op verschillende plaatsen in de tekst bedragen weergegeven. Deze bedragen zijn in de gehele rapportage uitgedrukt in guldens.

Figuur 1.1 Schema van het evaluatie-onderzoek versterking eerstelijns GGZ.

## Het VWS-programma: maatregelen ter versterking van de EGGZ





## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

Dit methodehoofdstuk geeft een beschrijving van alle databestanden die voor deze rapportage gebruikt zijn. De dataverzameling was erop gericht om een beeld te krijgen van:

- de inzet van het pakket maatregelen die het ministerie van VWS heeft genomen om de eerstelijns GGZ te versterken
- de stand van zaken op het gebied van capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking binnen de eerstelijns GGZ voordat de maatregelen ingevoerd waren
- de stand van zaken op het gebied van hulpverlening en patiëntenstromen binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ voordat de maatregelen ingevoerd waren

Er is deels gebruik gemaakt van bestaande gegevens en deels zijn de gegevens specifiek voor dit evaluatie-onderzoek verzameld. Dit wordt bij de beschrijving expliciet vermeld. De dataverzameling heeft plaatsgevonden op landelijk niveau en op regionaal niveau. Eerst wordt een beschrijving gegeven van de landelijke dataverzameling (§ 2.2), vervolgens van de regionale dataverzameling (§ 2.3). De landelijke dataverzameling is gericht op de drie beroepsgroepen van de eerstelijns GGZ: algemeen maatschappelijk werk (AMW: § 2.2.1), eerstelijns-psychologen (§ 2.2.2) en huisartsen (§ 2.2.3). Bij het AMW hebben de gegevens betrekking op gemeentelijk niveau, instellingsniveau en cliëntniveau. De regionale dataverzameling is uitsluitend gericht op kwalitatieve gegevens over samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn op bestuurlijk niveau.

### 2.2 Landelijke dataverzameling

#### 2.2.1 Algemeen maatschappelijk werk

*a) Dataverzameling AMW op gemeentelijk niveau*

*Registratiegegevens Ministerie van VWS*

Het ministerie van VWS houdt een registratie bij van gegevens omtrent de toekenning van subsidie aan gemeenten in het kader van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. Deze regeling is bedoeld om de capaciteitstekorten van het uitvoerend AMW op te heffen. Gemeenten die hiervoor in aanmerking wilden komen, konden voor 1 juli 2000 een aanvraag indienen bij VWS. In september 2000 zijn de subsidies door VWS toegekend aan de aanvragende gemeenten. De regeling geldt met terugwerkende kracht voor de periode van 1 januari 2000 tot en met 31 december 2003.

De geregistreerde gegevens hebben per gemeente betrekking op:

- al dan niet subsidie aangevraagd door de betreffende gemeente
- inwoneraantal
- actuele aantal full time equivalenten (fte's) AMW en bezettingsgraad in relatie tot een door VWS vastgestelde capaciteitsnorm bij aanvang van de stimuleringsregeling

- nagestreefd aantal fte's AMW en bezettingsgraad in relatie tot de capaciteitsnorm na afloop van de stimuleringsregeling
- grootte van de toegekende subsidie (uitgedrukt in fte's). De registratie bevat geen informatie omtrent de verdeling van gelden over instellingen binnen elke gemeente.

#### *SGBO-enquête AMW onder gemeenten*

Door het onderzoeksbureau SGBO is in 2001 een landelijke enquête uitgezet onder alle gemeenten in Nederland om inzicht te krijgen in de mate waarin door gemeenten gebruik is gemaakt van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. Ook wordt via de enquête informatie verzameld over hoe de gemeenten invulling geven aan de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. In de enquête wordt ingegaan op de volgende onderwerpen:

- Welke middelen stellen gemeenten beschikbaar voor het AMW (bedrag per inwoner of anders)
- Op welke wijze wordt het AMW door gemeenten gefinancierd (input, throughput of outputsubsidiëring).
- Het gevoerde beleid en de wijzigingen in het beleid ten aanzien van het AMW
- De intensiteit en de mate van bestuurlijke samenwerking tussen gemeenten onderling ten aanzien van het AMW en met de andere partijen op het terrein van de eerstelijns GGZ
- De wijze waarop gemeenten de extra uitkering inzetten.

De landelijke enquête onder gemeenten wordt twee keer gehouden: een voormeting aan het begin van het evaluatie-onderzoek (mei 2001), en een nameting aan het eind van de stimuleringsperiode (mei 2003). Hoewel de meting in mei 2001 geen strikte voormeting is omdat de stimuleringsmaatregel al in januari 2000 van start is gegaan, wordt ook gevraagd wordt naar de situatie in 1998, 1999 en 2000. De resultaten van de enquête geven dus voldoende inzicht in de situatie voorafgaand aan de stimuleringsregeling om als voormeting beschouwd te kunnen worden. Bij de keuze van het meetmoment (mei) is rekening gehouden met een aantal factoren: de aansluiting op de jaarlijkse rapportage van het project in maart, het moment waarop gemeenten kostengegevens kunnen aanleveren (niet voor maart/april) en de vakantieperiode.

Tijdens de nameting zullen de vragen uit de eerste enquête worden herhaald en zal een vergelijking gemaakt worden met de resultaten uit de voormeting. Dan zullen ook verschillen tussen gemeenten in de resultaten centraal staan. In de huidige rapportage worden echter alleen de gegevens van de voormeting gepresenteerd. In de analyses wordt gebruik gemaakt van demografische en gemeentelijke achtergrondgegevens.

De SGBO-enquête is in conceptvorm besproken en afgestemd met de enquête van het Nivel onder AMW-instellingen. De concept-enquête is uitgetest bij drie gemeenten om onduidelijkheden in de vraagstelling op te sporen en om na te gaan of gemeenten de vragen konden beantwoorden.

Gemeenten hebben éénmaal een schriftelijk rappel gekregen om hun enquête in te vullen en te retourneren. Uit telefonische reacties van gemeenten die hun vragenlijst niet teruggestuurd hebben, blijkt dat ziekte, verlof, overbelasting en vacatures er de oorzaak van waren dat gemeenten niet (tijdig) in staat waren om de enquête in te vullen.

Bij de verwerking en analyse van de enquêtegegevens heeft een check plaatsgevonden van de gemeentelijke opgaven van de huidige en de verwachte AMW-capaciteit door deze te vergelijken met de bij VWS beschikbare informatie. Zodoende zijn enkele onjuiste opgaven gecorrigeerd. Enkele malen hadden gemeenten de gezamenlijke capaciteit van de samenwerkende gemeenten opgegeven in plaats van hun eigen aandeel daarin.

In totaal hebben 347 gemeenten de enquête ingevuld en geretourneerd. Daarmee komt het responspercentage op 68,8%. Per enquêtevraag varieert het aantal responderende gemeenten. In de rapportage is dit aantal weergegeven, tenzij de opgave betrekking heeft op het aantal gegeven antwoorden. De gemeenten die de enquête hebben ingevuld en teruggestuurd zijn redelijk verspreid over alle gemeentegrootteklassen.

#### *b) Dataverzameling AMW op instellingsniveau*

### *Nivel-enquête AMW*

Om in kaart te kunnen brengen in hoeverre de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet binnen AMW-instellingen, zijn in juni 2001 alle instellingen benaderd door het Nivel met een schriftelijke enquête, die in deze rapportage de Nivel-enquête AMW genoemd wordt. Deze meting wordt 2 jaar later, in 2003, herhaald. Aspecten die aan bod komen zijn: de inzet van de regeling, de capaciteit van de AMW-instellingen, en andere aspecten die een bijdrage kunnen leveren aan een versterking van de eerstelijns GGZ aan bod, zoals samenwerking en afstemming met andere GGZ-hulpverleners en activiteiten die een bijdrage kunnen leveren aan deskundigheidsbevordering.

Vóór verzending is de enquête ter beoordeling voorgelegd aan twee directeuren van AMW-instellingen, en hun aanvullingen zijn verwerkt. Vervolgens is de enquête meegestuurd met een mailing van de Stichting Symbiose (zie 'dataverzameling AMW op cliëntniveau') naar alle AMW-instellingen, samen met de jaarlijkse enquête onder alle AMW instellingen over de organisatie en financiën van de instelling. Bij het opstellen van de enquête is zoveel mogelijk aansluiting gezocht met de gegevens die Symbiose verzamelt, zowel om het invullen voor de instellingen te vergemakkelijken als om de gegevens vergelijkbaar te maken.

De enquêtes zijn verstuurd naar 147 AMW instellingen en gericht aan de directie. Na een schriftelijke herinnering en een telefonische nabelronde zijn uiteindelijk 100 enquêtes ingevuld geretourneerd. Van de 147 instellingen uit het adressenbestand van Symbiose bleken intussen 3 instellingen gefuseerd te zijn en was 1 instelling failliet gegaan. Het totaal aantal instellingen komt daarmee op 143; de respons op 70%. Drieënveertig AMW-instellingen hebben geen enquête terug gestuurd. Achttien instellingen hebben bij de telefonische herinnering de reden van non-respons gegeven. De redenen die naar voren kwamen zijn organisatorische problemen, zoals wisselingen van de directie (8 x), tijdgebrek (7 x), en 3 keer gaf een instelling aan een algehele enquête-stop te hebben ingesteld vanwege een overload aan enquêtes. In de enquête komen de volgende onderwerpen aan bod: capaciteit, samenwerking en deskundigheids-bevordering.

- *Capaciteit:* Er wordt gevraagd naar de gemeenten die de AMW-instelling financieren en welke van deze gemeenten ook stimuleringsgelden hebben toegezegd. Een ander aspect dat aan bod komt is wat de bestedingsdoelen zijn bij de inzet van stimuleringsgeld: uitbreiding van de capaciteit, versterking van de eerstelijns GGZ, of andere doeleinden. Ook wordt gevraagd naar eventuele richtlijnen van de gemeente voor de besteding van het stimuleringsgeld. Verder kan de instelling invullen hoeveel extra capaciteit, uitgedrukt in fte's uitvoerend AMW, de instelling vóór eind 2003 wil gaan realiseren en hoeveel uitbreiding tot het moment van afname van de enquête al is gerealiseerd. Daarnaast is een vraag opgenomen naar het percentage hulpverleningseenheden met een gemiddelde wachttijd van langer dan een week voor 1999 en 2000. Tenslotte is gevraagd naar de capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werkers binnen de instelling per 31 december 2000 en een prognose voor 31 december 2001.
- *Samenwerking:* In dit gedeelte van de vragenlijst wordt ingegaan op samenwerking met andere GGZ-hulpverleners (eerste- en tweedelijns), waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen samenwerking op het niveau van het management en samenwerking op het niveau van de uitvoerend maatschappelijk werkers. Ook wordt gevraagd naar verwijzingen van en naar de AMW-instelling en naar eventuele samenwerkingsprojecten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Indien er samenwerkingsprojecten plaats vinden binnen de instellingen, wordt gevraagd op een apart inlegvel specifiek in te gaan op de aard van deze projecten, zoals de doelstelling, de betrokkenen en de tijdsinvestering.
- *Deskundigheidsbevordering:* In de enquête wordt ingegaan op deskundigheidsbevorderende activiteiten die betrekking hebben op uitvoerend maatschappelijk werkers. Enerzijds betreft dit een aantal algemene parameters die een algemeen beeld geven van deskundigheids-bevordering binnen de AMW-instellingen, zoals de beschikbaarheid van vakliteratuur en de aanwezigheid van een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering. Anderzijds is ingegaan op deskundigheidsbevorderende

activiteiten die de instellingen in het jaar 2000 hebben ondernomen, met speciale aandacht voor GGZ-problematiek.

#### *VOG-enquête Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (TSM)*

Vanuit de MO-groep (Maatschappelijke Ondernemersgroep), sectie AMW, is in het voorjaar 2001 een korte vragenlijst verstuurd naar alle 143 AMW instellingen met enkele vragen over de inzet van de Tijdelijke Stimulerings Maatregel, de doeleinden en de realisatie van extra capaciteit door de Stimuleringsregeling tot nu toe. In de rapportage wordt deze enquête aangeduid als VOG-enquête TSM. Honderdnegen instellingen hebben deze vragenlijst geretourneerd. In dit rapport zijn deze gegevens aanvullend gebruikt op de gegevens uit de Nivel-enquête AMW.

Uit de VOG-enquête TSM is vraag 2 overgenomen: "Worden de extra gelden door uw gemeente aan uw instelling uitgekeerd ter versterking van het AMW in het kader van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ?" Zo ja, waaraan worden de gelden besteed?"

Het eerste deel van de vraag is gebruikt om vraag 2 uit de Nivel-enquête AMW te beantwoorden: "Is uw AMW-instelling extra geld toegezegd vanuit de Stimuleringsregeling AMW?" Het tweede deel van de vraag uit de VOG-enquête TSM waaraan de gelden besteed worden is ingepast in vraag 3 van de Nivel-enquête AMW: "Aan wat voor doeleinden wordt het geld dat uw instelling ontvangt uit de Tijdelijke Stimuleringsregeling besteed?"

In de VOG-enquête TSM is gevraagd naar de gemeenten waaronder de instelling valt. Dit is opgenomen bij vraag 1 van de Nivel-enquête AMW, waarbij wordt gevraagd welke gemeenten/stadsdelen bijdragen aan de financiering van de AMW-instelling. Vaak hebben instellingen in de VOG-enquête TSM ook aangegeven welke gemeenten wel of geen stimuleringsgeld hebben toegezegd. Dit is opgenomen bij het tweede deel van vraag 2 van de Nivel-enquête AMW: "Is uw AMW-instelling extra geld toegezegd vanuit de Stimuleringsregeling AMW en zo ja, via welke gemeente(n) en of stadsdelen?"

Tenslotte is een gedeelte van vraag 4 van de VOG-enquête TSM overgenomen waarin wordt gevraagd: "Verwacht uw instelling de komende jaren uitbreiding van het aantal formatieplaatsen in het kader van de Stimuleringsregeling"? Zo ja, om hoeveel formatieplaatsen gaat het?"

Deze vraag is opgenomen bij vraag 4 van de Nivel-enquête AMW waarin wordt gevraagd hoeveel extra formatie uitvoerend maatschappelijk werkers, uitgedrukt in fte's, de instelling eind 2003 gerealiseerd verwacht te hebben naar aanleiding van de stimuleringsregeling .

Van de 43 instellingen waarvan wij geen zicht hadden op de inzet van de Stimuleringsregeling, bleken 26 instellingen wel vertegenwoordigd te zijn in het VOG enquête TSM. Met deze aanvulling kunnen we rapporteren over de inzet van de Stimuleringsregeling over 126 van de 143 instellingen, dus over 88%.

#### *VOG/CBS enquête Organisatie & Financiën (O&F)*

Sinds midden tachtiger jaren wordt door de MO-groep, sectie AMW, in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks een enquête onder alle AMW-instellingen gehouden met vragen over de organisatie en financiën van de instelling. Deze enquête wordt, net als het cliënt-registratiesysteem AMW, beheerd door de stichting Symbiose. In deze rapportage zijn de enquêtegegevens van 1999 en 2000 gebruikt, te weten het aantal fte's uitvoerend maatschappelijk werkers, en informatie over of een instelling al dan niet deel uitmaakt van georganiseerde samenwerkingsverbanden.

In 1999 hebben 89 instellingen de enquête geretourneerd; in 2000 waren dit 65 instellingen.

#### *c) Dataverzameling AMW op cliëntniveau*

##### *Cliëntenregistratie AMW*

De landelijke gegevens omtrent de cliëntenpopulatie van het AMW zijn afkomstig van een gestandaardiseerd registratiesysteem waarbij AMW-instellingen bijhouden welke cliënten bij hen terecht komen. Registratie van hulpverleningscontacten op een min of meer gestandaardiseerde wijze is al tientallen jaren gebruikelijk binnen AMW (vgl. Verhaak, 1993,

Kersten, 1985). Begin negentiger jaren is dit registratiesysteem voor heel Nederland uniform geworden. Het beheer geschiedt door de stichting Symbiose onder verantwoordelijkheid van de MO-groep, voorheen de VOG.

In deze rapportage zijn de cliëntgegevens van 1999 en 2000 beschreven, waarbij 1999 als basis gebruikt is voor de interpretatie van de gegevens. Dit heeft te maken met het feit dat de registratie van 2000 niet compleet is als gevolg van ingrijpende veranderingen in het registratiesysteem. Alle instellingen moesten in dat jaar overstappen op de nieuwe zogenaamde 'elektronische cliëntdossiers', waarbij ook de opbouw van de informatie sterk gewijzigd is. Anders dan voorgaande jaren werden de hulpverleners geacht de cliëntinformatie rechtstreeks in de computer in te vullen, i.p.v. op een papieren registratieformulier. Veel instellingen hebben zich niet tijdig aan deze nieuwe werkwijze kunnen aanpassen, met als gevolg dat het aantal instellingen waarvan cliëntgegevens van 2000 beschikbaar zijn te klein is om als basis voor een voormeting te dienen. Daarnaast is de inhoud van de te registreren gegevens op een aantal punten veranderd, waardoor vergelijking met voorgaande jaren bemoeilijkt wordt.

De implementatie van het nieuwe systeem heeft ook gevolgen voor de interpretatie van het aantal cliëntsystemen in 1999. Deze vond voor een belangrijk deel plaats in het laatste kwartaal van 1999 en het eerste kwartaal van 2000. In dit kader werden cliëntendossiers van onder andere 1999 opgeschoond. Soms werden meer dossiers dan gebruikelijk afgesloten (en volgens de nieuwe registratiesystematiek heropend). Soms ook werden hulpeenheden in het laatste kwartaal van 1999 reeds volgens de nieuwe systematiek geregistreerd. Deze konden derhalve niet in de databank van 1999 worden meegenomen. Een en ander betekent dat het cijfer over het aantal hulpeenheden in 1999 met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden.

Om toch enig inzicht te geven in cliëntenregistratie van 2000 worden de gegevens die wél beschikbaar zijn van 2000 vergeleken met de gegevens van 1999. Daarbij moet aangemerkt worden dat de categorie-indeling bij de registratiegegevens van 2000 op sommige onderdelen afwijkt van die van 1999, en de gegevens van beide jaren dus niet goed vergelijkbaar zijn. Dit wordt zichtbaar gemaakt in de betreffende tabellen. Vergelijkbare resultaten tussen 1999 en 2000 zijn een indicatie dat 1999 ook representatief is voor 2000, maar verschillen zijn lastig te interpreteren, omdat ze een gevolg kunnen zijn van verschillen in de informatie-opbouw tussen het oude en nieuwe registratiesysteem.

Ten behoeve van de huidige rapportage hadden we alleen de beschikking over gegevens van cliënten waarvan in 1999 resp. 2000 de hulpverlening is afgesloten. Ook zijn hulpverleningscontacten die < 1 uur in beslag namen (de zogeheten korte contacten) buiten beschouwing gelaten. Het is echter niet waarschijnlijk dat het weglaten van niet-afgesloten cases de resultaten zal vertekenen. Het grootste deel van de analyses is namelijk per definitie al gebaseerd op afgesloten hulpverleningscontacten, zoals bijv. duur van de behandeling, patiëntenstromen en samenwerking met derden. Voor andere parameters (wachtijd, cliëntkenmerken, problematiek) is er geen reden om te veronderstellen dat de hulpverleningsgegevens van de niet-afgesloten cliënten verschillen van die van de afgesloten cliëntsystemen. Bovendien zijn de resultaten gebaseerd op percentages per instelling en niet op absolute aantallen.

Voor een overzicht van het totale cliëntenbestand van het AMW en de caseload (het aantal cliëntsystemen per fte uitvoerend AMW) zijn echter wél gegevens over het totale cliëntenbestand per instelling nodig. Daarom is ten behoeve van dit overzicht gebruik gemaakt van de gegevens zoals die gepubliceerd zijn door Symbiose (AMW in beeld, 1999). Het gaat daarbij om cliëntregistratiegegevens die geëxtrapoleerd zijn naar de totale AMW-populatie in Nederland.

#### *Inhoud cliëntenregistratie*

De instellingen vullen een registratieformulier in (papieren versie in 1999 en computerversie in 2000) voor elk cliëntstelsel. Dit is meestal een individu, maar kan ook een echtpaar, een gezin, of een ouder en kind zijn. Gemiddeld zijn bij een cliëntstelsel 1,3 personen betrokken

(AMW in beeld, 1999). Het formulier bevat de volgende rubrieken die van belang zijn voor deze rapportage:

- Kenmerken cliëntstelsysteem: Hierbij gaat het om gegevens die betrekking hebben op het type cliëntstelsysteem (individu, gezin, echtpaar e.d.), en grootte van het cliëntstelsysteem.
- Persoonskenmerken: Per registratieformulier kunnen maximaal 3 cliënten als behorend bij het cliëntstelsysteem worden ingevuld. Bij de beschrijving van persoonskenmerken in deze rapportage is alleen gebruik gemaakt van de gegevens van de hoofdcliënt (dit is de eerste cliënt die op het formulier is ingevuld), omdat die persoon de reden is voor behandeling bij het AMW. Andere cliënten worden alleen bij de behandeling betrokken voor zover dit relevant is voor de hoofdcliënt. De volgende persoonskenmerken worden beschreven: primaire leefsituatie, leeftijd, geslacht, en herkomst.
- Problematiek: Uit 19 voorgedecodeerde probleemcategorieën konden per cliëntstelsysteem maximaal drie problemen geselecteerd worden. Er is gekeken naar de frequentie waarin elk voorgedecodeerd probleem genoemd is. Voorbeelden van probleemcategorieën zijn: echtscheidingsproblemen, problemen m.b.t. arbeid en problemen met verwerken van ernstige gebeurtenissen.
- Gehanteerde methodiek/werkwijze: Het type hulpverlening is ondergebracht in zeven categorieën. In deze rapportage zijn echter zes categorieën beschreven, omdat er twee categorieën zijn samengevoegd onder de term 'psychosociale hulp' (begeleiding/behandeling en ondersteuning).
- Duur behandeling en aantal zittingen: Vastgelegd wordt hoe lang een cliëntstelsysteem in behandeling was en hoeveel contacten er plaats vonden. Dit gespecificeerd naar de plaats (bureau, thuis) en aard (vis a vis, telefonisch, schriftelijk).
- Instroom (verwijzer), samenwerking en uitstroom: Vastgelegd wordt wie de initiatiefnemer tot het contact met AMW was, met welke andere hulpverleners tijdens de behandeling contact is geweest, en naar welk soort hulpverlener eventueel verwezen werd. De meer dan vijftig mogelijke categorieën van hulpverleners zijn in deze rapportage teruggebracht tot de volgende hoofdingdeling: huisarts, overige lichamelijke gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnssector, justitiële instanties, gemeentelijke instanties en overige instanties. Bij de instroom zijn bovendien de (hoofd)cliënt zelf en de familie als mogelijke aanmelders opgenomen.

In deze rapportage worden de hulpverleningsgegevens niet gepresenteerd op het niveau van individuele cliëntsystemen, maar op het niveau van instellingen. Dit betekent dat voor iedere instelling het percentage waarin een categorie voorkomt (bijv. % mannen of % allochtonen) is berekend door de gegevens te aggregeren op instellingsniveau.

Een reden om alleen uitspraken te doen op instellingsniveau is dat instellingen met veel cliëntsystemen een relatief groot aandeel hebben in de resultaten, en daarmee de resultaten kunnen vertekenen. Een andere reden is dat we voornamelijk geïnteresseerd zijn in de veranderingen die bij instellingen plaatsvinden als gevolg van de interventie. We willen dus op instellingsniveau kunnen zien of bijv. het aantal cliëntsystemen is toegenomen, of de mate waarin de in behandeling genomen problematiek bij een instelling wijzigt. Bovendien kunnen de geaggregeerde instellingsgegevens worden gekoppeld aan andere relevante informatie over de betrokken instellingen. Een nadeel van geaggregeerde informatie is dat gekoppelde informatie op het niveau van individuele cliëntsystemen (bijv. type hulpverlening bij bepaalde problematiek, of doorverwijzing n.a.v. bepaalde problematiek) bij het aggregeren verloren gaat.

### **2.2.2 Eerstelijnspsychologen: Trimbos-enquête eerstelijnspsychologen (ELP)**

De gegevens over eerstelijnspsychologen zijn afkomstig uit een landelijk onderzoek dat in 1998 is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS (zie Wentink e.a., 2001). Het onderzoek werd uitgevoerd door het Trimbos Instituut in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). Een deel van dit onderzoek (het deel waarover wij rapporteren) bestond uit een landelijke enquête onder alle 1204 leden van de sectie eerstelijnspsychologen van het NIP (in dit rapport genoemd de Trimbos-enquête ELP 1998).

Het Nivel heeft ten behoeve van deze rapportage de beschikking gekregen over het databestand van de Trimbos-enquête.

In totaal hebben 425 psychologen (35,3%) de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Alle respondenten waren lid van een ROEP (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen). Binnen de responsgroep waren drie groepen te onderscheiden:

- geregistreerd als eerstelijnspsycholoog bij het NIP en als zodanig werkzaam
- eerstelijnspsychologen die nog in opleiding zijn (dus niet geregistreerd door het NIP als eerstelijnspsycholoog, maar wel als zodanig werkzaam)
- 'restgroep' van personen die niet (meer) werkzaam zijn als eerstelijnspsycholoog

De eerste 2 groepen samen vormden in 1998 een totaal aantal van 751 eerstelijnspsychologen in Nederland. Bij deze groep was het responspercentage met 369 eerstelijnspsychologen 49%. Bij de 'restgroep' was het responspercentage slechts 14%. Voor deze rapportage zijn alleen de gegevens van de eerste 2 groepen gebruikt.

Aan de psychologen gevraagd om naast gegevens over zichzelf ook gegevens te noteren over acht van hun ambulante cliënten, wat een databestand met gegevens van 2795 ambulante cliënten opleverde. Om een goede verdeling te krijgen tussen cliënten uit de eigen praktijk en de overige ambulante cliënten verschilde het tijdstip van selectie van de cliënten per eerstelijnspsycholoog. Aan de psychologen werd gevraagd om de gegevens bij te houden van de eerste 8 ambulante cliënten van een door de onderzoeker opgegeven tijdvak (ochtend/middag/avond).

Vragen uit de enquête hadden betrekking op a) kenmerken van de eerstelijnspsycholoog (persoonskenmerken, werkzaamheden, praktijkgrootte e.d.), b) aantallen, hulpvragen en kenmerken van hun cliënten, en c) kenmerken van de aangeboden hulp (setting, doelstelling, frequentie, intensiteit). Daarnaast waren er gegevens beschikbaar over verwijfsstromen van en naar de eerstelijnspsycholoog.

### 2.2.3 Huisartsen

#### *WOK/Nivel-enquête*

Gegevens over de samenwerking van huisartsen met andere eerstelijns-GGZ-partners en specialistische GGZ, de ervaren deskundigheid en de ervaren werkbelasting als gevolg van GGZ-taken zijn ontleend aan de WOK/Nivel-enquête. Via deze vragenlijst werd geïnventariseerd in hoeverre huisartsen de diagnostiek en behandeling/begeleiding van psychische aandoeningen tot hun taak rekenen. Tevens is nagegaan welke knelpunten huisartsen hierbij ervaren en welke nascholing de huisartsen hebben gevolgd en willen volgen. Ook zijn vragen gesteld over de samenwerking met de eerste- en tweedelijns GGZ. Tot slot is onderzocht welke ondersteuning huisartsen wenselijk vinden. In het voorjaar van 2001 ontving een random-steekproef van 2.837 Nederlandse huisartsen (één huisarts per praktijk; circa 125 per district) een uitgebreide vragenlijst. Na een of meer reminders en na correctie voor verhuizing, ziekte en overlijden, bleken 1.347 van de 2.756 huisartsen (48,9%) de vragenlijst te hebben geretourneerd.

#### *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations*

Verwijsgegevens in 2001 zijn geregistreerd door de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. Deze bestaan uit 60 huisartspraktijken verspreid over heel Nederland, en vormen een getrouwe afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Over iedere patiënt die vanwege psychische problemen verwezen werd, werd een formulier ingevuld, waarop de diagnose van de huisarts, de verwijsbestemming en de motivatie om te verwijzen was aangegeven. In deze rapportage wordt de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations kortweg aangeduid als Peilstations-CRM.

Om een beeld te vormen van de mate waarin huisartsen vóór de versterkende maatregelen met psychische stoornissen werden geconfronteerd en van hun beleid in deze gevallen waren we in het onderzoeksvoorstel voornemens om data uit de Nationale Studie naar ziekten en

verrichtingen uit 2000/2001 te gebruiken. Deze data zijn momenteel nog niet beschikbaar en kunnen pas in de volgende tussenrapportage gegeven worden. Voor de huidige rapportage moeten we ons tevreden stellen met meer incidentele gegevens van de Continue Registratie Peilstations betreffende incidentie en behandeling van depressie in 2000 en de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie betreffende incidentie en prevalentie van psychische stoornissen in het algemeen in de periode 1989-2000.

#### **2.2.4 Registratie consultatieve projecten**

Om de consultatieregeling te evalueren heeft het Steunpunt tussen de Lijnen - een samenwerkingsverband tussen het Nivel en het Trimbos-instituut - sinds het begin van de regeling de taak om consultatieprojecten die vanuit de regeling Consultatiegelden van start zijn gegaan te monitoren. Dit houdt in dat wordt bijgehouden welke initiatieven op welke plek gestart zijn. Per project worden projectkenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de betrokkenen van een project zijn, wat voor soort consultatie wordt geboden en of het project zich richt op speciale doelgroepen. Zo ontstaat een landelijke beeld van waar zich consultatie-activiteiten ontwikkeld hebben en hoe deze projecten eruit zien. De Regionale Zorgkantoren, die door de Minister zijn aangesteld als verdeelpost voor het uitzetten van consultatiegelden, houden het Steunpunt op de hoogte van de toekenning van consultatiegelden aan de projecten in de betreffende regio.

Naast de monitoring-functie heeft het Steunpunt een registratie van consultatieve activiteiten ontwikkeld, waarmee inzichtelijk wordt hoe de consultatieve bijeenkomsten er daadwerkelijk uit zien. Elk gestart consultatieproject wordt door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van het consultatieproject worden verzocht bij elke patiënt waarover zij een nieuwe consultatievraag ontvangen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren, zoals de discipline van de consultatie-gever en -vrager, een aantal patiëntgegevens, de soort problematiek en de reden, de inhoud en het vervolg van de consultatie.

In dit rapport zijn de laatste twee rapportages van het Steunpunt tussen de Lijnen over de monitoring en registratie van consultatieve projecten als uitgangspunt genomen. In september is met betrekking tot de monitoring gerapporteerd over de inhoud van 93 van de 112 consultatieprojecten (Zantinge e.a., 2001). Eind 2001 werd voor het laatst gerapporteerd over de registratie van 11.411 consultatieve bijeenkomsten, verdeeld over 75 projecten (Zantinge e.a., 2002). Over deze gegevens wordt hier eveneens kort gerapporteerd; voor een uitgebreidere evaluatie van de consultatieregeling wordt verwezen naar de betreffende rapportages.

### **2.3 Regionale dataverzameling**

Om meer inzicht te krijgen in de samenwerkingsverbanden en andere ontwikkelingen op regionaal niveau worden in vijf zorgregio's case-studies gehouden. In de geselecteerde regio's bevinden zich veelbelovende lokale initiatieven op het gebied van versterking van de eerstelijns GGZ. Ook is bij de keuze rekening gehouden met een evenwichtige verdeling van de omvang van de praktijkpopulatie, de spreiding over Nederland en de mate van verstedelijking.

De case-studies bestaan uit gesprekken die gevoerd worden op bestuurlijk niveau en - indien nodig - op uitvoerend niveau met diverse partijen: bestuurlijke en ambtelijke vertegenwoordigers van gemeenten, vertegenwoordigers van de regionale tweedelijns GGZ, het AMW, het zorgkantoor, Districtshuisartsenvereniging (DHV), en vertegenwoordigers van het Regionaal Overleg van Eerstelijnspsychologen (ROEP). Op WZV-niveau zijn alle relevante partners vertegenwoordigd.

De aandacht in de case-studies is gericht op de rol van de gemeenten, de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, en de samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ.



De thema's die in de gesprekken aan de orde komen zijn onder meer:

- ontwikkelingen in vraag en aanbod aan de GGZ
- lokale initiatieven
- knelpunten in de samenwerking en positieve ervaringen zoals voorbeeldprojecten
- ontwikkelingen in de nazorg van GGZ-cliënten
- de inzet van middelen en de ontwikkeling m.b.t. de verschillende financieringsstromen
- doorverwijzingen binnen de eerstelijns en naar de tweede lijn.
- De case-studies worden tweemaal uitgevoerd: in 2001 en 2003

De 5 casestudies zijn uitgevoerd in de periode augustus 2001 tot en met maart 2002. Omdat de start van de casestudies door omstandigheden is vertraagd, zal de rapportage van dit onderzoeksonderdeel in april worden opgeleverd. In deze notitie is verslag gedaan van de bevindingen tot nu toe. In de tweede helft van 2003 volgt een tweede meting van de ontwikkelingen in de samenwerking tussen de hierboven genoemde partijen in dezelfde 5 zorgregio's.

## 2.4 Data-analyse

Alle data zijn geanalyseerd met behulp van het statistiek-programma SPSS. Er is alleen beschrijvende statistiek toegepast: frequentieverdelingen, gemiddelden en percentages. Zoals eerder aangegeven zijn de gegevens van de cliëntregistratie geaggregeerd op basis van percentages.

Voor de beschrijving van maatregelen die door het VWS zijn ingezet is gebruik gemaakt van schriftelijke documentatie. Hiertoe behoren brieven van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer over Geestelijke Gezondheidszorg, subsidiebrieven van het ministerie van VWS aan de koepelorganisaties, en de beschrijving van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel zoals die door het VWS op internet is gepubliceerd (zie referentie). Ook is gebruik gemaakt van documenten van koepelorganisaties van het AMW, de eerstelijnspsychologen en de huisartsen. Dit zijn merendeels ongepubliceerde werkdocumenten.

## 2.5 Samenvattend overzicht

In onderstaand schema is samengevat op welke dataverzameling de resultaten in hoofdstuk 3 (beschrijving van de eerstelijns GGZ-maatregelen), hoofdstuk 4 (de huidige stand van zaken) zijn gebaseerd en hoofdstuk 5.

### H3 Beschrijving maatregelen

3.2 Overzicht maatregelen	Schriftelijke documentatie
3.3 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel	
- gemeenten	VWS-registratiegegevens SGBO-enquête AMW 2001 Nivel-enquête AMW 2001 VOG/CBS-enquête O&F 1999/2000 VOG-enquête TSM 2001
- instellingen	Schriftelijke documentatie
3.4 Consultatieregeling	Schriftelijke documentatie
3.5 Samenwerkingsconvenant	Schriftelijke documentatie
3.6 Onderzoek eerstelijnspsychologen	Schriftelijke documentatie
3.7 Ondersteuning huisartsen	Schriftelijke documentatie
3.8 Diaboloproject	Schriftelijke documentatie

### H4.1 Voormeting rechtstreekse indicatoren

4.1.2 Capaciteit	Nivel-enquête AMW 2001 VOG-enquête O&F 1999/2000 SGBO-enquête AMW 2001 Cliëntenregistratie AMW 1999/2000 Schriftelijke documentatie
4.1.3 Deskundigheidsbevordering	
- AMW	Nivel-enquête AMW 2001
- huisartsen	WOK/Nivel-enquête 2001
4.1.4 Samenwerking	
- AMW	Cliëntenregistratie AMW 1999/2000 Nivel-enquête AMW 2001 Trimbos-enquête ELP 1998 WOK/Nivel-enquête 2001
- eerstelijnspsychologen	
- huisartsen	

### H4.2 Voormeting indirecte indicatoren

4.2.2 Kenmerken hulpverlening	
- AMW	Cliëntenregistratie AMW 1999/2000 Trimbos-enquête ELP 1998
- eerstelijnspsychologen	
4.2.3 Patiëntenstromen	
- AMW	Cliëntenregistratie AMW 1999/2000 Trimbos-enquête ELP 1998 WOK/Nivel-enquête 2001 Peilstations-CRM
- eerstelijnspsychologen	
- huisartsen	

### H5 Regionale samenwerking

Case-studies SGBO 2001



## 3 Beschrijving en inzet van geëffectueerde maatregelen

### 3.1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft een aantal maatregelen ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken. Deze maatregelen zijn verschillend van karakter. Ten eerste zijn er financiële maatregelen die een landelijk karakter hebben met een open inschrijving voor GGZ-instellingen dan wel gemeenten; ten tweede zijn er gelden toegekend aan elk van de drie beroepsgroepen van de eerstelijns (AMW, eerstelijnspsychologen en huisartsen) via de betreffende koepelorganisaties, en ten derde is er geld beschikbaar gesteld voor incidentele lokale projecten. Tot de landelijke maatregelen behoren de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW en de consultatieregeling. Onder de tweede soort maatregelen vallen projecten die voortvloeit uit een samenwerkingsconvenant van de drie kerndisciplines, onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen en ondersteuning van huisartsen. Tot de incidentele lokale projecten tenslotte behoort het Diabolo-project.

Daarnaast heeft VWS een apart budget beschikbaar gesteld voor een evaluatie-onderzoek naar de ingezette maatregelen, te weten het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit rapport. Dit hoofdstuk begint in § 3.2 met een kort overzicht van de maatregelen die door VWS ingezet zijn. De bedragen van de subsidies zijn weergegeven in guldens. In de daaropvolgende paragrafen wordt van elke maatregel beschreven hoe ze concreet vorm hebben gekregen in het werkveld. Het evaluatie-onderzoek is in hoofdstuk 1 al uitgebreid beschreven en wordt daarom buiten beschouwing gelaten.

In § 3.3 komt de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW aan de orde. Daarbij wordt gekeken naar de inzet van de maatregel op zowel gemeentelijk niveau als op instellingsniveau.

De realisatie van de consultatieregeling wordt beschreven in § 3.4; de besteding van gelden die beschikbaar zijn gesteld aan koepelorganisaties komen aan bod in § 3.5 tot en met § 3.7; de gelden die beschikbaar zijn gesteld voor lokale experimentele projecten worden in § 3.8 behandeld.

De inzet van de twee landelijke financiële maatregelen, de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel en de consultatieregeling, is uitgebreid geëvalueerd. In deze rapportage wordt m.b.t. de inzet van de consultatieregeling echter volstaan met een samenvattend overzicht van de resultaten tot nu toe, omdat over deze regeling elders al uitgebreid gerapporteerd is (zie Zantinge e.a., 2001 en Zantinge e.a., 2002). De resultaten van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel zijn voor het eerst beschreven in het onderhavige rapport, en komen daardoor wèl uitgebreid aan de orde.

### 3.2 Overzicht van door VWS ingezette maatregelen

Voor een schematisch overzicht van de hieronder genoemde maatregelen wordt verwezen naar figuur 3.1.

#### **Landelijke financiële maatregelen**

*Bron: Brief ministerie VWS, 1999, VWS Zorgnota 2000*

- fl. 25 mln voor capaciteitsuitbreiding AMW (eenmalig voor periode 2000-2003)
- fl. 6,4 mln per jaar (periode 1999-2002) voor consultatie vanuit tweede lijn aan eerstelijns-behandelaars
  - fl. 0,4 mln voor werkontwikkeling en monitoring van de consultatie via de Stuurgroep

Tussen de Lijnen. De uitvoering gebeurt door het hiervoor ingestelde Steunpunt Tussen de Lijnen.

- fl. 6 mln in 1999 en fl. 12 mln per jaar in de periode 2000-2002 voor consultatie door gespecialiseerde GGZ, ter verdeling over de zorgkantorregio's.

#### **Gelden ten behoeve van koepelorganisaties**

*Bron: Brief ministerie VWS, 1999; VWS Zorgnota 2000*

- fl 3 mln per jaar (voor 4 jaar, verspreid over de periode 2000-2004) voor de drie kernpartijen in de eerstelijns: huisartsen (LHV), eerstelijnspsychologen (LVE) en AMW-ers (MO-groep/AMW). Dit geld is bedoeld voor het bevorderen van de samenwerking tussen de drie genoemde beroepsgroepen. Hiertoe zijn in een samenwerkingsconvenant tussen de MO-groep, LVE en LHV landelijke afspraken gemaakt over samenwerking. Elke partij besteedt 80% van het budget ( dus fl. 800.000,- per jaar) aan kwaliteitsprojecten binnen de eigen discipline die bijdragen aan een verbeterde samenwerking. Daarnaast wordt 20% van het budget besteed aan een gezamenlijk project gericht op de facilitatie van samenwerking op regionaal en lokaal niveau: het project Korte Lijnen.
- fl 2 mln (eenmalig vanaf 2000) voor eerstelijnspsychologen (LVE) t.b.v. onderzoek naar de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen en ondersteuning van eerstelijnspsychologen
- fl 12 mln (eenmalig voor periode 2000-2004) voor ondersteuning van huisartsen

#### **Incidentele lokale projecten**

*Bron: VWS Zorgnota 2002*

- fl. 5,6 mln (eenmalig voor periode 2001-2003) voor het Diabolo-project. Dit project heeft tot doel samenwerking tussen eerste en tweede lijn op lokaal niveau te bevorderen en een lokaal systeem voor de eerstelijns GGZ te realiseren. Zorgverleners krijgen daarbij ondersteuning en systematische feedback vanuit de gespecialiseerde GGZ.

Figuur 3.1 Overzicht van maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ

### **Het VWS-programma: financiële maatregelen ter versterking van de EGGZ**

#### **Landelijke maatregelen**

Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW  
Consultatieregeling

#### **Ondersteuning via koepelorganisaties**

Samenwerkingsconvenant HA - AMW - ELP  
Project Korte Lijnen  
Onderzoek vergoeding ELP  
Ondersteuning huisartsen

## Ondersteuning voor lokale projecten

Diaboloproject

### 3.3 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW

#### 3.3.1 Inleiding

Deze paragraaf gaat in op de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. Eerst wordt een beschrijving gegeven van de Stimuleringsmaatregel zoals die gedefinieerd is door VWS (§ 3.3.2), vervolgens worden gegevens over de inzet van de regeling gepresenteerd op gemeentelijk niveau (§ 3.3.3) en op het niveau van de instellingen voor het AMW (§ 3.3.4).

Op *gemeentelijk* niveau wordt aandacht besteed aan de volgende aspecten: de mate van extra inzet AMW en het verband daarvan met gemeentelijke kenmerken (bevolkingsomvang, bevolkingssamenstelling, en samenstelling bevolking naar inkomen); de invulling van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel in het gemeentelijk beleid; de effecten van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel op het gemeentelijk beleid. De resultaten zijn gebaseerd op de registratiegegevens van het VWS en de SGBO-enquête AMW (zie hoofdstuk 2, § 2.2.1).

Op *instellingsniveau* komen de volgende onderwerpen aan bod: doel en inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel bij de AMW instellingen; verwachte ontwikkelingen op het gebied van capaciteit binnen AMW instellingen n.a.v. de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel.

De resultaten zijn gebaseerd op de Nivel-enquête AMW, de VOG-enquête TSM, en de VOG/CBS-enquête O&F (zie hoofdstuk 2, § 2.2.1).

#### 3.3.2 Beschrijving van de maatregel

##### Algemeen

*Bron: Internetsite Infotheek VWS*

Deze regeling is in de eerste instantie bedoeld om capaciteitstekorten bij het AMW (als onderdeel van de eerstelijns GGZ) op te heffen. In de tweede instantie biedt de regeling de mogelijkheid om aandacht te besteden aan het verbeteren van het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ.

Het bedrag van fl. 25 mln is gebaseerd op de gemiddelde kosten die door VWS berekend zijn om de capaciteitstekorten over een periode van 4 jaar (2000-2003) op te heffen. Daarbij wordt gestreefd naar een capaciteit van 1 fte AMW op 6000 inwoners. Deze verhouding is door de MO-groep van het AMW bepaald als noodzakelijk om een AMW aanbod te hebben dat zich kenmerkt door "korte wachttijden, actieve profilering bij bevolking en verwijzers, samenwerking met belangrijke partners, kwaliteitsbewaking, en zonodig extra aandacht voor specifieke probleemgroepen". Deze verhouding is ook onderschreven door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De subsidie wordt via een gerichte uitkering uitbetaald aan alle gemeenten die hiervoor in aanmerking willen komen, waarbij gemeenten op basis van de nagestreefde capaciteit kunnen uitrekenen hoeveel subsidie ze nodig hebben. Een voorwaarde om voor de regeling in aanmerking te komen is dat de gemeenten zelf ook aan de middelen moeten bijdragen: voor elke fte bij AMW die de gemeente wil uitbreiden, krijgt die gemeente voor een halve fte subsidie.

Voor de verdeling van de subsidie over gemeenten is van de volgende basis uitgegaan:

Het bedrag waarvoor een gemeente in aanmerking komt is afhankelijk van het aantal inwoners: elke gemeente komt in aanmerking voor tenminste fl. 1,54 per inwoner per jaar (fl 25 mln / 16 mln inwoners = fl. 1,54 per inwoner). Bij de inwonersaantallen is uitgegaan van de bevolkingsprognoses van het CBS voor 2003.

De stimuleringsgelden worden dus over alle gemeenten verdeeld, zonder rekening te houden met de bestaande verhouding tussen AMW-aanbod en inwoneraantal. Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste is het nog de vraag of gemeenten die verder van de norm zitten hun eigen aandeel bij de subsidie kunnen of willen opbrengen. Ten tweede lijkt het onrechtvaardig om gemeenten die in de periode voorafgaand aan de regeling een actief AMW-beleid hebben gevoerd, te ontmoedigen door hen nu uit te sluiten van een uitkering, en tenslotte sluit verdeling op basis van een vast bedrag per inwoner beter aan op de overgang

van de subsidieregeling naar het Gemeentefonds, omdat deze eenzelfde verdelingsvorm toepast.

Bij de vaststelling van de subsidie waar een gemeente recht op heeft, wordt uitgegaan van het verschil tussen de gewenste capaciteit op 31 december 2003 en de actuele capaciteit op 31 december 1998. De capaciteitsuitbreiding vindt dus plaats over een periode van 5 jaar (1999 - 2003), hoewel de stimuleringsperiode 4 jaar is (2000 - 2003). De reden om het jaar 1999 ook al mee te nemen bij de stimuleringsregeling, is dat de inzet van gemeenten die met ingang van 1999 al hebben gereageerd op de signalen over capaciteitstekorten en die hebben geanticipeerd op de versterking van de eerstelijns GGZ, wordt daarmee erkend (Aanvraag Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW, Ministerie van VWS, 2000). Gemeenten moeten vóór 1 november 2004 een verantwoording afleggen waaruit blijkt in hoeverre de uitkering is besteed voor het doel waarvoor zij was bestemd; ze moeten dan dus aantonen hoeveel extra fte's er sinds 1 januari 1999 zijn gesubsidieerd.

### **Andere besteding dan capaciteitstekorten**

Gemeenten die tijdens de stimuleringsperiode al aan de norm kunnen voldoen, komen ook in aanmerking voor het basisbedrag van fl. 1,54,- per inwoner per jaar. Deze gemeenten kunnen voor de besteding van de uitkering kiezen voor verdere uitbreiding van de capaciteit als dat in verband met de plaatselijke situatie wenselijk is, of voor andere AMW-activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Voorbeelden van het laatstgenoemde doel zijn: het ondersteunen van huisartsen, eerstelijnspsychologen en AMW bij de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden, home-teams of gezondheidscentra, of ondersteuning van deskundigheidsbevordering of kwaliteitszorg (zie VWS-aanvraagformulier Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, 2000). In de aanvraag van de subsidie moeten deze gemeenten hun keus wel aangeven, maar ze kunnen, voor zover ze kiezen voor versterking van het functioneren van het AMW, volstaan met een globale omschrijving van de beleidsplannen op dat punt. Voor deze activiteiten is de gemeente niet verplicht zelf de helft te subsidiëren. Onder globale omschrijving wordt verstaan: doel en aard van de activiteiten, de uitvoerende organisatie, samenwerkingspartners en samenhang met gerelateerde beleidsdoelen en activiteiten (zie VWS-aanvraagformulier Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, 2000).

De stimuleringsregeling biedt ook aan gemeenten die tijdens de stimuleringsregeling nog niet aan de capaciteitsnorm voldoen de ruimte om een deel van de subsidie te besteden aan versterking van het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ. Bij de berekening van het basisbedrag is namelijk uitgegaan van de gemiddelde bruto-kosten van een fte uitvoerend AMW-er, waarin, naast salariskosten, ook overheadkosten van onder andere deskundigheidsbevordering, kwaliteitszorg en werkbegeleiding zijn opgenomen (zie: VWS Besluit Tijdelijke Stimuleringsregeling, 2000).

### **Herverdeling van niet-aangevraagde subsidie**

Het geld van gemeenten die geen subsidie hebben aangevraagd wordt door VWS verdeeld over alle gemeenten die wél subsidie hebben aangevraagd. Daarbij komen alleen gemeenten in aanmerking voor wie de oorspronkelijke subsidietoekenning niet voldoende is om de capaciteitsnorm te kunnen bereiken. Eerst wordt berekend hoeveel fte's de aanvragende gemeenten samen *extra* wilden uitbreiden, d.w.z. bovenop de capaciteitsuitbreiding die in de eerste instantie toegekend wordt. Vervolgens krijgt de aanvragende gemeente een deel van de te herverdelen fte's, afhankelijk van het aantal fte's dat ze extra hebben aangevraagd. Gemeenten die meer fte's hebben aangevraagd krijgen een groter deel van het totaal te verdelen aantal fte's. Dat deel is echter nooit méér dan nodig is om de capaciteitsnorm te kunnen bereiken. Dus als een gemeente meer fte's heeft aangevraagd dan nodig is om de norm te bereiken, dan wordt de aanvraag slechts gehonoreerd tot maximaal het aantal benodigde fte's om tot 100% van de capaciteitsnorm te komen. Alles wat daarboven nog is aangevraagd wordt niet gehonoreerd (zie VWS-nota Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW, 2000).

In 2002 vindt een tussenevaluatie plaats: gemeenten krijgen nogmaals de mogelijkheid om aan te geven dat zij een hogere groei van het aantal fte's willen realiseren. Op die manier kunnen middelen waarvan achteraf vastgesteld zou moeten worden dat ze niet zijn besteed,



tussentijds ten goede komen aan gemeenten waar dat wel kan.

### 3.3.3 Inzet op gemeentelijk niveau

#### 3.3.3.1 Resultaten VWS-documentatie

##### *Indienen subsidie-aanvraag*

Het ministerie van VWS heeft een registratie bijgehouden van afspraken die met gemeenten gemaakt zijn omtrent de inzet van stimuleringsgelden. Medio 2000, de periode waarin gemeenten aanvragen konden doen bij VWS voor het ontvangen van stimuleringsgelden, bestonden er 538 gemeenten. Van deze gemeenten hebben er 46 geen aanvraag voor stimuleringsgelden ingediend. Vierentwintig gemeenten hebben niet rechtstreeks een aanvraag ingediend, maar waren betrokken bij een centrumgemeente, die voor hen een gezamenlijke aanvraag heeft gedaan. Er waren dus 492 gemeenten (91%) die (direct of indirect) een beroep hebben gedaan op de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor AMW. Door de genoemde gezamenlijke aanvragen van de centrumgemeenten, zijn er 468 (i.p.v. 492) aanvragen voor stimuleringsgeld ingediend bij VWS. Onderstaande gegevens over de VWS-documentatie hebben betrekking op deze 468 (centrum-) gemeenten.

Uitgangspunt van VWS bij de stimuleringsregeling is dat al het stimuleringsgeld in extra fte's voor uitvoerend AMW wordt omgezet, d.w.z. voor zover de gemeenten nog niet aan de capaciteitsnorm voldoen. Daarom is door VWS de toekenning van stimuleringsgelden behalve in geld ook uitgedrukt in fte's. Het gaat om het aantal fte's *dat mogelijk wordt gemaakt* door de stimuleringsregeling. Hierbij zit dus ook het aandeel dat gemeenten zelf moeten bijdragen om de capaciteitsuitbreiding te realiseren. Om de gegevens te kunnen relateren aan de capaciteitsnorm wordt in deze rapportage de toekenning alleen uitgedrukt in fte's en niet in gulden.

##### *Verschil aanvraag - toekenning stimuleringsgeld*

De VWS-documentatie maakt inzichtelijk over hoeveel fte's uitvoerend maatschappelijk werkers elke gemeente op 31 december 1998 beschikte en wat de prognose is aan het einde van de Stimuleringsregeling (eind 2003). De totale capaciteit van de gemeenten die een aanvraag hebben ingediend was 1698,7 fte in 1998 en zal groeien naar 2068,5 fte. Er wordt dus een uitbreiding van 369,8 fte verwacht als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel; dat is een toename 22% ten opzichte van 1998. Uit de VWS-documentatie blijkt dat gemeenten meer uitbreiding hebben aangevraagd dan ze hebben gekregen, te weten 494,4 fte. Er is dus in totaal 124,6 fte minder toegekend dan aangevraagd, wat betekent dat er 75% van het totaal aangevraagde bedrag is toegekend.

In tabel 3.1 is te zien dat het grootste deel van de gemeenten (61%) het gevraagde bedrag ook daadwerkelijk toegekend heeft gekregen. Bij 27% van de gemeenten was het verschil tussen aanvraag en toekenning minder dan 0.5 fte.

Tabel 3.1 Verschil tussen de aangevraagde en toegekende capaciteitsuitbreiding  
*Bron: VWS-registratiegegevens*

verschil	aantal gemeenten	percentage gemeenten
0 fte	287	61
0 - 0,5 fte	126	27
0,5 - 1 fte	33	7
1 - 1,5 fte	8	2
1,5 - 2 fte	3	1
> 2 fte	11	2
Totaal	468	100

### Capaciteitstoename

In tabel 3.2 is zichtbaar gemaakt hoe de bezettingsgraad van uitvoerend AMW-ers zich volgens de gegevens van VWS naar verwachting zal ontwikkelen gedurende de periode van de Stimuleringsregeling. De bezettingsgraad is gedefinieerd als de mate waarin een gemeente voldoet aan de door VWS vastgestelde capaciteitsnorm van 1 maatschappelijk werker op 6000 inwoners. Opvallend is dat in 2003 slechts 9% van de gemeenten (N=42) verwacht boven de norm van 1 maatschappelijk werker op 6000 inwoners te komen. Uit nadere bestudering van de gegevens blijkt dat 5 gemeenten verwachten precies op de normcapaciteit uit te komen. Deze groep valt in de tabel onder de groep die 75-100% van de norm verwacht te bereiken. In totaal verwachten dus 47 gemeenten op of boven de norm te komen; dit is 10% van alle gemeenten. Wel is duidelijk zichtbaar dat de bezettingsgraad toegenomen zal zijn in 2003. De grootste verandering is merkbaar bij gemeenten die voorheen een lage bezetting van AMW-ers hadden.

Tabel 3.2 Bezettingsgraad t.o.v. de capaciteitsnorm van AMW-ers in 1998 en 2003, uitgedrukt in aantal en percentage per bezettingscategorie  
*Bron: VWS-registratiegegevens*

Bezettingsgraad	N	1998 %	N	2003 %
0-50%	140	29,9	41	8,8
50-75%	221	47,2	195	41,7
75-100%	86	18,4	190	40,6
>100%	21	4,5	42	9,0
Totaal	468	100	468	100

Van de 236 gemeenten die in 2003 maximaal 75% van de capaciteitsnorm verwachten te bereiken, hebben er 97 (41%) minder capaciteitsuitbreiding toegekend gekregen dan ze hebben aangevraagd.

In tabel 3.3. is de toename in fte's uitvoerend AMW berekend, uitgesplitst naar de bezettingsgraad van gemeenten. In de laagste bezettingsgraad in 1998 is de relatieve capaciteitstoename het grootst; in de groep die de norm al heeft gehaald is de capaciteitstoename het kleinst.

Tabel 3.3 Verwachte toename in fte's uitvoerend AMW tussen 1998 en 2003, verdeeld over de mate van bezetting t.o.v. de capaciteitsnorm  
*Bron: VWS-registratiegegevens*

Bezetting 1998	Fte's 1998	Fte's 2003	Toename in fte's	Toename in %
0-50%	222,0	308,5	86,5	39%
50-75%	811,6	996,3	184,4	23%
75-100%	476,7	552,6	75,9	16%
>100%	188,4	211,1	22,7	12%
Totaal	1698,7	2068,5	369,8	22%

#### 3.3.3.2 Resultaten enquête onder gemeenten

##### **Doel en inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel**

##### *Indiening subsidie-aanvraag*

Een klein aantal gemeenten (8%) heeft géén subsidieaanvraag ingediend bij VWS voor 1 juli 2000 om de capaciteit van het AMW te vergroten. Uit de gegeven toelichting blijkt dat deze gemeenten het eigen aandeel in de kosten niet konden of wilden opbrengen dan wel dat de formatie groot genoeg geacht werd.

Het merendeel van de gemeenten (92%) die hebben deelgenomen aan de enquête heeft wèl een subsidieaanvraag ingediend. Van de 312 gemeenten die de vraag beantwoordden, hebben alle gemeenten op 1 na een bedrag toegekend gekregen. Vijfennegentig procent van de gemeenten kregen het gevraagde bedrag en 5% van de gemeenten kreeg minder dan het gevraagde bedrag. Reden hiervoor was met name dat meer gevraagd was dan waar men recht op had, gezien het inwonertal van de gemeente. Het gevolg hiervan is in het algemeen dat er minder uitbreiding gerealiseerd kan worden dan gewenst.

#### *Verwachting behalen norm voor eind 2003*

Iets meer dan de helft van de responderende gemeenten (56%) verwacht de norm niet te halen per einde 2003. Hieronder bevinden zich iets meer grote gemeenten. Een kwart denkt de norm dan wel te halen. Dit zijn vooral niet-stedelijke en weinig stedelijke gemeenten. De overige gemeenten weten het nog niet.

Dat zo'n groot deel van de gemeenten de verwachting uitspreekt de norm niet te zullen halen aan het eind van de stimuleringsperiode kan met verschillende dingen verband houden. Gemeenten kunnen van mening zijn dat een lagere capaciteit dan de norm voldoende is, of moeite hebben de aanvullende middelen ervoor te vinden of de extra middelen gedeeltelijk niet aan capaciteitsuitbreiding besteden. Zie hiervoor ook § 3.3.4 die ingaat op de besteding van de extra middelen.

#### *Financiering uitvoerend AMW in 2000*

Het leeuwendeel van de totale capaciteit uitvoerend AMW wordt gefinancierd uit de reguliere welzijnsmiddelen. Tweehonderdnegenenzeventig gemeenten financieren in totaal 1.069,8 fte uit reguliere welzijnsmiddelen. Tweehonderddertien gemeenten hebben opgegeven dat in totaal 121,8 fte gesubsidieerd wordt uit gelden van de stimuleringsmaatregel. Gevraagd was om een gesubsidieerde fte op te geven als 1, hoewel de helft bekostigd wordt uit de subsidie en de andere helft door de gemeente. Onduidelijk is of gemeenten deze instructie ook opgevolgd hebben.

#### *Relatie tussen gemeente en AMW-instelling in 2001*

Verreweg de meeste gemeenten (86,3%) subsidiëren samen met andere gemeenten één AMW-instelling (tabel 3.4). Negen procent van de gemeenten heeft één AMW-instelling die ze subsidiëren, 3% van de gemeenten subsidieert samen met andere gemeenten meerdere AMW-instellingen, en 1% van de gemeenten subsidieert alleen meerdere AMW-instellingen.

Tabel 3.4 Relatie gemeente en AMW-instellingen m.b.t. subsidiëring in 2001  
*Bron: SGBO-enquête AMW*

Situatie in 2001	N gemeenten	% gemeenten
1 Onze gemeente subsidieert samen met andere gemeenten één AMW-instelling	271	86,3
2 Onze gemeente subsidieert samen met andere gemeenten meerdere AMW-instellingen.	9	2,9
3 Onze gemeente subsidieert alleen één AMW-instelling.	29	9,2
4 Onze gemeente subsidieert alleen meerdere AMW-instellingen.	4	1,3
5 Onze gemeente subsidieert geen AMW-instelling.	1	0,3
Totaal	314	100,0

Als we kijken naar het aantal vestigingen, dan blijkt dat de meeste gemeenten één of meer decentrale vestigingen van een AMW-instelling hebben in hun gemeente, respectievelijk 53,4% en 19,6%. Toch zijn er 84 gemeenten (27%) die niet over een decentrale vestiging beschikken. Het aantal decentrale vestigingen varieert van 1 tot 22. Bijna de helft van de

gemeenten (45,8%) beschikt over 2 vestigingen. Verder beschikt respectievelijk 11,9% en 18,6% van de gemeenten over 1 en 3 vestigingen.

#### *Looptijd financieringsafspraken*

Driehonderdnegen gemeenten geven antwoord op de vraag naar de duur van de looptijd van hun financieringsafspraken met de AMW-instelling. De looptijd varieert in het algemeen van 1 jaar tot 4 jaar, met enkele uitzonderingen naar beneden en boven. Het vaakst lopen de afspraken 1 jaar (44,2%) of 4 jaar (25,5%).

#### *Verdeling subsidie*

Gemeenten verdelen de subsidie over de verschillende instellingen op uiteenlopende wijze. Meestal vindt de subsidieverdeling plaats op basis van inwonertal van het werkgebied, op basis van ingediende offertes of op basis van (hulp)eenheden.

#### *Samenwerking tussen gemeenten*

Gemeenten (N=274) die gezamenlijk gebruik maken van de diensten van een AMW-instelling hebben dat op verschillende manieren geregeld. Honderdveertien gemeenten hebben de samenwerking gebaseerd op ofwel de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (5,1%), ofwel Basisregelingen (19%) ofwel een convenant (17,5%). Ruim de helft van de gemeenten (58,4%) heeft aangegeven het anders geregeld te hebben. Sommige verwijzen daarbij naar het portefeuillehoudersoverleg, het ambtelijk overleg of budgetovereenkomsten. Andere geven aan dat de gemeente afzonderlijk contracten sluit en subsidiebeschikkingen afgeeft.

Bijna driekwart van de gemeenten geeft de aard van de samenwerking aan (72,1%). Over de aard van de samenwerking zeggen 87 gemeenten (31,1%) dat zij gezamenlijk beleid ontwikkelen, 60 gemeenten (21,4%) dat zij gezamenlijk de AMW-instelling aansturen en 14 gemeenten (5%) dat zij de beleidsevaluatie gezamenlijk doen. 41 gemeenten (14,6%) hebben overige ingevuld. Een aantal daarvan heeft aangegeven zowel de beleidsontwikkeling, de aansturing als de beleidsevaluatie gezamenlijk te doen.

### **Effecten stimuleringsregeling op het gemeentelijk beleid**

#### *Situatie vóór en na de invoering van de stimuleringsregeling*

Gemeenten is een aantal uitspraken voorgelegd, die betrekking hebben op de situatie vóór en na de komst van de tijdelijke stimuleringsregeling (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Houding van gemeenten t.a.v. het AMW en de stimuleringsregeling  
*Bron: SGBO-enquête AMW*

Uitspraken	% gemeenten per antwoordcategorie <sup>a</sup>				
	1	2	3	4	5
1 In onze gemeente werd het AMW al een belangrijke voorziening gevonden vóór de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW (N=297)	49,8	29,6	14,8	3,4	2,4
2 De AMW-instelling in onze gemeente is een belangrijke schakel in de eerstelijns GGZ (N=293)	36,5	20,5	4,8	1,7	
3 Onze gemeente stuurde de AMW-instelling al aan op belangrijke beleidsdoelen vóór de invoering van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW (N=294)	20,7	28,2	28,9	15,3	6,8
4 Door de invoering van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW is er in onze gemeentemeer belangstelling ontstaan voor de AMW-instelling (N=293)	8,5	23,9	23,5	27,6	16,4
5 In onze gemeente is meer belangstelling gekomen voor de versterking van de eerstelijns GGZ door de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW (N=293)	6,8	20,5	32,8	25,6	14,3

<sup>a</sup> 1=helemaal eens; 2=eens; 3=niet eens/niet oneens; 4=oneens;5=helemaal oneens

Het blijkt dat bijna driekwart van de gemeenten (73%) van mening is dat de AMW-instelling

een belangrijke schakel is in de eerstelijns GGZ (uitspraak 2). Voorts vindt een groot deel van de gemeenten (79,4%) dat het AMW al vóór de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling een belangrijke voorziening was (uitspraak 1). Ongeveer de helft van de gemeenten (48,9%) stuurde de AMW-instelling vóór de invoering van de Tijdelijke stimuleringsregeling al aan op belangrijke beleidsdoelen. Een kwart (21,3%) deed dit niet (uitspraak 3).

Van de gemeenten is eenderde (32,4%) van mening dat de Tijdelijke Stimuleringsregeling heeft geleid tot meer belangstelling voor de AMW-instelling. Bijna de helft (44%) is het met deze uitspraak (helemaal) oneens (uitspraak 4). Over de laatste uitspraak lopen de meningen eveneens uiteen. Een kwart van de gemeenten (27,3%) vindt dat door de Tijdelijke stimuleringsregeling meer belangstelling is gekomen voor de versterking van de eerstelijns GGZ. 39,9% is het hier (helemaal) mee oneens.

#### *Intensivering beleid*

In ruim eenderde van de gemeenten (39,3%, N=121) heeft de Tijdelijk stimuleringsmaatregel van het AMW geleid tot intensivering van het gemeentelijk beleid op dit terrein. In tabel 3.6 is aangegeven op welke wijze dit gestalte heeft gekregen.

Tabel 3.6 Wijze intensivering van gemeentelijk beleid (N= 117)  
Bron: SGBO-enquête AMW

Beleidsintensivering door <sup>a</sup> :	N	Percentage
Uitbreiden ambtelijke capaciteit voor dit beleidsveld	7	6,0
Beleidsmatige aansturing AMW	66	56,4
Beleidsmatige aandacht voor geestelijke gezondheidsproblemen	30	25,6
Gemeente zoekt beleidsmatige samenwerking met andere partijen (AMW-instelling, huisartsen, ambulante GGZ, GGD cliëntvertegenwoordigers, zorgkantoor)	43	36,8
Beschikbaar stellen extra budget uit eigen gemeentelijke middelen	60	51,3
Stimuleren samenwerking tussen AMW-instelling en andere partijen	64	54,7
Overig	16	13,7

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

De stimuleringsregeling AMW heeft binnen gemeenten vooral geleid tot beleidsmatige aansturing van het AMW (56,4%), het stimuleren van samenwerking tussen de AMW-instellingen en andere partijen (54,7%) en tot het beschikbaar stellen van extra budget uit eigen gemeentelijke middelen (51,3%). Tot uitbreiding van de ambtelijke capaciteit voor dit beleidsveld heeft de stimuleringsmaatregel nauwelijks (6%) geleid.

Andere manieren waarop beleidsintensivering gestalte heeft gekregen (13,7%), zijn onder andere:

- onderzoek: naar de organisatie AMW-instelling en naar de in- en uitstroom van cliënten;
- overleg: met gemeenten en met team maatschappelijk werk;
- meer beleidsmatige evaluatie;
- aanstaande ontwikkeling van een lokaal gezondheidsbeleid, waarin ook AMW een rol speelt.

#### **Relatie met overig beleid**

Tenslotte wordt ingegaan op de aanverwante terreinen waarop gemeenten beleid voeren en de mate waarin de stimulering van het AMW expliciet in verband wordt gebracht met het gevoerde beleid op die terreinen.

### Gevoerd beleid

Vrijwel alle gemeenten geven aan momenteel beleid te voeren op het gebied van jeugd (96,8%) (zie tabel 3.7). Ook een aanzienlijk deel voert beleid op het gebied van de openbare gezondheidszorg/gemeentelijk gezondheidsbeleid (75,6%) en de armoedeproblematiek (73,7%).

Overige terreinen (12,5%) die worden genoemd, zijn:

- Ouderen- en gehandicaptenbeleid;
- Lokaal onderwijsbeleid en schoolmaatschappelijk werk;
- Andere beleidsterreinen, waaronder: allochtonen- en vluchtelingenbeleid, maatschappelijk werk ten behoeve van agrariërs, vrijwilligersbeleid, sportbeleid, wijkgericht werken, maatschappelijke participatie, eenzaamheidsbestrijding.

De stimulering van het AMW wordt in gemeenten het vaakst expliciet in verband gebracht met het jeugdbeleid (64,4%). Andere terreinen die regelmatig door gemeenten worden genoemd, zijn: openbare gezondheidszorg/gemeentelijk gezondheidsbeleid (43,9%), lokaal sociaal beleid (39%) en armoedeproblematiek (34,6%). Overige terreinen (8,3%) die worden genoemd, zijn onder andere: ouderen- en gehandicaptenbeleid, onderwijs, (achterstanden)beleid, school-maatschappelijk werk en sociaal emotionele begeleiding van agrariërs.

Tabel 3.7 Gevoerd beleid en gevoerd beleid in relatie tot de stimulering AMW  
Bron: SGBO-enquête AMW

Beleidssterreinen <sup>a</sup>	gemeente voert beleid op gebied van (N=312)		stimulering AMW expliciet in verband gebracht met (N=205)	
	N	%	N	%
Maatsch.opvang	142	45,5	55	26,8
Vrouwenopvang	47	15,1	6	2,9
Ambulante verslavingszorg	130	41,7	24	11,7
Grotestedenproblematiek	27	8,7	13	6,3
Versterking Openbare GGZ	99	31,7	51	24,9
Openbare gez. Zorg/gemeentelijk gezondheidsbeleid	236	75,6	90	43,9
Jeugdbeleid	302	96,8	132	64,4
Lokaal sociaal beleid	195	62,5	80	39,0
Armoedeproblematiek	230	73,7	71	34,6
Overig, nl	39	12,5	17	8,3

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

### 3.3.4 Inzet op instellingsniveau

#### Doel en inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel

Gegevens die gebruikt zijn om doel en inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel op instellingsniveau in kaart te brengen zijn afkomstig van de Nivel-enquête AMW en de VOG-enquête Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2, § 2.2.1).

#### Beleidsrichtlijnen door de gemeente

Aan de instellingen is gevraagd of hen stimuleringsgeld is toegezegd door de gemeente(n). Van de 126 instellingen hebben 113 instellingen deze vraag positief beantwoord. Dat betekent dat in 90% van de bij ons bekende instellingen stimuleringsgeld is toegezegd.

Van de 87 instellingen die de vraag ingevuld hebben geven 50 instellingen, meer dan de helft dus, aan dat door de gemeente(n) beleidsrichtlijnen zijn gegeven voor de besteding van de stimuleringsgelden. In tabel 3.8 is zichtbaar dat bij de meeste instellingen de richtlijnen betrekking hebben op aandacht voor bepaalde groepen (60% van de instellingen die richtlijnen hebben gekregen)). Veelgenoemde groepen zijn ouderen en jongeren. Ook wordt bij 38% van de gemeenten die beleidsrichtlijnen hebben gegeven samenwerkingsverbanden

gestimuleerd; samenwerking binnen de eerstelijns in het algemeen en met huisartsen in het bijzonder wordt meerdere malen genoemd, evenals de samenwerking met scholen. Bij de categorie 'anders' wordt het meest het wegwerken van wachtlijsten genoemd.

Tabel 3.8 Richtlijnen van de gemeente(n) voor de besteding van stimuleringsgelden (N=50)

Bron: NIVEL-enquête AMW

Richtlijnen <sup>a</sup>	N	%	
Aandacht voor bepaalde groepen	30	60	
Aandacht voor bepaald problematiek	14	28	
Samenwerkingsverbanden	19	38	
Kwaliteitszorg	5	10	
Deskundigheidsbevordering	2	4	
Preventie	4	8	
Outreaching	7	14	
Anders	16	32	

<sup>a</sup> De percentages van de genoemde richtlijnen zijn gebaseerd op de groep instellingen waarbij wel richtlijnen zijn gegeven door de gemeente (N=50); er was > 1 antwoord mogelijk

#### *Bestedingsdoelen binnen instellingen*

De meeste instellingen die gebruik maken van de Stimuleringsgelden hebben aangegeven aan welke doeleinden het geld besteed wordt. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen: a) doelen om de capaciteit van het AMW te versterken, b) andere doeleinden om de eerstelijns GGZ te versterken of c) doeleinden die niet speciaal gericht zijn op het versterken van de eerstelijns GGZ.

Tabel 3.9 Invulling van stimuleringsgelden (N=110)

Bron: Nivel-enquête AMW en VOG-enquête TSM

Bestedingsdoelen <sup>a</sup>	N	%	
Uitbreiding capaciteit	96	87	
Versterking eerstelijns:		38	35
- Samenwerking binnen eerstelijns GGZ	35	32	
- Samenwerking met tweedelijns GGZ	12	11	
- Deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ	9	8	
- Consultatieprojecten op het gebied van GGZ	7	6	
- Andere projecten ter versterking van de EGGZ	12	11	
Andere doeleinden	25	23	

<sup>a</sup> Alle percentages, dus ook die van de subdoelen, zijn gebaseerd op de totale groep instellingen die de vraag beantwoordt heeft (N=110); er was > 1 antwoord mogelijk

In tabel 3.9 is zichtbaar dat het stimuleringsgeld, conform de maatregel, voornamelijk besteed wordt aan het vergroten van de capaciteit van de instellingen. In 32% van de gevallen wordt er geld besteed aan samenwerkingsvormen. Opvallend is dat in bijna een kwart van de gevallen ook geld wordt besteed aan doeleinden die niet gericht zijn op het versterken van de eerstelijns GGZ. In deze categorie worden bijvoorbeeld meer specifieke vormen van maatschappelijk werk genoemd, zoals school maatschappelijk werk (5 keer), jeugdhulpverlening (3 keer), schuldhulpverlening (3 keer) en ouderenzorg. Ook wordt werkbegeleiding en overhead 3 keer genoemd als besteding van het stimuleringsgeld.

#### *Redenen stimuleringsgeld niet toegezegd*

Hoewel de meeste AMW instellingen wel gebruik maken van de Stimuleringsregeling, zijn er 13 AMW-instellingen die hebben aangegeven dat geen geld is toegezegd door de gemeente. In tabel 3.10 zijn, voor zover bekend, de redenen daarvan aangegeven.



Tabel 3.10 Redenen waarom de instelling geen stimuleringsgeld is toegezegd  
Bron: Nivel-enquête AMW

Reden	N
Gemeente heeft geen aanvraag gedaan	1
Nog in bespreking	3
Meningsverschil tussen gemeente en instelling	1
Instelling heeft er geen behoefte aan	2
Geld is aan andere (niet AMW) instellingen uitbesteed	2
Overige redenen	3
Totaal	12

Van de 13 instellingen die geen stimuleringsgeld toegezegd hebben gekregen, liggen 4 instellingen in grote steden (Amsterdam, Rotterdam of Den Haag). Tien instellingen die geen stimuleringsgeld hebben ontvangen worden door 1 gemeente gefinancierd, de andere drie door resp. 3, 7 en 22 gemeenten. Het zijn vooral kleine instellingen die geen stimuleringsgeld toegezegd hebben gekregen: 7 van de 13 instellingen zijn kleiner dan 5 fte, terwijl de gemiddelde capaciteit van een instelling 14.5 fte was in 2000.

#### Financiering door gemeenten

Het aantal gemeenten dat een AMW-instelling financiert verschilt sterk per instelling. In tabel 3.11 is per instelling het gemiddelde aantal gemeenten zichtbaar gemaakt dat bijdraagt aan de financiering van een AMW-instelling in het algemeen. Ook is per instelling het gemiddeld aantal gemeenten weergegeven dat Stimuleringsgeld heeft toegezegd.

Tabel 3.11 Gemiddeld aantal gemeenten dat per AMW-instelling bijdraagt tot financiering resp. stimuleringsgeld heeft toegezegd (N=117).  
Bron: Nivel-enquête AMW en VOG enquête TSM

	Gem.	SD	Min	Max	Som
Financiering AMW-instelling	3,8	4,2	1	22	449
Stim.geld naar AMW-instelling	2,4	2,7	0	14	280

Uit tabel 3.11 blijkt dat 280 van de 449 gemeenten die een AMW-instelling financieren ook Stimuleringsgeld hebben toegezegd aan een AMW-instelling (62%). In deze berekening is geen rekening gehouden met het feit dat sommige gemeenten meerdere AMW-instellingen subsidiëren (vooral in grote steden). Dezelfde gemeente kan dus door meerdere instellingen genoemd worden als financier. Daardoor is het genoemde aantal financierende gemeenten hoger dan in werkelijkheid het geval is, met name het aantal gemeenten dat financiert in het algemeen (N=449). Daardoor zal het percentage gemeenten dat Stimuleringsgeld heeft toegezegd wellicht hoger zijn dan 62%. Uit de gegevens van SGBO (zie tabel 3.4) blijkt echter dat slechts 2,9% van de gemeenten meerdere instellingen subsidieert; hieruit kan geconcludeerd worden dat de vertekening niet groot zal zijn.

Gemiddeld blijft per AMW-instelling anderhalve gemeente van de financierende gemeenten achter met het toezeggen van Stimuleringsgelden. De spreiding tussen instellingen is hierbij groot. Bij 73 van de 117 instellingen (62%) stellen alle financierende gemeenten de AMW instelling Stimuleringsgeld beschikbaar. Bij 21% van de instellingen blijven 1 of 2 gemeenten achter met het beschikbaar stellen van Stimuleringsgelden; bij 17% van de instellingen zijn dit meer dan 2 gemeenten.

Tabel 3.12 maakt de verdeling van het aantal gemeenten dat de AMW-instellingen financiert meer inzichtelijk.



Tabel 3.12 Aantal gemeenten die bij de verschillende AMW-instellingen bijdragen aan de financiering in het algemeen, resp. stimuleringsgeld hebben toegezegd (N=117)  
Bron: Nivel-enquête AMW en VOG enquête TSM

Aantal gemeenten	Aantal instellingen	
	Financiering algemeen	Financiering Stimuleringsgeld
0	-	13
1	58	56
2-4	22	28
5-7	18	13
8-10	8	4
>10	11	3

### Verwachte ontwikkelingen in capaciteit binnen AMW instellingen

In tabel 3.13 is weergegeven hoeveel extra capaciteit er medio 2001 bij de AMW instellingen al gerealiseerd was naar aanleiding van de stimuleringsregeling, uitgedrukt in fte's. Ook wordt een verwachting voor eind 2003, het einde van de periode van de Stimuleringsregeling, zichtbaar gemaakt. In tabel 3.13 zijn alleen die 72 cases opgenomen, waarvan zowel de capaciteitsvergroting van medio 2001 als die van eind 2003 bekend zijn. Hiermee worden de gegevens van 2001 en 2003 vergelijkbaar en wordt zichtbaar hoe de capaciteitsvergroting tot medio 2001 zich verhoudt tot het uiteindelijke streven in 2003. De instellingen die geen stimuleringsgeld toegezegd hebben gekregen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat de in 2003 te verwachten capaciteitstoename voor hen onbekend is. Onduidelijk is of in een later stadium nog wel stimuleringsgeld wordt toegezegd.

In tabel 3.13 komen achtereenvolgens aan bod: de gemiddelde capaciteitstoename van uitvoerend maatschappelijk werkers per instelling door de Stimuleringsregeling, (uitgedrukt in full time equivalenten), de standaarddeviatie, de minimale toename, de maximale toename en de som van de capaciteitstoename. De som op zichzelf is geen geschikte maat om de algehele capaciteitstoename bij AMW-instellingen in kaart te brengen, omdat niet alle instellingen vertegenwoordigd zijn. Wel kan zo de vergelijking tussen 2001 en 2003 gemaakt worden.

Tabel 3.13 Extra capaciteit van uitvoerend fte's AMW, die naar verwachting gerealiseerd wordt n.a.v. de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (N=72)  
Bron: Nivel-enquête AMW

Jaar	Gem.	SD	Min	Max	Som
2001	1,4	1,1	0	5,0	99,0
2003	2,5	1,9	0	9,0	183,2

In totaal is 54% van de totale capaciteit (99,0 fte van de 183,2 fte) die met behulp van de Stimuleringsregeling eind 2003 gerealiseerd moet zijn, medio 2001 al gerealiseerd.

De gerealiseerde capaciteit per instelling is verdeeld volgens tabel 3.14. Daaruit blijkt dat een groot aantal instellingen (N=21) alle geplande extra capaciteit al heeft gerealiseerd. Zeven instellingen hebben nog geen resultaat geboekt in de vorm van extra capaciteit. De meerderheid van de instellingen heeft al meer dan 60% van de verwachte capaciteitstoename gerealiseerd.

Tabel 3.14 Percentage capaciteit die medio 2001 al gerealiseerd is per instelling, vergeleken met de verwachte capaciteit eind 2003 (N=72)  
Bron: Nivel-enquête AMW

% gerealiseerde capaciteit	aantal instellingen
0%	7
1-19%	2
20-39%	16
40-59%	8
60-79%	12
80-99%	6
100%	21

In tabel 3.13 is een selectie van de beschikbare gegevens over de capaciteitstoename door de Stimuleringsregeling gepresenteerd, om de capaciteitstoename op verschillende momenten te kunnen vergelijken. Wanneer we alle beschikbare gegevens gebruiken - d.w.z. ook de instellingen waarover niet van beide jaren gegevens bekend zijn - is de capaciteit die gerealiseerd wordt door de stimuleringsregeling vergelijkbaar. Van de 76 instellingen die hebben aangegeven hoeveel capaciteit tot medio 2001 al gerealiseerd is, is het gemiddelde 1,3 fte (SD 1,1). In 2003 zal naar verwachting gemiddeld 2,4 fte (SD 1,8) extra capaciteit per instelling gerealiseerd worden, gebaseerd op de verwachting van 93 instellingen. Met een gemiddelde capaciteitstoename van 2,4 fte per instelling, is over het totaal van 143 instellingen een capaciteitstoename van 342 fte te verwachten. Bij deze berekening zijn de 13 instellingen die (nog) geen geld toegezegd hebben gekregen buiten beschouwing gelaten, waardoor het totaal uiteindelijk lager uit kan vallen.

Wanneer we per instelling de capaciteitstoename door de Stimuleringsmaatregel vergelijken met de al aanwezige capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werkers, blijkt dat gemiddeld per instelling een capaciteitstoename van 19% verwacht wordt aan het eind van 2003. Uitgangspunt is de capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werkers per 31 december 2000. In tabel 3.15 is per instelling zichtbaar welke capaciteitstoename de AMW-instellingen naar verwachting tot 2003 doormaken door de Stimuleringsmaatregel. Bij de meerderheid van de instellingen groeit de bezetting van uitvoerend maatschappelijk werkers met maximaal 20% in omvang, bij ruim tweederde tot maximaal 30%.

Tabel 3.15 Capaciteitstoename eind 2003 vergeleken met de capaciteit eind 2000 (N=72)  
Bron: Nivel-enquête AMW

% verwachte capaciteitstoename in 2003	aantal instellingen
0%	2
1-9%	13
10-19%	30
20-29%	16
30-39%	6
40-49%	2
>50%	3

Gezien het feit dat de Stimuleringsregeling op 1 januari 2000 gestart is, ligt het voor de hand om in tabel 3.15 het jaar 1999 als referentiejaar te kiezen. Er is echter voor het jaar 2000 gekozen, omdat er van dat jaar veel meer gegevens bekend zijn dan van 1999. Bovendien blijkt dat er in grote lijnen tussen 1999 en 2000 weinig veranderd is in de capaciteitstoename door de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, waarschijnlijk omdat deze pas halverwege 2000 is ingezet. Ook vergeleken bij de capaciteit van de instellingen per 31 december 1999 (N=53) komt de gemiddelde capaciteitstoename van uitvoerend maatschappelijk werk uit op 19% (VOG/CBS-enquête O&F). Daarbij moet worden opgemerkt

dat deze berekening over minder instellingen is gemaakt dan voor het jaar 2000. Afgaand op deze gegevens zou de groei in capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werkers tot nu toe vooral in 2000 en de eerste helft van 2001 tot stand zijn gekomen.

### **3.3.5 Samenvatting en conclusies inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel**

#### **Representativiteit van de responsgroep**

Het percentage aanvragers en niet-aanvragers van stimuleringsgelden zoals dit geregistreerd is bij het ministerie van VWS ('respons' is dus 100%) komt overeen met de resultaten van de SGBQ-enquête onder gemeenten. Uit beide bronnen blijkt dat 91% van de gemeenten wel en 8% van de gemeenten geen aanvraag heeft ingediend. Bovendien bleek uit de Nivel-enquête onder AMW-instellingen dat 90% van de instellingen stimuleringsgeld toegezegd heeft gekregen. Deze overeenstemming geeft aan dat de percentages van het VWS goed weerspiegeld zijn in de steekproeven van beide enquêtes: er is blijkbaar geen oververtegenwoordiging van gemeenten die een subsidie-aanvraag hebben ingediend of van instellingen die subsidie toegekend hebben gekregen. Dit betekent dat de uitkomsten van de beide enquêtes geëxtrapoleerd kunnen worden naar de totale populatie.

#### **Samenwerking tussen gemeenten en AMW-instellingen**

In dit hoofdstuk is gerapporteerd over de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel op basis van VWS-gegevens, van de SGBQ-enquête onder 347 gemeenten (respons: 69%) en van de Nivel-enquête onder 126 AMW-instellingen (respons: 88%).

Een AMW-instelling heeft qua financiering gemiddeld met 3,8 gemeente te maken. Omdat sommige gemeenten (3% van het totaal) meerdere AMW-instellingen subsidiëren, is dit gemiddelde hoger dan op grond van het totaal aantal gemeenten verwacht kan worden (dezelfde gemeente wordt dan nl. door meerdere instellingen als financierder genoemd). Wanneer we alleen de financiering van instellingen door de Stimuleringsregeling bezien, heeft elke AMW instelling gemiddeld van 2,4 gemeente geld toegezegd gekregen.

#### **Verdeeltraject van de subsidie**

Uit de gegevens van VWS blijkt dat gemeenten in totaal ten opzichte van 1998 een uitbreiding van 22% fte uitvoerend AMW wordt verwacht via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Instellingen gaven aan een gemiddelde capaciteitstoename van 19% te verwachten als gevolg van de stimuleringsregeling. Dit percentage ligt iets lager dan op basis van de VWS-gegevens verwacht wordt. Hieruit blijkt dat een deel van de subsidie die uitgezet is onder gemeenten nog niet bij de instellingen is terecht gekomen. Een verklaring hiervoor is dat de enquêtevragen van de instellingen betrekking hadden op hetzelfde jaar dat de subsidie-aanvragen van de gemeenten behandeld zijn, te weten het jaar 2000 en op de eerste helft van 2001. Gemeenten zaten op dat moment dus nog in de beginfase van de inzet van de stimuleringsregeling, en zijn daardoor mogelijk onvoldoende toegekomen aan de toekenning van de stimuleringsgelden aan de instellingen. Bovendien bleek uit de resultaten dat bij een aantal AMW-instellingen de toezegging van stimuleringsgeld door de gemeente nog in behandeling was (zie hoofdstuk 3.3.4, tabel 3.10).

#### **Beleidsrichtlijnen en bestedingsdoelen**

Zowel vanuit de gemeenten als vanuit de instellingen wordt in de helft van de gevallen aangegeven dat er vanuit de gemeente specifieke *beleidsrichtlijnen* zijn gesteld bij het inzetten van stimuleringsgelden. Bij zowel de gemeenten als de instellingen wordt als belangrijkste beleidsrichtlijn genoemd het meer aandacht besteden aan bepaalde groepen, vooral jongeren. Ook wordt speciale aandacht voor bepaalde problematiek door gemeenten en instellingen als beleidsrichtlijn genoemd; daarnaast geven instellingen nog aan het stimuleren van samenwerkingsverbanden, met name binnen de eerstelijns, als richtlijn te hebben gekregen.

Uit de resultaten vanuit zowel het perspectief van de gemeenten als vanuit de AMW-instellingen blijkt dat capaciteitsuitbreiding/handhaving het belangrijkste bestedingsdoel is bij de inzet van de Stimuleringsregeling. Bij de instellingen komt dit het sterkst naar voren (bij 87% van de instellingen versus 60,5% van de gemeenten). Opvallend is dat zowel bij ongeveer een derde van de gemeenten als bij een derde van de instellingen aangegeven wordt dat de Stimuleringsgelden ingezet worden voor versterking van de eerstelijns, los van de capaciteitsvergroting. Ook worden zowel bij de gemeenten als bij de instellingen andere doeleinden genoemd bij de besteding van het geld, in respectievelijk 8,8 en 23% van de gevallen.

Conform de stimuleringsregeling zouden de stimuleringsmiddelen pas ingezet kunnen worden voor andere doelen dan capaciteitsvergroting als de norm van 1 maatschappelijk werker op 6000 inwoners per 31 december 2003 is gehaald. Uit de gegevens van SGBO over de gemeenten blijkt dat slechts een kwart van de gemeenten die norm verwacht te halen. Dit zou betekenen dat alleen die gemeenten (dus maximaal 25%) ook andere bestedingsdoelen kunnen hebben dan alleen capaciteitsuitbreiding. Het lijkt onwaarschijnlijk dat gemeenten die aan het eind van de regeling nog niet aan de capaciteitsnorm kunnen voldoen, de stimuleringsgelden aan iets anders dan aan capaciteitsuitbreiding kunnen besteden, omdat VWS de besteding van de subsidie evalueert in termen van capaciteitsuitbreiding. Als gemeenten minder capaciteitsuitbreiding hebben gerealiseerd dan met de toegekende subsidie mogelijk was, zal VWS het verschil terugvorderen. Echter, in de praktijk hebben gemeenten toch wat speelruimte in de besteding van de subsidie. Ze hoeven pas op 31 december 2003 de aangevraagde capaciteitsuitbreiding gerealiseerd te hebben, terwijl ze gedurende de gehele stimuleringsperiode (2000-2003) daarvoor geld ontvangen. Zo kan een gemeente bijv. geld krijgen om 3 fte uitvoerend AMW gedurende 4 jaar te betalen, terwijl ze die 3 fte pas aan het eind van 2003 daadwerkelijk aannemen. Hierop is geen controle door VWS. Een deel van het geld dat zo vrijkomt voor gemeenten kan dan toch aan andere doelen dan capaciteitsuitbreiding besteed worden. Bovendien is het bedrag dat toegekend wordt door VWS om een uitvoerend AMW-er te financieren hoog genoeg om een deel daarvan te besteden aan andere doeleinden dan salariskosten ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. Over de besteding van deze 'overheadkosten' hoeven gemeenten geen verantwoording af te leggen bij VWS. Een derde verklaring voor het hoge percentage andere bestedingsdoelen kan zijn dat versterking van de eerstelijns mogelijk wordt gemaakt via capaciteitsuitbreiding. Capaciteitsuitbreiding wordt dan gezien als een *middel* om een ander bestedingsdoel te bereiken.

#### **Mate waarin de capaciteitsnorm gehaald wordt**

Hoewel de stimuleringsregeling een capaciteitsuitbreiding van zo'n 20% mogelijk maakt, wordt de normcapaciteit van 1 uitvoerend fte AMW op 6000 inwoners per 31 december 2003 niet gehaald. Op basis van de VWS-gegevens is de verwachting dat 10% van de gemeenten (N=47) op of boven de capaciteitsnorm zal zitten. Bij de gemeenten zelf ligt die verwachting een stuk hoger: blijkens de enquête onder gemeenten verwacht 25% de capaciteitsnorm te halen. Beide percentages lijken aan de lage kant te zitten, maar dit kan verklaard worden door een aantal factoren. Allereerst blijkt uit de VWS-gegevens dat het grootste deel van de gemeenten minder fte's aangevraagd heeft dan nodig is om de capaciteitsnorm te halen. Mogelijk hadden gemeenten niet voldoende financiën om zelf de andere helft van een uitbreiding tot 100% van de norm bij te leggen, en hebben ze daarom minder fte's aangevraagd dan waar ze recht op hadden. Een andere verklaring kan gezocht worden in de manier waarop de subsidie verdeeld is over gemeenten, nl. onafhankelijk van de bestaande capaciteit uitvoerend AMW per inwoner. Gemeenten die bij aanvang van de stimuleringsregeling al dicht bij de capaciteitsnorm zaten, konden daardoor relatief evenveel capaciteitsuitbreiding aanvragen als gemeenten die op dat moment nog ver onder de norm zaten (nl. fl. 1,54 per inwoner). Sommige gemeenten konden daardoor minder subsidie aanvragen dan ze nodig zouden hebben om de capaciteitsnorm te bereiken. Tenslotte is het mogelijk dat het totale bedrag van fl. 25,- mln per jaar die VWS beschikbaar heeft gesteld, niet voldoende is om de gewenste capaciteitsuitbreiding te kunnen bereiken.

### 3.4 Consultatieregeling

*Bron: Zantinge e.a., 2002: Rapportage Registratie Consultatieve Bijeenkomsten 2001; Zantinge, e.a., 2001: Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten.*

Vanaf het jaar 1999 stelt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport jaarlijks geld beschikbaar ten behoeve van consultatieprojecten in de Geestelijke Gezondheidszorg, met de zogenaamde regeling Consultatiegelden. Het doel van deze regeling is om eerstelijns GGZ-medewerkers zoals huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen de mogelijkheid te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn.

In 1999 was 6 miljoen gulden beschikbaar voor consultatieprojecten; vanaf 2000 is jaarlijks 12 miljoen gulden uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. De consultatiegelden worden op basis van inwonersaantallen verdeeld over de 31 zorgregio's waarin de zorgverzekeraars Nederland hebben opgesplitst. De regionale zorgkantoren van deze zorgregio's hebben de taak gekregen om deze gelden toe te kennen aan veelbelovende initiatieven of goed lopende projecten. Bij deze projecten staat voorop dat de projecten gericht zijn op patiëntgebonden consultatie en zowel de GGZ-specialisten (zoals psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en andere RIAGG-medewerkers) als de GGZ-disciplines binnen de eerste lijn (zoals huisartsen, AMW en de eerstelijnspsycholoog) een duidelijke rol krijgen toebedeeld in het uitvoeren van consultatie-activiteiten.

Het Steunpunt tussen de Lijnen heeft tot nu toe vier maal gerapporteerd aan de Stuurgroep tussen de Lijnen n.a.v. het monitoren van consultatieve projecten. In de laatste tussenrapportage van september 2001 over de inzet van Consultatiegelden werd geconstateerd dat intussen in alle regio's consultatieve activiteiten in gang gezet zijn. Op alle fronten is er sprake van een toename vergeleken bij eerdere jaren: er is een toename van instellingen die een beroep op de regeling gedaan hebben, van aangemelde projecten en van projecten die blijken hun deelname aan de registratie van consultaties van het Steunpunt tussen de Lijnen ook daadwerkelijk op een reguliere basis consultatieve activiteiten uitvoeren. Vergelijken we deze situatie met de situatie in augustus 2000, dan blijkt de consultatieve activiteit door de Consultatieregeling te zijn toegenomen. Waren er in 2000 nog 58 instellingen met 95 projecten, in 2001 tellen we 68 instellingen met 112 projecten. Het aantal projecten dat consultatieve bijeenkomsten registreert (een maat waardoor we met zekerheid kunnen zeggen dat een project loopt), is gestegen van 13 instellingen (24 projecten) tot 51 instellingen (75 projecten).

Inhoudelijk is er een duidelijke toename te zien in het percentage projecten waarbij ook AMW en/of eerstelijnspsycholoog consultatievragers zijn, hoewel vrijwel alle projecten zich ook op huisartsen blijven richten. Evenals bij eerdere aanvragen staan de meeste projecten open voor alle doelgroepen en alle soorten consultatievragen op GGZ-gebied. Naar schatting, mede op basis van indrukken van de helpdesk van het Steunpunt tussen de Lijnen, hebben tussen de 1000 en 1500 huisartsen de mogelijkheid om consultatie te vragen.

Uit de rapportage van september 2001 bleek ook dat in de meeste zorgregio's al het beschikbare geld is ingezet. Dat betekent dat indien alle consultatieprojecten hun activiteiten volgend jaar continueren, er in die regio's geen nieuwe initiatieven kunnen worden beloofd. Ook gezien een aantal afwijzingen van projectaanvragen voor 2001, lijkt in meerdere regio's de grens te zijn bereikt.

Met betrekking tot de registratie van consultatieve bijeenkomsten is tot nu toe twee keer gerapporteerd aan de Stuurgroep tussen de Lijnen. In december 2001 is voor het laatst gerapporteerd over de inhoud van consultatieve bijeenkomsten. Op basis van bijna 12.000 registratieformulieren die door consultatiegevers zijn ingevuld over de consultatieve bijeenkomsten, is een landelijk beeld ontstaan van de praktijk van consultatieve bijeenkomsten. Uit deze landelijke gegevens blijkt dat de meeste consultaties gericht zijn op huisartsen Het AMW en eerstelijnspsychologen zijn in respectievelijk 67% en 24% van de projecten betrokken, maar het aantal consultaties waarbij zij zijn betrokken is laag vergeleken

bij de consultaties die door huisartsen zijn aangevraagd, te weten in respectievelijk 6% en 2% van de gevallen. Het grootste gedeelte van de consultaties wordt verzorgd door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), waarbij vaak een gesprek wordt gevoerd met de patiënt zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. Vaak volgt dan een voortzetting van de consultatie, wat lijkt te wijzen op een kortdurende behandeling.

De belangrijkste redenen van consultatie zijn de behoefte aan verwijsadvies, onduidelijkheid over de diagnose en behoefte aan advies over de omgang met de patiënt. De meest voorkomende problematiek van patiënten waarover consultatie wordt gevraagd zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek. Angst- en spanningsklachten komen op de derde plaats.

Wanneer het vervolg van de consultaties voor de patiënt wordt gezien, blijkt dat er in bijna de helft van de gevallen sprake is van een verwijzing, meestal naar de specialistische GGZ. In 33% volgt een voortzetting van de consultatie, in de meeste gevallen in dezelfde setting. In een kwart van de gevallen zet de consultatievrager zelf de behandeling voort.

### **3.5 Samenwerkingsconvenant ter versterking eerstelijns GGZ**

#### **3.5.1 Inleiding**

Het samenwerkingsconvenant is een overeenkomst tussen de koepelorganisaties van de drie eerstelijns-GGZ beroepsgroepen: LHV (huisartsen), LVE (eerstelijnspsychologen) en MO Groep (AMW). Dit convenant is in juni 1999 ondertekend en heeft tot doel een gezamenlijke visie op de EGGZ te bereiken. Ook wordt een betere samenwerking en afstemming tussen eerstelijnsdisciplines en de gespecialiseerde GGZ nagestreefd. Deze visie is verwoord in de nota "De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2000)", en heeft geresulteerd in landelijke afspraken.

Voor de uitwerking van het samenwerkingsconvenant is voor elk van de drie betrokken partijen maximaal fl 1 mln per jaar beschikbaar gesteld voor de periode 2001-2004. Het grootste deel daarvan (80%) zetten de partijen in voor een kwaliteitsprogramma eerstelijns GGZ gericht op de eigen discipline. Doel daarvan is het bevorderen van de kwaliteit van de dienst en zorgverlening. Daarnaast zijn de partijen overeengekomen om ieder fl. 200.000,- per jaar (dus 20% van het totale budget) in te zetten voor een gezamenlijk programma ten behoeve van de samenwerking op regionaal en lokaal niveau. Dit gebeurt via het project Korte Lijnen, welke in paragraaf 3.5.5. beschreven is.

Ten behoeve van de informatie uitwisseling en afstemming van de activiteiten die plaatsvinden binnen de kwaliteitsprogramma's van elk van de drie partners is een projectoverleg georganiseerd. De convenantpartners hebben de verantwoordelijkheid voor het (jaarlijks) opstellen van voortgangsrapportages en de evaluatie van de afzonderlijke projecten. Deze evaluaties worden door één bureau uitgevoerd.

#### **3.5.2 Uitwerking samenwerkingsconvenant door de MO-groep (Algemeen Maatschappelijk werk)**

*Bron: VOG (2001) Plan van Aanpak; AMW, partner in de eerstelijns GGZ; VOG (2001) Rapportage 2000 - eerste kwartaal 2001, verslag project "Versterking samenwerking in de eerstelijns GGZ" voor het AMW; Stuurgroep Tussen de Lijnen 7 februari 2002, bijlage bij agendapunt 6.*

De MO-groep heeft voor de AMW-specifieke uitwerking van het samenwerkingsconvenant een project opgezet met de titel "Versterking samenwerking eerstelijns GGZ voor het AMW". De doelstelling van dit project is versterking en kwaliteitsverbetering van het AMW ten behoeve van de samenwerking met eerstelijnspsychologen en huisartsen. Het uiteindelijke doel is gelegen in een verbetering voor de hulpvragers: mensen bij wie de problemen wellicht (nog) niet 'zwaar' genoeg zijn om hulp te krijgen binnen de gespecialiseerde GGZ. Hun problematiek is wel zodanig zwaar dat zij in sociale en/of economische zin belemmeringen ervaren; mensen die om andere redenen geen beroep kunnen of willen doen op de gespecialiseerde GGZ, mensen die een wachttijd moeten overbruggen, mensen bij wie somatische klachten of sociale problemen gepaard gaan met psychische achtergronden, en



mensen met psychische klachten die niet (meer) worden behandeld in de gespecialiseerde GGZ.

Het project richt zich op alle bij de MO-groep aangesloten organisaties die de functie Algemeen Maatschappelijk Werk uitvoeren. Het project heeft een looptijd van 4 jaar.

Voor de begeleiding van het kwaliteitsproject is een begeleidingsgroep geïnstalleerd. Hierin participeren vertegenwoordigers uit het AMW, cliënten/patiënten perspectief, deskundigen op het gebied van eerstelijns GGZ problematieken kwaliteit, en de beroepsorganisatie voor maatschappelijk werkers (NVMW). AMW-organisaties en ketenpartners ontvangen regelmatig informatie over het project in "Vangnet", een uitgave van de MO-groep AMW.

Binnen het kwaliteitsproject zijn, naast het project Korte Lijnen, drie deelprojecten opgezet die moeten bijdragen aan de versterking van het AMW als partner in de eerstelijns GGZ (zie VOG "Plan van aanpak AMW, 2001): a) Deskundigheidsbevordering; b) Kennissysteem AMW; c) Implementatie Kwaliteitszorg AMW. De eerste 2 projecten worden uitgevoerd door externe uitvoerders, te weten respectievelijk het NIZW en het bureau Joenje Knowledge.

### **a) Deskundigheidsbevordering**

Het doel van dit deelproject is tweeledig:

- Verbeteren van deskundigheid op het gebied van de eerstelijns GGZ om de kwaliteit van de hulpverlening aan cliënten met complexe psychosociale en psychiatrische problemen in de eerstelijns GGZ te bevorderen
- Bevorderen van de samenwerking met zowel de eerste als tweedelijns GGZ.

Binnen dit deelproject is aandacht voor een viertal thema's:

- Ontwikkeling en aanbieden van een soort basiscursus psychiatrie / psychopathologie: kennis en vaardigheden van algemeen maatschappelijk werkers in relatie tot het onderwerp psychiatrie als geheel op een hoger niveau brengen. Dit thema is gericht op alle AMW-instellingen. Kennis over psychiatrische classificatiesystemen (DSM IV) en de consequenties voor het methodisch handelen van de maatschappelijk werkers staan centraal.
- Ontwikkeling en aanbieden van een cursus rapporteren: vaardigheden om gesprekken en andersoortige interventies bij cliënten met complexe psychosociale en psychiatrische problematiek te verslaan of rapporteren, al dan niet op verzoek van of in opdracht van samenwerkingspartners uit de eerste- of tweedelijns GGZ.
- Ontwikkeling van een cursus samenwerking met andere disciplines in de eerste en tweedelijns GGZ. Deze cursus zal in nauwe afstemming met andere partners in de eerstelijns GGZ worden ontwikkeld.
- Ontwikkeling van een cursus ter verdieping van een aantal onderdelen uit de basiscursus, zoals het uitwerken van een aantal veel in het AMW voorkomende psychische problemen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, alcoholmisbruik en ADHD). De achterliggende gedachte hierbij is dat het AMW een potentiële uitvoerder is van eenvoudige of lichte interventies in de eerstelijns GGZ.

Daarnaast vindt een programma-evaluatie plaats van dit pakket van deskundigheidsbevordering om te onderzoeken in hoeverre de ontwikkelde cursussen bijdragen aan de vooraf gestelde doelen van deskundigheidsbevordering.

### **b) Kennissysteem AMW**

Dit deelproject is gericht de ontwikkeling van de bijdrage van het AMW aan een via internet beschikbaar kenniscentrum voor de zorgsector. Het biedt het AMW de kans om aan te sluiten bij de ontwikkeling op het gebied van kennisuitwisseling in die zin dat praktische kennis beschikbaar wordt voor uitvoerend maatschappelijk werkers. Het digitale kenniscentrum zal gevoed worden met casussen uit de praktijk van AMW en eerstelijns GGZ, en voorziet in koppelingen met externe databanken van met name uitgevers en kenniscentra in de zorgsector. Het kenniscentrum kan een bijdrage leveren als beslissingsondersteunend

instrument in het primaire proces in het AMW. De bedoeling is dat het kenniscentrum toegankelijk is voor alle AMW en eerstelijns GGZ organisaties.

Verwacht wordt dat het digitale kenniscentrum ook een bijdrage levert aan de verbetering van de onderlinge samenwerking in de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van het zorgaanbod van de 3 partners in de eerstelijns GGZ.

### **c) Implementatie Kwaliteitszorg AMW**

Het algemene doel van dit deelproject is zesledig: in kaart brengen hoever AMW-organisaties gevorderd zijn met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem; draagvlak creëren bij de AMW-organisaties voor de verdere invoering van kwaliteitsbeleid; voorwaarden creëren om kennis te bevorderen binnen AMW-organisaties, zodat een kwaliteitssysteem kan worden ingevoerd; op maat ondersteunen en faciliteren bij de verdere ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem; instrumenten en methoden ontwikkelen voor een verantwoord en toetsbaar kwaliteitssysteem; bevorderen van de ontwikkeling van kwaliteit van het zorgaanbod in de eerstelijns GGZ.

Het deelonderzoek bestond uit de volgende 4 thema's:

- Inventarisatie actuele stand van zaken met betrekking tot de implementatie van kwaliteits-zorg AMW, met als doel:
  - inzicht verkrijgen in de mate waarin AMW-instellingen in Nederland begin 2001 aan 29 bestaande kwaliteitsnormen voldeden. Aan de hand hiervan kan vooruitgang worden gemeten na afloop van het kwaliteitsprogramma. Dataverzameling vond plaats via een telefonische enquête onder alle 160 AMW-instellingen.
  - inzicht verkrijgen in niveauverschillen tussen AMW-instellingen in de mate waarin kwaliteitssystemen zijn ontwikkeld en ingevoerd, en implicaties van die niveauverschillen voor een te ontwikkelen kwaliteitsprogramma
  - inzicht verkrijgen in succes- en faalfactoren en in de behoeften die er bij AMW-instellingen t.a.v. het kwaliteitsprogramma staan. Dataverzameling vond plaats via literatuurverkenning en via diepte-interviews met een geselecteerde steekproef van AMW-instellingen. Succesfactoren werden geïnventariseerd bij instellingen die vergevorderd waren met de invoering van een kwaliteitssysteem; faalfactoren bij instellingen die geen vooruitgang hadden geboekt/achteruit waren gegaan.
- Opzet van een interne kwaliteitsaudit. Een interne kwaliteitsaudit dient om in kaart te brengen waar men als organisatie staat ten opzichte van door de sector zelf vastgestelde normen. De resultaten van de audit vormen de basis voor verbeteracties. De audit wordt uitgevoerd met behulp van een checklist Kwaliteitsnormen, die via dit deelproject vernieuwd en bijgesteld gaat worden.
- Inter-institutionele toetsing. Doel hiervan is dat de te toetsen organisatie zich met behulp van collega-organisaties een oordeel kan vormen over de stand van zaken in de eigen organisatie. Dit thema moet leiden tot een protocol Visitatie AMW en goed getrainde visitatieteams. Bovendien moeten in 2003 alle instellingen die dit wensen en die een interne kwaliteitsaudit hebben uitgevoerd door een visitatieteam zijn bezocht. Naast beoordeling van de dienstverlening en de organisatorische voorwaarden wordt door het visitatieteam gekeken naar eventuele verschillen tussen de rapportage van de interne audit en de bevindingen van het visitatieteam.
- Certificeringstraject. Certificering houdt in dat door een onafhankelijk extern toetsende organisatie op grond van het HKZ-certificatieschema wordt nagegaan of de AMW-organisatie voldoet aan de in dit schema gestelde normen. Als aan de eisen is voldaan ontvangt de organisatie een HKZ/ISO certificaat, waarmee aan cliënten, financiers en anderen kan worden aangetoond dat aan de vastgestelde kwaliteitsnormen wordt voldaan. Doel van dit thema is dat de sector AMW in 2001 over een HKZ certificeringsschema AMW beschikt, en dat in 2004 25% van de AMW-organisaties is gecertificeerd.

### **Stand van zaken tot nu toe:**

*Deskundigheidsbevordering:* In 2001 zijn de eerste 2 cursussen ontwikkeld en in tweede helft van het jaar aan het veld aangeboden (psychopathologie/psychiatrie en rapporteren). In

het vierde kwartaal van 2001 is de opdracht voor de cursus samenwerken gegeven.

*Kennissysteem AMW:* In 2002 zijn bij 5 AMW-organisaties een pilot gestart. In de pilots wordt het functioneel ontwerp getest. (uit: Voortgangsverslag project "Versterking samenwerking in de eerstelijns GGZ voor het AMW, periode 2000 / eerste kwartaal 2001).

*Implementatie Kwaliteitszorg AMW:* De inventarisatie van de actuele stand van zaken is in 2001 afgerond en heeft geresulteerd in het rapport 'Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk: de stand van zaken in 2001' (Nivel/VOG, maart 2001). Voor de ontwikkeling van het HKZ-certificeringsschema is de hiervoor bij de Stichting HKZ ingestelde werkgroep 6 maal bij elkaar geweest. Het schema komt in het eerste kwartaal van 2002 beschikbaar.

Besloten is om kwaliteitskringen op regionaal niveau op te starten. Kwaliteitskringen worden gebruikt om de implementatie van kwaliteitsbeleid te ondersteunen, en bestaan uit afgevaardigden van AMW-organisaties die in hun eigen organisatie belast zijn met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. Na overleg met alle regionale overleggen (de ROAM's) blijkt dat de ondersteuning door middel van kwaliteitskringen onderschreven wordt.

### **3.5.3 Uitwerking samenwerkingsconvenant door LVE (eerstelijnspsychologen)**

*Bron: LVE (2000). Meerjarenplan. Uitwerking 'Samenwerkingsconvenant Eerstelijns GGZ' door de Landelijke Vereniging van Eerstelijns Psychologen (LVE); Stuurgroep 7 februari 2002, Bijlage bij agendapunt 6.*

De LVE heeft ervoor gekozen om in de beginfase veel aandacht te besteden aan de opbouw, structuur en organisatie van de eerstelijnspsychologen als basis voor de uitvoering van een goed en gezamenlijk kwaliteitsbeleid. Hiervoor is een regiefunctie in het leven geroepen met de volgende activiteiten:

- Monitoring van activiteiten, interne en externe afstemming, evaluatie, implementatie en opzetten van vervolgactiviteiten
- Achterban bij de ontwikkelingen betrekken en een draagvlak creëren voor de activiteiten (achterban informeren, stimuleren van discussie en samenwerking op regionaal niveau, voorbereiden bijeenkomsten en signaleren van leemten/problemen).
- Uitwerken beleidsvoornemens, stimuleren van onderzoek, evalueren en implementeren van gezamenlijke activiteiten en beleid

Ook wordt er gewerkt aan een harmonisatie van de regionale indeling van eerstelijnspsychologen: de regio-indeling van de ROEP's wordt aangepast aan de WZV-/zorgkantoor-/DHV-regio's.

Op het gebied van kwaliteit richt de LVE zich op de volgende onderdelen:

- Opbouwen van een kwaliteitsnetwerk en kadervorming: het doel hiervan is om op regionaal/lokaal niveau de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- Deskundigheidsbevordering
  - opzetten van een training voor regionale kwaliteitsfunctionarissen
  - aanbieden (en zo nodig ontwikkelen) van na-/bijscholingscursussen voor eerstelijnspsychologen
  - realisering van een leerstoel Eerstelijnspsychologie ter bevordering van de kwaliteitszorg en het wetenschappelijk onderzoek
- Kwaliteitssysteem eerstelijns psychologenpraktijken: verwijzer, patiënt en financier moeten een eenduidig beeld kunnen krijgen van hetgeen verwacht kan worden van een eerstelijnspsycholoog
  - ontwikkeling schema van kwaliteitsnormen
  - themadag normenstelsel
  - voorbeeldhandboek Kwaliteit voor eerstelijnspsychologen
  - certificering van eerstelijnspsychologen die ervoor moeten zorgen dat de verwijzer, de patiënt en de financier een eenduidig beeld krijgen van hetgeen eenieder kan verwachten van de eerstelijnspsycholoog

- Communicatie achterban:
  - stimuleren automatisering
  - uitbrengen van een kwaliteitsbulletin
  - organiseren congres
- Evaluatie: het traject zal als geheel en op organisatieniveau geëvalueerd worden. Zowel de procesevaluatie als de effecten voor de zorg zullen hierbij onderwerp van onderzoek zijn. De evaluatie van het kwaliteitsproject van LVE gebeurt door bureau Bartels. De eerste tussentijdse evaluatie vindt plaats in 2002.

#### **Stand van zaken tot nu toe:**

*Opbouw en structuur:* De LVE brengt sinds 1 januari 2001 een nieuwsbrief uit; daarnaast wordt gewerkt aan het updaten van de LVE-website. Met betrekking tot de harmonisatie van de regionale indeling vond in oktober-december 2001 een ronde langs alle ROEP's plaats. Tijdens deze gesprekken werden de knelpunten ten aanzien van de huidige regionale indeling van de ROEP's en DHV's en de spreiding van eerstelijnspsychologen geïnventariseerd. Naar aanleiding van de resultaten zal bekeken worden of aanvullende activiteiten noodzakelijk zijn.

*Kwaliteitsbeleid:* Om het kwaliteitsnetwerk te ontwikkelen is per 1 januari 2001 een kwaliteitsplatform ingesteld, dat bestaat uit 8 regionale kwaliteitsfunctionarissen (0.2 fte). Dit platform komt maandelijks bijeen en heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit en het bieden van ondersteuning bij de invoering van een kwaliteitssysteem in de sector.

Met betrekking tot deskundigheidsbevordering is in september 2001 een werkgroep eerstelijnspsychologen ingesteld. Deze werkgroep adviseert het bestuur van de LVE over een kader voor het werkveld van de eerstelijnspsycholoog, inventariseert het huidige deskundigheidsbevorderingsaanbod, en stelt lacunes in het huidige aanbod vast. Op basis hiervan zal zonodig het cursusaanbod worden uitgebreid. Ook zal het advies gebruikt worden als basis voor het accrediteren van het bij-/nascholingsaanbod voor de herregistratie van eerstelijnspsychologen.

Ook aangaande het kwaliteitssysteem heeft al het een en ander plaatsgevonden. In het derde kwartaal van 2001 was de themadag 'normenstelsel' in de vorm van workshops, en ook het voorbeeldhandboek Kwaliteit voor eerstelijnspsychologen is in 2001 ontwikkeld. Vanaf september 2001 is gestart met maandelijks bijeenkomsten van een door de Stichting HKZ ingestelde werkgroep met als doel het ontwikkelen van een certificatieschema op basis van door de LVE opgestelde normen.

Tenslotte is ook gewerkt aan de toepassing van ICT bij de eerstelijnspsychologen. In september 2001 heeft de werkgroep ICT aan het bestuur van LVE een advies uitgebracht over de stappen die noodzakelijk zijn om op een goede manier het gebruik van ICT binnen de sector te bevorderen en op deze manier ook de eerstelijns GGZ te versterken (zie LVE Beleidsnotitie ICT, 2001). Momenteel worden de mogelijkheden voor externe financiering van onderdelen van het stappenplan onderzocht. Op basis hiervan zal een werkplan voor 2002 worden opgesteld.

#### **3.5.4 Uitwerking samenwerkingsconvenant door LHV (huisartsen)**

Het budget waarover de LHV beschikt via het samenwerkingsconvenant wordt besteed aan het kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen. Dit kwaliteitsbeleid wordt voor het grootste deel gefinancierd met subsidie die VWS beschikbaar heeft gesteld aan de LHV voor ondersteuning aan huisartsen (fl. 12 mln in totaal, zie § 3.3.2 van dit hoofdstuk). Voor een beschrijving van de uitwerking van het kwaliteitsbeleid wordt verwezen naar § 3.7 van dit hoofdstuk.

#### **3.5.5 Uitwerking samenwerkingsconvenant via Korte Lijnen**

*Bron: Korte Lijnen. Werkplan 'Verbetering samenwerking in de eerstelijns GGZ, oktober 2000; Stuurgroep 7 februari 2002, bijlage bij agendapunt 6; Scholte en Tiemens (2001.) Uitvoeringsplan Korte Lijnen. Voor meer informatie over het project Korte Lijnen wordt verwezen naar de projectleider daarvan bij het NIZW.*

De drie kernpartijen (MO-groep, LVE, LHV) besteden ieder 20% van hun budget van het

samenwerkingsconvenant aan het project Korte Lijnen. Dit project heeft tot doel het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De uitvoering van het project is in handen van het NIZW en het Trimbos Instituut. Het gaat in Korte Lijnen om de samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. Er wordt ingezet op de volgende onderdelen:

- Ontwikkeling van basisprotocollen voor samenwerking, om te komen tot een model voor een samenwerkingsstructuur. Deze protocollen geven samen richting aan de organisatie en inhoud van de samenwerking, m.a.w. hoe, wanneer en waarover er wordt samengewerkt in de eerstelijns GGZ:
  - protocollen voor informatie-uitwisseling
  - verwijsprotocollen
  - protocollen voor consultatie
  - protocollen voor gezamenlijke behandeling
- Ondersteuning samenwerking in de eerstelijns GGZ: Het ontwikkelen en implementeren van een ondersteuningsmethodiek en structuur voor samenwerking voor de disciplines in de eerstelijns GGZ. De ondersteuning is gericht op zowel de organisatie als op de inhoud van de samenwerking.

#### **Stand van zaken tot nu toe:**

De samenwerkingsstructuur en de protocollen worden bottom-up vanuit de dagelijkse praktijk in zgn. pilotregio's ontwikkeld. Momenteel is in vier regio's gestart met experimenten: in Midden-Limburg, Haarlem e.o., Delft e.o. en in Den Bosch e.o.. Iedere regio heeft een regiocoördinator. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de regionale situatie is in elke regio eerst een inventarisatie uitgevoerd van reeds aanwezige samenwerkingsstructuren en -afspraken en de hiaten, knelpunten en wensen van huisartsen, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en cliënten op dat terrein. Deze inventarisaties hebben plaatsgevonden aan de hand van een checklist. De resultaten van deze inventarisaties staan momenteel in concept weergegeven in regio-notities.

Naast de regionale inventarisatie heeft ook een landelijke inventarisatie van bestaande samenwerkingsstructuren en -protocollen plaatsgevonden. Op basis van deze inventarisatie (met overigens een beperkte opbrengst) en ideeën in de praktijk van de pilotregio's worden de vier genoemde protocollen ontwikkeld. Deze zullen steeds aangepast worden aan de lokale en regionale situatie van de pilotregio's.

Vanuit de bevindingen uit de regio-inventarisaties wordt in de pilotregio's gestart met het ontwikkelen, testen en evalueren van de eerste samenwerkingsstructuren en -protocollen, waaruit een meer algemeen model zal worden afgeleid. Het is de bedoeling dat begin 2003 dit model via een olievlekmethode wordt overgedragen naar aanpalende regio's.

Naast de landelijke begeleidingsgroep Korte Lijnen wordt ook per regio gestreefd naar een of andere vorm van regiobegeleiding. Hierbij wordt nadrukkelijk gepoogd cliënten (bijv. een afdeling van de cliëntenbond) te betrekken.

## **3.6 Onderzoek eerstelijnspsychologen**

### **Inleiding**

In deze paragraaf wordt de achtergrond van het onderzoek bij eerstelijnspsychologen uiteengezet. Daartoe wordt achtereenvolgens ingegaan op de functie van de eerstelijnspsycholoog, de ontwikkelingen in de positie van de eerstelijnspsycholoog, een korte beschrijving van het onderzoek, en het standpunt van het ministerie van VWS omtrent financiering van eerstelijnspsychologen op basis van de ontwikkelingen tot nu toe. Voor deze paragraaf is uitsluitend gebruik gemaakt van schriftelijke documentatie.

### **Functie eerstelijnspsycholoog**

De eerstelijnspsycholoog wordt gekenmerkt door een generalistische werkwijze in de vorm

van diagnostiek en kortdurende behandeling van psychische problemen. Doelstellingen van de behandeling zijn: preventie, behandeling en zorg. Het betreft met name de behandeling van “lichtere problematiek”, zoals stemmings-, angst-, en aanpassingsstoornissen en burn-out (zie Mesman e.a., 2001). Ook voor mensen die om psychische redenen slechter functioneren en bijvoorbeeld daarom ook verzuimen van het werk kan de eerstelijnspsycholoog een functie vervullen (zie Brief Geestelijke Gezondheidszorg, 2001).

### **Ontwikkelingen in de functie/positie van de eerstelijnspsycholoog**

Psychologen zijn in de jaren zeventig samenwerking gaan zoeken met huisartsen. In de eerste instantie geschiedde deze samenwerking vooral vanuit de instellingen waar psychologen werkzaam waren, zoals PAAZ-en en Medisch Opvoedkundige Bureau's. Vanaf de jaren tachtig gingen psychologen zich zelfstandig vestigen in de eerstelijns, en werden ze geleidelijk aan als verstrekking opgenomen in verschillende ziektekostenverzekeringen. Vanaf toen werd ook de term eerstelijnspsycholoog geïntroduceerd (zie Mesman e.a., 2001). Het zorgaanbod was echter nog onvoldoende sterk ontwikkeld en gepositioneerd om al direct opname in het ziekenfonds te realiseren (Brief Geestelijke Gezondheidszorg 2001).

Inmiddels is duidelijk dat de eerstelijnspsycholoog een essentieel onderdeel vormt van de eerstelijns GGZ. De eerstelijnspsycholoog vult het hiaat aan in de eerstelijns waar huisarts en AMW niet voldoende deskundigheid hebben, en is tevens een belangrijke schakel naar de tweedelijns GGZ. Als onderdeel van de eerstelijns zijnde moet de eerstelijnspsycholoog vrij toegankelijk zijn voor iedereen met psychische problemen. Dit is echter niet het geval, in tegenstelling tot de andere disciplines van de eerstelijns GGZ: huisarts en het algemeen maatschappelijk werk. De eerstelijnspsycholoog is namelijk niet in het basispakket van het ziekenfonds verzekerd, maar in het aanvullend pakket. Uit een onderzoek van het Nivel (Mesman e.a., 2001) blijkt dat dit de toegankelijkheid kan beperken. Een reden die hiervoor genoemd wordt is dat veel mensen psychische problematiek niet als een reëel risico inschatten en zich uit eigen beweging voor zorg op dat gebied onvoldoende verzekeren. Een andere reden hangt samen met het feit dat de eerstelijnspsycholoog grotendeels behandelt op verwijzing van de huisarts. De huisarts laat zijn verwijzing vaak afhangen van de wijze waarop de cliënt verzekerd is: een cliënt die niet verzekerd is voor een eerstelijnspsycholoog zal eerder verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ in de tweede lijn. Dit is vaak echter niet nodig en tevens duurder. Bovendien heeft de tweedelijns nog te kampen met lange wachtlijsten en wachttijden, waardoor de problematiek kan verergeren (Brief Geestelijke Gezondheidszorg, 2001).

## **Het onderzoek**

Bovenstaande ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het ministerie van VWS met ingang van 2000 fl. 2 mln beschikbaar heeft gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Dit onderzoek vindt plaats in de vorm van het project: "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen". De uitvoering gebeurt door het adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM).

Het onderzoek moet leiden tot aanbevelingen over de wijze waarop financiering van het zorgaanbod van eerstelijnspsychologen het best kan worden vormgegeven, en de budgettaire gevolgen daarvan. Onderzocht wordt welke randvoorwaarden moeten worden vervuld om de ruimere financiële toegankelijkheid maximaal te benutten, en wat de bijdrage van die ruimere financiële toegankelijkheid kan zijn aan de opbouw van een gestructureerde eerstelijns GGZ. Ook zullen de uitkomsten meer inzicht geven in het verwijsgedrag van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog, om welke problematiek het daarbij gaat en hoeveel zittingen de eerstelijnspsycholoog gemiddeld nodig heeft om de cliënt te diagnosticeren en behandelen. Tenslotte wordt gevraagd naar tevredenheid van huisartsen over de samenwerking met eerstelijnspsychologen en tevredenheid van de cliënten.

Voor het onderzoek is in twee pilotregio's een financieringsmethodiek ingevoerd waarbij de ziekenfondsverzekerden, binnen bepaalde grenzen, een aanvullende vergoeding krijgen boven op hetgeen reeds door hun zorgverzekeraar wordt vergoed. Op deze wijze ontvangen zij uiteindelijk een volledige of bijna volledige vergoeding voor eerstelijnspsychologen-hulp. Hiermee is er voor ziekenfondsverzekerden geen of een zeer lage financiële drempel voor eerstelijnspsychologen-hulp. Er is gekozen voor één pilotregio waarin de hulp volledig wordt vergoed, en één regio waar een bijdrage van fl. 22,- per consult geldt. De geselecteerde pilotregio's zijn Noord Holland Noord en Noord Brabant Noordoost. Bij deze pilotregio's zijn in totaal 121 eerstelijns-psychologen betrokken. Ook is een controleregio met ongeveer 20 eerstelijnspsychologen geselecteerd waar de gegevens uit de pilotregio's mee vergeleken worden. Cliënten kwamen vanaf 1 oktober 2001 in aanmerking voor deelname aan de pilot. De doorlooptijd van het project is afhankelijk van hoeveel cliënten er binnen een bepaalde tijd gebruik maken van de financieringsregeling, maar in principe kunnen huisartsen tot eind 2002 patiënten doorverwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

Het onderzoek zal in 2003 zijn afgerond, en de eerste onderzoeksresultaten worden begin 2002 verwacht. Er zijn op het moment van deze rapportage nog geen publicaties beschikbaar. Daarom wordt voor meer informatie over dit onderzoek verwezen naar het uitvoerende adviesbureau: Hoeksma, Homans & Menting (HHM) uit Enschede.

## **Standpunt ministerie van VWS**

De minister van VWS heeft aan de Tweede Kamer toegezegd in 2001 een standpunt in te nemen omtrent de financiering van eerstelijnspsychologen. Echter, in haar brief aan de Tweede Kamer van december 2001 gaf zij aan dat een definitief standpunt pas in de volgende kabinetsperiode ingenomen kan worden. De reden hiervoor is dat pakketdiscussies, en daarmee ook de discussie over het onderbrengen van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket, niet meer in het huidige kabinet gevoerd zullen worden.

De minister geeft wel een aantal opties die het uitgangspunt kunnen vormen bij de afweging over eventuele opname in het ziekenfondspakket of de toekomstige algemene verzekering. Deze zijn als volgt:

- volledige opname in het ziekenfondspakket
- opnemen van een beperkt aantal zittingen in het ziekenfondspakket
- niet opnemen in het ziekenfondspakket, maar verzekerd laten in de aanvullende verzekering

De minister oppert dat het opnemen van een beperkt aantal zittingen in het ziekenfonds het meest aansluit bij de insteek van doelmatige zorg en de huidige financiering van de reguliere zorg in de eerstelijns: kortdurend en generalistisch. Haar argumentatie is als volgt: "Omdat de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog kortdurend en generalistisch is, moet deze

geboden kunnen worden in een beperkt aantal zittingen. Vanaf dit maximum heeft de cliënt de mogelijkheid van een vrijwillige verzekering of kan hij worden doorverwezen naar de tweedelijns waar specialistische hulp geboden wordt. Onderzocht zou moeten worden of een verlenging na het maximum een mogelijkheid is. Het oogmerk van kostenbeheersing zou ook kunnen pleiten voor het opnemen van een beperkt aantal zittingen” (Brief minister VWS aan de Tweede Kamer, december 2001).

### 3.7 Ondersteuning huisartsen

*Bron: LHV (2001). Werkplan Kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen; Stuurgroep 7 februari 2002, bijlage bij agendapunt 6.*

De activiteiten die ontplooid worden ter ondersteuning van huisartsen op het gebied van de eerstelijns GGZ zijn gericht op drie doelstellingen: het voortzetten van de vorming van beleid, het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbevordering, en het evalueren van de voortgang. Hieronder wordt een korte beschrijving van de genoemde doelstellingen gegeven.

#### **Beleidsvorming**

Doel van het themabeleidsvorming was om zoveel mogelijk huisartsdistricten betrokken te krijgen bij het inventariseren van knelpunten en behoeften van huisartsen aan ondersteuning, het opstellen en toetsen van plannen, en het afsluiten van contracten met de LHV over de uitvoering van de plannen. Deze inventarisatie helpt de LHV bij het ontwikkelen van een visie op de functie en taken van de huisarts in de eerstelijns GGZ, en kan huisartsen helpen bij het maken van keuzes in visie en taken betreffende de eerstelijns GGZ. In aansluiting hierop wordt het mogelijk om activiteiten voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking zo zinvol mogelijk in te zetten. De inventarisatie gebeurt in opdracht van de LHV door de Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit (WOK), die verbonden is aan de Universiteit Nijmegen. Hiertoe is een enquête ontwikkeld die bij een grote steekproef van huisartsen afgenomen wordt. Op basis van de uitkomsten van deze inventarisatie worden de districten benaderd met een ondersteuningsaanbod “op maat”.

#### **Ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbevordering**

Een eerste concretisering van het kwaliteitsbeleid GGZ is de ontwikkeling van een kaderopleiding GGZ, waarbinnen per district een of twee huisartsen worden opgeleid om de deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ binnen dat district te stimuleren en mede uit te voeren.

In de tweede plaats worden de middelen die voor het kwaliteitsbeleid GGZ zijn toegekend, ingezet om nieuw kwaliteits- en nascholingsmateriaal te ontwikkelen. Daarnaast beschikt het NHG uiteraard al over een groot aantal standaarden en bijbehorende deskundigheidsbevorderingspakketten.

#### **Evaluatie**

De stand van zaken op het gebied van het kwaliteitsbeleid GGZ wordt in twee periodes geïnventariseerd: in 2001 en in 2003. De evaluatie van 2001 is besproken bij de beleidsvorming. De evaluatie van de interventies die uitgezet zijn ter bevordering van het kwaliteitsbeleid GGZ vindt plaats in 2003. Omdat de doelstellingen van de LHV en die van de onderhavige algemene programma-evaluatie grotendeels overlappen is besloten om tot een gezamenlijke enquête te komen die eenmaal door de WOK, en eenmaal door het Nivel zou worden afgenomen. De evaluatie van 2003 gebeurt eveneens door het WOK, in samenwerking met het Nivel.

#### **Stand van zaken tot nu toe:**

*Beleidsvorming:* De meeste DHV's (20 van de 23) brengen inmiddels knelpunten in kaart en bepalen speerpunten voor beleid. Bij ruim de helft zijn de activiteiten vastgelegd in een plan. De meeste overige districten ontplooiën wel activiteiten, maar doen dit nog niet voldoende planmatig. Een tweetal districten beraadt zich nog over meedoen aan het project.

Ook is voortgang geboekt met profilering van de huisarts in de GGZ onder de relevante



partners en partijen in de eerste en tweede lijn.

*Kwaliteitsbevordering:* Inmiddels is begonnen met de werving voor de kaderopleiding, en de uitvoering van het programma start in de eerste helft van 2002. Veel van het nieuw te ontwikkelen kwaliteitsmateriaal is al in 2001 gerealiseerd; in de loop van 2002 wordt de rest gerealiseerd.

*Evaluatie:* De voormeting is in 2001 uitgevoerd; de uitkomsten van deze inventarisatie zijn inmiddels bekend bij de huisartsdistricten en worden gebruikt bij de keuze van prioriteiten. Het vervolg van de evaluatie gebeurt door het WOK, waarbij de nameting in samenwerking met het Nivel zal worden uitgevoerd.

### 3.8 Diabolo project

Het Diabolo project ondersteunt op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen. Doel hiervan is de samenwerking van de eerstelijns-GGZ disciplines binnen de eerste en tussen de eerste en tweede lijn van de GGZ te vergroten en te verbeteren, zodat op lokaal niveau een samenhangend systeem van (samenwerkings) activiteiten ontstaat.

De maatregelen beschreven in de voorgaande paragrafen zijn vooral algemeen en worden vanuit landelijk niveau ontwikkeld en ondersteund. Bij het Diaboloproject gaat het meer om kleinschaligere of andersoortige initiatieven vanaf de werkvloer die niet aan de criteria voldoen van de landelijke activiteiten, maar die wel een bijdrage kunnen leveren aan de verwezenlijking van de beleidsdoelstelling van VWS. Criteria waaraan lokale initiatieven moeten voldoen om in aanmerking te komen voor financiering vanuit het Diabolo-project zijn:

- Bijdragen aan (multidisciplinaire) samenwerking die erop gericht is om een lokaal systeem voor eerstelijns GGZ te realiseren voor bevolking en beroepsgroepen
- Evaluatie van de gekozen (nieuwe) aanpak, teneinde vast te stellen of bredere implementatie wenselijk dan wel mogelijk is
- Samenwerking van een eerstelijns GGZ-systeem met (andere) voorzieningen op bijv. terreinen van opvang, schuldhulpverlening, jeugdzorg, buurtwerk etc.
- De gewenste ondersteuning kan niet vanuit bestaande regelingen gefinancierd worden.

Het stimuleren van lokale initiatieven zal na verloop van tijd leiden tot:

- Verspreiding van inzichten in (een) werkzame aanpak(ken) in dezelfde of andere regio's, zodat uiteindelijk over het gehele land, voor regio's, werkzame samenwerkingsystemen op het terrein van de GGZ zijn.
- Toegenomen kennis over specifieke (samenwerkings-)problematiek of specifieke doelgroepen
- Inzicht in belemmeringen voor samenwerking vanuit wet- en regelgeving
- Inzicht in de behoefte dan wel de noodzaak van een regionale dan wel landelijke ondersteuningsstructuur in de multidisciplinaire samenwerking in de GGZ.

Het Diabolo project loopt parallel aan het project Korte Lijnen (zie paragraaf 3.5.5 van dit hoofdstuk), de werkzaamheden van het Steunpunt Tussen de Lijnen en de werkzaamheden van de Stuurgroep Tussen de Lijnen.

De werkzaamheden die met dit diaboloproject gemeoid zijn worden uitgevoerd door een landelijke coördinator, in overleg met en waar nodig in samenwerking met andere instanties en functionarissen. Hierbij valt te denken aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen, waarmee de coördinator een functionele relatie heeft; het Steunpunt Tussen de Lijnen, de coördinator van het project 'Korte Lijnen', en mogelijk ook met andere (somatische) sectoren.

#### **Inzet**

Het gaat om projecten gericht op *directe* samenwerking en om projecten gericht op verbetering van de *voorwaarden* van samenwerking.

In tabel 3.16 staat een overzicht van het aantal projecten die per 31 december 2001 geïmplementeerd zijn met behulp van het Diabolo-project.

Tabel 3.16 Projecten behorend bij het Diaboloproject per 31 december 2001  
*Bron: landelijke coördinator Diabolo-project, januari 2002.*

Projectfase		Samenwerking		Voorwaardenscheppend
Implementatiefase		4		3
Ontwerp/besluitfase	6		3	
Idee/ontwerpfase		2		4
Ideefase		3		0
Afgewezen/geen vervolg		8		0

Tot nu toe zijn er vier samenwerkingsprojecten daadwerkelijk gestart en drie projecten die zich bezighouden met het verbeteren van de voorwaarden van samenwerking. Daarnaast zijn er zes samenwerkingsprojecten en drie voorwaardenscheppende projecten die in de ontwerp/besluitfase zitten, wat betekent dat ze binnen afzienbare tijd geïmplementeerd kunnen worden.

### 3.9 Samenvatting en conclusies

Het ministerie van VWS heeft drie soorten maatregelen ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken: landelijke financiële maatregelen met een open inschrijving voor afzonderlijke eerstelijnsinstellingen, subsidiegelden voor de drie beroepsgroepen van de eerstelijns GGZ (AMW, eerstelijnspsychologen, en huisartsen) en subsidie voor incidentele lokale projecten. Tot de eerste soort behoren de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, die bedoeld is om de capaciteitstekorten bij het AMW weg te werken, en de consultatieregeling die tot doel heeft om medewerkers van de drie eerstelijns GGZ-disciplines de mogelijkheid te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Onder de tweede soort maatregelen vallen projecten die voortgevloeid zijn uit het samenwerkingsconvenant van de drie kerndisciplines, onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen, en ondersteuning van huisartsen. Onder de laatste soort maatregelen valt het Diaboloproject. Elk van de genoemde maatregelen en projecten is beschreven, waarbij tevens ingegaan is op zowel de inzet ervan als op de huidige stand van zaken. De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel heeft in dit hoofdstuk de meeste aandacht gekregen, omdat deze voor het eerst geëvalueerd wordt en - naast de consultatieregeling - het meest is uitgewerkt.

Het blijkt dat bijna alle gemeenten in Nederland gebruik maken van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW: 90% heeft een subsidie-aanvraag ingediend. De verwachte capaciteitsuitbreiding van uitvoerend AMW als gevolg van de regeling ligt rond de 20%. De bestedingsdoelen zijn voor het grootste deel capaciteitsuitbreiding, maar daarnaast is de subsidie ook ingezet voor andere AMW-activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Hoewel met de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel beoogd werd om een door VWS opgestelde capaciteitsnorm voor uitvoerend AMW te bereiken, wordt deze naar verwachting door maximaal 25% van de gemeenten gehaald. Voor een uitgebreide beschouwing omtrent de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel wordt verwezen naar de slotparagraaf van de betreffende sectie (§ 3.3). Daar is onder andere ingegaan op verklaringen voor het feit dat de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel niet zal leiden het volledig bereiken van de gestelde capaciteitsnorm.

Uit de beschrijving van de consultatieregeling blijkt dat deze in volle gang is: het beschikbare geld wordt volop besteed: de consultatieve activiteiten zijn toegenomen ten opzicht van de periode vóór de regeling. Momenteel lopen er 112 consultatieprojecten vanuit de consultatieregeling en deze projecten gaan steeds beter lopen. De meeste projecten richten zich op huisartsen. Het AMW en eerstelijnspsychologen zijn bij een substantieel deel van de projecten betrokken, maar het aantal consultaties waarbij zij zijn betrokken is laag vergeleken bij de consultatie die door huisartsen zijn aangevraagd.

Ook op het gebied van samenwerking tussen de beroepsgroepen AMW,

eerstelijnspsychologen en huisartsen gebeurt veel. Een deel van de gelden die de 3 koepelorganisaties hebben gekregen voor kwaliteitsprogramma's binnen hun eigen discipline wordt besteed aan het gezamenlijke project Korte Lijnen. Er zijn tot nu toe in vier regio's experimenten gestart om daar tot een model voor een effectieve samenwerkingsstructuur te komen.

Binnen elk van de drie eerstelijns GGZ-beroepsgroepen worden de voor het samenwerkingsconvenant beschikbare gelden besteed om de kwaliteit van de geleverde GGZ-zorgverlening te verbeteren. Er zijn verschillende kwaliteitsprogramma's ontwikkeld om deskundigheid op het gebied van GGZ en de onderlinge samenwerking te bevorderen. Het AMW heeft cursussen opgezet om de deskundigheid op het gebied van de GGZ te verbeteren en om de samenwerking met zowel de eerstelijns als de tweedelijns GGZ te bevorderen. Ook wordt de bijdrage van het AMW aan een kennissysteem ontwikkeld die de onderlinge samenwerking in de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van het zorgaanbod moet stimuleren. Tenslotte is men bezig met de verdere ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem voor alle AMW-organisaties. De koepelorganisatie van eerstelijnspsychologen houdt zich eveneens bezig met een kwaliteitsbeleid, waaronder het opbouwen van een kwaliteitsnetwerk, het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem voor eerstelijns psychologenpraktijken, en deskundigheidsbevordering door het aanbieden van o.a. na- en bijscholingscursussen. Daarnaast wordt als basis voor een goed en gezamenlijk kwaliteitsbeleid gewerkt aan de structuur en organisatie van eerstelijnspsychologen. Huisartsen hebben hun deel van het budget van het samenwerkings-convenant gebruikt als extra financiering voor het kwaliteitsbeleid GGZ.

Het onderzoek naar verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen is ook in volle gang. Onderzocht wordt of vergoeding van hulp door een eerstelijnspsycholoog via het ziekenfonds leidt tot meer doorverwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog. De eerste resultaten worden in maart 2002 verwacht.

Het geld voor de ondersteuning van huisartsen is gebruikt voor het uitwerken van een uitgebreid kwaliteitsbeleid, waarbij onder andere geïnventariseerd is wat knelpunten en behoeften zijn bij huisartsen op het gebied van de eerstelijns GGZ. Ook is men bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsmateriaal, zoals cursussen voor deskundigheidsbevordering en voorlichtingsmateriaal. Bovendien wordt een opleiding op GGZ-gebied voor huisartsen ontwikkeld.

Voor wat betreft de incidentele lokale projecten is via het Diaboloproject in een viertal regio's met experimenten gestart op het gebied van samenwerking. Verwacht wordt dat dit aantal op korte termijn nog zal toenemen, gezien het feit dat er bijna tien projecten zijn die in de ontwerp- of besluitfase zijn om in aanmerking te komen voor financiering door het Diaboloproject.

Concluderend kan vastgesteld worden dat in het hele land volop gebruik gemaakt wordt van de door VWS ingezette maatregelen, en dat er veel initiatieven ontplooid zijn voor het bevorderen van de samenwerking binnen en kwaliteit van de eerstelijns GGZ.

## 4 De stand van zaken vóór de versterkende maatregelen

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van wat in feite de voormeting van het evaluatie-onderzoek is. Het hoofdstuk geeft aan op welke gebieden er effecten te verwachten zijn als gevolg van de maatregelen, en hoe de stand van zaken op deze gebieden was vóórdat de maatregelen ingezet waren. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen enerzijds indicatoren die een rechtstreekse invloed van specifieke maatregelen weergeven (§ 4.1), en anderzijds indicatoren die een *indirecte* invloed van het totaalpakket aan maatregelen weergeven (§ 4.2).

Indicatoren die rechtstreeks beïnvloed worden door specifieke maatregelen kunnen worden opgevat als de meting van een tussenstap om het uiteindelijke doel van de maatregelen - een kwalitatieve en kwantitatieve versterking van de eerstelijns - te bereiken. Ze zijn dus geen einddoel op zich, maar scheppen de voorwaarden om het einddoel te bereiken. De belangrijkste voorwaarden om te kunnen komen tot een versterkte eerstelijns zijn vergroting van de capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ. Hoewel een toename van kennis op het gebied van de GGZ het uiteindelijke doel is van deskundigheidsbevordering, is het nietuitvoerbaar om die kennistoename zelf vast te stellen. Daarom wordt binnen dit evaluatie-onderzoek alleen het proces van deskundigheidsbevordering gemeten. De voormeting van deze indicatoren wordt beschreven in § 4.1.

Indicatoren die een *indirecte* invloed vastleggen van het totaalpakket aan maatregelen, weerspiegelen de mate waarin het einddoel is bereikt: een kwantitatieve en kwalitatieve versterking van de eerstelijns. In dit rapport zijn hiervoor de volgende indicatoren gebruikt: de plaats van c.q. de wijze waarop een patiënt met psychische problemen wordt behandeld, en patiëntenstromen. Het gaat om indicatoren op landelijk niveau. De voormeting van deze indicatoren wordt beschreven in § 4.2.

Zowel de resultaten m.b.t. de rechtstreekse indicatoren als de resultaten m.b.t. de indirecte indicatoren zijn geordend per beroepsgroep: voor beide onderdelen geldt dat eerst de resultaten voor het AMW worden beschreven, vervolgens die van de eerstelijnspsychologen, en tenslotte die van de huisartsen.

### 4.1 Voormeting van rechtstreeks te beïnvloeden indicatoren

#### 4.1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk (§ 4.1) gaat in op de stand van zaken in de eerstelijns GGZ vóórdat het pakket aan maatregelen van VWS ter versterking van de EGGZ ingezet is. Het betreft een voormeting van indicatoren die rechtstreeks door de versterkende maatregelen worden beïnvloed, te weten indicatoren die betrekking hebben op capaciteit (§ 4.1.2), deskundigheid (§ 4.1.3), en samenwerking (§4.1.4). Met betrekking tot capaciteit wordt gerapporteerd over de huidige stand van zaken bij het AMW en eerstelijnspsychologen. In § 4.1.5 wordt een samenvatting gegeven van de stand van zaken tot nu toe m.b.t. capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking. Ook wordt kort geschetst welke veranderingen in de komende jaren te verwachten zijn in relatie tot de geëffectueerde maatregelen.

Voor het AMW is capaciteitsuitbreiding een expliciet doel van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Ook bij de eerstelijnspsychologen is in de komende jaren een capaciteitsuitbreiding te verwachten: als het onderzoek naar de financiële toegankelijkheid tot gevolg heeft dat hulp van een eerstelijnspsycholoog inderdaad vanuit het ziekenfondspakket

vergoed wordt, zullen eerstelijnspsychologen meer toegankelijk worden voor huisartsverwijzingen. Dit maakt het voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijker om zich te vestigen.

Bij het AMW en de eerstelijnspsycholoog is er een direct verband tussen volume en behandelingsmogelijkheden op het gebied van de GGZ. Bij huisartsen gaat die redenering niet op, omdat de GGZ maar een klein onderdeel van het huisartsen-takenpakket uitmaakt. Bovendien zijn er grote verschillen tussen huisartsen in de mate waarin ze GGZ-taken voor zichzelf weggelegd zien. Daarom zijn beleidsmaatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken niet gericht op het *aantal* huisartsen, maar uitsluitend op de kwaliteit van hun werk en de samenwerking met andere beroepsgroepen. Vandaar dat in deze rapportage geen aandacht aan de hoeveelheid huisartsen besteed wordt, maar uitsluitend aan deskundigheid en de samenwerking met de eerstelijns en tweedelijns GGZ.

Deskundigheidsbevordering is aan de orde bij alle drie de beroepsgroepen, en wordt met name uitgewerkt via discipline-specifieke programma's van het samenwerkingsconvenant (zie § 3.5). In dit hoofdstuk worden gegevens m.b.t. deskundigheidsbevordering gepresenteerd voor het AMW en voor huisartsen. Over deskundigheidsbevordering bij eerstelijnspsychologen zijn op dit moment geen gegevens beschikbaar. Hierover kan pas in een volgende rapportage verslag worden gedaan.

Tenslotte wordt ook het verbeteren van de samenwerking rechtstreeks beïnvloed door de versterkende maatregelen. De samenwerking binnen de eerste lijn wordt gestimuleerd door het project Korte Lijnen en het Diaboloproject. Ook heeft het AMW een cursus opgezet om samenwerking met andere GGZ-hulpverleners te bevorderen. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt rechtstreeks beïnvloed door de consultatieregeling.

## 4.1.2 Capaciteit

### 4.1.2.1 Capaciteit AMW

Indicatoren voor de hoeveelheid beschikbaar uitvoerend AMW voordat de versterkende maatregelen van kracht werden zijn verkregen via gemeenten en via AMW-instellingen.

#### Capaciteit AMW op gemeentelijk niveau

Gegevens die gebruikt zijn om de capaciteit bij het AMW op gemeentelijk niveau in kaart te brengen zijn afkomstig van de SGB0-enquête AMW. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1.

#### Beschikbare fte's

De gemeenten is gevraagd om de hoeveelheid fte's uitvoerend AMW aan te geven waarover de gemeenten konden beschikken per 31 december voor de jaren 1998, 1999 en 2000, én om een prognose te geven voor het jaar 2001. Uit tabel 4.1. blijkt dat in alle jaren de meeste gemeenten over 0,51 tot 0,75 fte per 6.000 inwoners beschikken. Het percentage gemeenten dat over 0 tot 0,50 fte uitvoerende AMW-capaciteit per 6000 inwoners beschikt neemt in de loop van de jaren af. Daarentegen neemt het percentage gemeenten dat beschikt over tenminste 1 fte per 6000 inwoners in de loop van de jaren toe.

Tabel 4.1 Aantal en percentage gemeenten per capaciteitsklasse van uitvoerend AMW ultimo 1998, 1999, 2000 en 2001.

Bron: SGB0-enquête AMW

Fte's per 6000 inwoners	1998		1999		N	2000		N	2001
	N	%	N	%		%	%		
0,00 – 0,50	76	25,7	72	23,8	72	22,6	45	14,2	
0,51 – 0,75	139	47,0	146	48,3	149	46,9	145	45,6	
0,76 – 1,00	64	21,6	64	21,2	69	21,7	88	27,7	
> 1,00	17	5,7	20	6,6	28	8,8	40	12,6	
Totaal	296	100	302	100	318	100	318	100	

Tevens is gekeken naar het aantal gemeenten per gemeentegrootteklasse dat beschikt over 1 fte of meer voor uitvoerende AMW-taken per 6.000 inwoners (tabel 4.2.). Een minderheid van de gemeenten in Nederland beschikte de afgelopen jaren over de normatieve capaciteit uitvoerend AMW van 1 fte per 6000 inwoners. De situatie in de grote steden (N=15) is slechter dan in de kleinere gemeenten. Gemeenten in de gemeentegrootteklasse van 20.000 tot 49.999 inwoners doen het verhoudingsgewijs beter dan gemeenten in andere gemeentegrootteklassen.

Tabel 4.2 Aantal en percentage gemeenten dat beschikt over  $\geq 1$  fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners ultimo 1998, 1999, 2000 en 2001, uitgesplitst naar grootteklasse.

Bron: SGBO-enquête AMW

Gemeentegrootte (aantal inwoners)	1998		1999		2000		2001 (prognose)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>% gemeenten met <math>\geq 1</math> fte uitvoerend AMW</i>								
0-9.999 (N= 57)	3	18	5	25	6	21	8	20
10.000-19.999 (N= 123)	5	29	5	25	7	25	10	25
20.000-49.999 (N= 124)	4	24	6	30	9	32	15	38
50.000-99.999 (N= 28)	5	29	4	20	5	18	6	15
100.000 en meer (N= 15)	0	0	0	0	1	4	1	3
Totaal (N=347)	17	100	20	100	28	100	40	100

Verder is gekeken of er een verband is tussen de mate van stedelijkheid en de beschikbaarheid van 1 fte of meer uitvoerend AMW per 6000 inwoners. Het blijkt dat vooral niet-stedelijke en weinig stedelijke gebieden hierover beschikken (tabel 4.3). Er is geen verband gevonden met het gemiddelde inkomen per inwoner in gemeenten. Tevens is nagegaan of er een relatie bestaat met de druk op de wachtlijsten voor de GGZ, maar vanwege de kleine aantallen gemeenten is het niet verantwoord daaraan conclusies te verbinden.

Tabel 4.3 Aantal en percentage gemeenten dat beschikt over  $\geq 1$  fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners in 1998, 1999, 2000 en 2001, uitgesplitst naar mate van stedelijkheid

Bron: SGBO-enquête AMW

Mate van stedelijkheid	1998		1999		2000		2001 (prognose)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Gemeenten met <math>\geq 1</math> fte uitvoerend AMW</i>								
Niet stedelijk	5	29,4	6	30	8	28,6	12	30
Weinig stedelijk	4	23,5	6	30	9	32,1	13	32,5
Matig stedelijk	5	29,4	5	25	6	21,4	9	22,5
Sterk stedelijk	3	17,6	3	15	5	17,9	6	15
Zeer sterk stedelijk	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal (N=347)	17	100	20	100	28	100	40	100

### Capaciteit AMW op instellingsniveau

Gegevens die gebruikt zijn om de capaciteit bij het AMW op instellingsniveau in kaart te brengen zijn afkomstig van de Nivel-enquête AMW en de VOG/CBS-enquête O&F. Voor een

beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1.

In tabel 4.4 staan de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers van 1999 en 2000 weergegeven. Het meetmoment is steeds 31 december van het betreffende jaar. Hoewel het jaar 2000 officieel al tot de stimuleringsperiode behoort, is de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel pas in de loop van dat jaar met terugwerkende kracht ingezet door VWS: gemeenten moesten de subsidie-aanvragen voor 1 juli 2000 hebben ingediend, en de toekenningen hebben in september 2000 plaatsgevonden. De gemeenten konden in dat jaar dus nog geen capaciteitstoename via de stimuleringsregeling bewerkstelligen, waardoor de capaciteitsgegevens van 2000 ten behoeve van deze evaluatiestudie zonder problemen als voormeting kunnen dienen.

Tabel 4.4 Gemiddelde capaciteit per AMW-instelling van uitvoerend AMW, uitgedrukt in fte's

*Bron: Nivel-enquête AMW en VOG/CBS-enquête O&F*

Jaar	N	Gem. fte	SD	Min.	Max.
1999	79	15,5	10,5	1,8	43,7
2000	91	14,5	11,4	0,9	59,3

Uit tabel 4.4 blijkt dat de gemiddelde capaciteit van een AMW instelling voor uitvoerend maatschappelijk werkers rond de 15 fte ligt. In personen uitgedrukt betreft dit gemiddeld 19,8 uitvoerend AMW-ers. Wanneer we de gemiddelde capaciteitstoename van eind 2000 extrapoleren naar alle 143 instellingen, was de capaciteit 2071 fte. Uitgaande van een capaciteitstoename van 19% (zie hoofdstuk 3.3.4, 'verwachte ontwikkelingen in capaciteit binnen AMW-instellingen') door de Stimuleringsmaatregel, verwachten we dat de instellingen een totale capaciteit van 2464 fte bereiken, wanneer alleen naar de invloed van de Stimuleringsregeling wordt gekeken. Hierbij moet worden opgemerkt dat fusies of andere ontwikkelingen de gegevens door de tijd heen kunnen beïnvloeden.

Afgaand op de registratie van formatieplaatsen die Stichting Symbiose bijhoudt in samenwerking met het CBS (op basis van de VOG/CBS-enquête O&F) was in 1998 was het totaal aantal formatieplaatsen uitvoerend AMW 2011,1. Het aantal inwoners was in dat jaar 15.760.225 (zie AMW in beeld: Jaarrapport VOG 1998). Dit betekent dat er uitgedrukt in de capaciteitsnorm, in 1998 gemiddeld 0,77 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners waren. Dit komt redelijk overeen met de gegevens die verkregen zijn via de SGB0-enquête AMW onder gemeenten, waaruit leek dat de meeste gemeenten over 0,51 - 0,75 fte per 6000 inwoners beschikken.

#### 4.1.2.2 Capaciteit eerstelijnspsychologen

Gegevens die gebruikt zijn om de capaciteit bij de eerstelijnspsychologen in kaart te brengen zijn afkomstig van de Trimbos-enquête eerstelijnspsychologen uit 1998. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.2.

Afgaand op de NIP-registratie van 1998 waren in dat jaar 751 eerstelijnspsychologen in de GGZ werkzaam, waarvan 120 in opleiding (Jaarverslag NIP, 1998). De eerstelijnspsychologen zijn regionaal als volgt verdeeld:



Tabel 4.5 Aantal psychologen per 100.000 inwoners in 1998 (n=751)  
Bron: Trimbos-enquête ELP 1998

		%	N
Noord-Nederland		12	5
Oost-Nederland	14	5	
Utrecht		14	7
Noord-Holland		17	6
Randstad Midden		7	3
Zuidwest-Nederland	13	4	
Zuid-Nederland	23	6	
Totaal		100	5

Gemiddeld heeft elke regio 5 eerstelijnspsychologen op de 100.000 inwoners (tabel 4.5). Regionaal zijn hierin grote verschillen: regio Utrecht heeft het hoogste gemiddelde (7), en regio Randstad Midden het laagste (3).

### 4.1.3 Deskundigheidsbevordering

#### 4.1.3.1 Deskundigheidsbevordering AMW

Gegevens die gebruikt zijn om de deskundigheidsbevordering bij het AMW in kaart te brengen zijn afkomstig van de Nivel-enquête AMW. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1. Parameters die gebruikt zijn om deskundigheidsbevordering bij het AMW in kaart te brengen zijn: de aanwezigheid van een beleidsplan, abonnement op vakbladen, inschrijving in het Beroepsregister en (al dan niet GGZ-specifieke) deskundigheidsbevorderende activiteiten

#### *Beleidsplan deskundigheidsbevordering*

Om een beeld te krijgen van de mate waarin de deskundigheidsbevordering van maatschappelijk werkers een rol speelt binnen de AMW-instellingen, is gevraagd of bij de instellingen een schriftelijk vastgelegd beleidsplan voor deskundigheidsbevordering voor uitvoerend maatschappelijk werkers aanwezig is.

Tabel 4.6 laat zien dat bij 32% van de instellingen medio 2001 een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering aanwezig was; bij 40% van de instellingen is dit nog in ontwikkeling.. Dit sluit redelijk aan bij de bevindingen van Sluys en Wagner (2001) in een onderzoek naar kwaliteitszorg bij het AMW. Daaruit blijkt dat 35% van de instellingen een functioneel beleid voor deskundigheidsbevordering en na-/bijscholing heeft, en dat dit bij 31% van de instellingen nog in ontwikkeling is.

Tabel 4.6 Aanwezigheid plan voor deskundigheidsbevordering voor uitvoerend AMW (N=98)

Bron: Nivel-enquête AMW

Aanwezig	% <sup>a</sup>
Ja	32
Nee	28
In ontwikkeling	41

<sup>a</sup> Door afrondingsverschillen tellen de percentages niet precies op tot 100%

#### *Vakbladen*

Als afgeleide van het vergroten van deskundigheid is gevraagd naar het aantal vakbladen waarop AMW-instellingen zijn geabonneerd. Als uitgangspunt is hier het aantal vakbladen genomen dat maatschappelijk werkers tot hun beschikking hebben op hun werkplek, afgezien

van de grootte van de organisatie. Er blijken geen instellingen zonder vakbladen te zijn. Bijna de helft van de instellingen is geabonneerd op maximaal 5 vakbladen. Dertien instellingen zijn geabonneerd op meer dan 10 vakbladen.

#### *Beroepsregister*

In de enquête is - indien bekend bij de instellingen - gevraagd naar het aantal uitvoerend maatschappelijk werkers binnen de instelling dat staat ingeschreven bij het Beroepsregister van Maatschappelijk Werkers. Dit beroepsregister is een systeem om de kwaliteit van de beroepsuitoefening voor maatschappelijk werkers te bewaken en te beschermen.

Per instelling is berekend welk percentage van het totaal aantal uitvoerend maatschappelijk werkers van de instelling staat ingeschreven bij het Beroepsregister (tabel 4.7). Bij een kwart van de responderende instellingen staat de meerderheid van de uitvoerend maatschappelijk werkers ingeschreven bij het Beroepsregister. Bij 8 instellingen staat geen van de uitvoerend maatschappelijk werkers ingeschreven; bij 7 instellingen staan alle uitvoerende maatschappelijk werkers ingeschreven. Bij deze vraag is de categorie 'onbekend' apart opgenomen omdat het vermoeden bestaat dat de hoge non-respons bij deze vraag (iets minder dan de helft van de instellingen), samenhangt met onbekendheid met het Beroepsregister.

Tabel 4.7 Percentage uitvoerend AMW dat bij de verschillende instellingen staat ingeschreven bij het Beroepsregister voor Maatschappelijk Werkers (N=100)  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

% ingeschreven	% instellingen
0%	8
1-25%	20
26-50%	11
51-99%	6
100%	7
Onbekend	48

#### *Deskundigheidsbevorderende activiteiten*

In de volgende tabellen staan de deskundigheidsbevorderende activiteiten voor uitvoerend maatschappelijk werkers in het jaar 2000 centraal, met speciale aandacht voor deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ. In tabel 4.8 wordt eerst weergegeven welke probleemcategorieën in het jaar 2000 een hoge prioriteit hebben gehad in na- en bijscholing van uitvoerend maatschappelijk werkers binnen de instelling. Het merendeel van de instellingen geeft aan dat psychosociale problematiek in het jaar 2000 een hoge prioriteit had bij de scholing van uitvoerend maatschappelijk werkers. Het minst vaak is prioriteit gegeven aan psychiatrie. In de categorie 'anders' wordt meerdere keren opvoedingsproblematiek genoemd en een aantal specifiekere probleemgebieden.

Tabel 4.8 Aantal en percentage instellingen per probleemcategorie met een hoge prioriteitscore voor bij-en nascholing van uitvoerend AMW-ers (N=86)  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

Probleemcategorie <sup>a</sup>	N	%
Materieel sociale problematiek	39	45
Relatieproblematiek	28	33
Psychosociale problematiek	60	70
Psychiatrie	17	20
Anders, nl.	28	33

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

#### *Vormen van deskundigheidsbevordering*

Tabel 4.9 laat zien in hoeverre uitvoerend maatschappelijk werkers in het jaar 2000 hebben deelgenomen aan verschillende vormen van deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ. In de eerste kolom is het percentage instellingen zichtbaar waar door uitvoerend maatschappelijk werkers is deelgenomen aan de betreffende vorm van deskundigheidsbevordering. In de tweede kolom is aangegeven hoeveel procent van de uitvoerend maatschappelijk werkers gemiddeld deelnamen aan een training, workshop of congres. Bij deze laatste berekening zijn alleen de deelnemende instellingen betrokken.

In totaal hebben 74 instellingen aangegeven deskundigheid bevorderende activiteiten op het gebied van GGZ te hebben ondernomen in het jaar 2000, waarbij vooral trainingen/cursussen en congressen zijn genoemd.

Per instelling is gemiddeld deelgenomen aan 2,7 activiteiten om deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ te vergroten. De deelname per instelling is gemiddeld 37% van de uitvoerend AMW-ers. Uitgaand van een gemiddeld aantal AMW-ers van 19,8 (zie § 4.1.2.1) zullen per activiteit gemiddeld 7,3 AMW-ers betrokken zijn.

Er vanuit gaande dat de in tabel 4.9 genoemde activiteiten ongeveer één dag in beslag nemen (met uitzondering van een meerdaagse cursus of training, die naar verwachting 3 dagen bestrijkt) heeft elke instelling in 2000 ruim 4 dagen bijscholing gevolgd op het gebied van de GGZ.

Van de 26 instellingen die deze vraag niet hebben ingevuld (aparte categorie in de tabel) is onzeker of deze instellingen daadwerkelijk niet hebben deelgenomen aan de genoemde activiteiten, of dat de vraag om een andere reden niet is ingevuld.

Tabel 4.9 Percentage instellingen en gemiddeld percentage uitvoerend AMW per instelling dat in 2000 deelnam aan verschillende vormen van deskundigheidsbevordering **op het gebied van GGZ** (N=100)<sup>a</sup>  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

	% instellingen	Gem. deelname per instelling
Eendaagse training of cursus	48	48%
Meerdaagse training of cursus	50	41%
Workshop	39	38%
Congres	47	31%
Anders	18	13%
Niet ingevuld/niet bekend	26	-

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

#### *Niet GGZ-specifieke activiteiten voor deskundigheidsbevordering*

In tabel 4.10 zijn verschillende deskundigheidsbevorderende activiteiten genoemd (niet specifiek op GGZ gericht), waarbij is aangegeven in hoeverre uitvoerend maatschappelijk werkers in de AMW-instellingen in 2000 hebben deelgenomen aan deze activiteiten. Activiteiten die regelmatig plaatsvinden binnen de AMW-instellingen zijn werkbegeleiding, intervisie-bijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen.

Tabel 4.10 Frequentie van deskundigheidsbevorderende activiteiten binnen de AMW instellingen (N=100)  
Bron: Nivel-enquête AMW

	Incidenteel %	Regelmatig %
Intervisiebijeenkomst	15	65
Casuïstiekbijeenkomst	12	72
Deelname verbetereteams/projecten	17	20
Werkbegeleiding	20	75
Supervisie	25	36
Consultatie GGZ medewerkers	28	32
Lezen vakliteratuur	39	38
Anders, nl.	3	5

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

#### 4.1.3.2 Deskundigheidsbevordering huisartsen

##### **Deskundigheidsbevordering**

Gegevens die gebruikt zijn om de deskundigheidsbevordering bij huisartsen in kaart te brengen zijn afkomstig van de WOK/Nivel enquête die in 2001 is afgenomen. Daarbij werd gevraagd naar de periode 1999-2000. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.3.

Maar liefst 97,5% van alle respondenten heeft de afgelopen twee jaar nascholing op het gebied van GGZ gevolgd. Hieraan is gemiddeld 12 uur per jaar besteed. Eenendertig procent van de respondenten geeft minder dan één dag (acht uur) per jaar op, 48% tussen één en twee dagen, en 21% zegt meer dan twee dagen per jaar aan nascholing op GGZ-gebied te besteden.

De onderwerpen waarop de gevolgde nascholing betrekking heeft, staan in tabel 4.11.

Tabel 4.11 Onderwerpen die in de door huisartsen in 1999-2000 gevolgde GGZ-nascholing aan de orde geweest zijn (N=1336)<sup>a</sup>  
Bron: WOK/Nivel enquête

Onderwerp	% resp.	Onderwerp	% resp.
Depressie	75	Delier	17
Dementie	45	Slaapstoornissen	15
Fobie	42	Bipolaire stoornis	13
ADHD/opvoeding	36	Eetstoornis	10
Persoonlijkheidsstoornis	28	Werkproblemen	9
Onverklaarde lich. klachten	26	Drugverslaving	6
Seksuele problemen	24	Verwerkingsprobl.	5
Post-traumatische stress	20	Anders	5
Alcoholmisbruik	20	Wanen	5
Surmenage/spanning	19	Schizofrenie	4
Geneesmiddelen verslaving	18	Relatieproblemen	3

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

Gemiddeld zijn er per huisarts 4,8 onderwerpen gerapporteerd.

Depressie is het onderwerp dat het meest aan de orde is gekomen. Dit sluit aan bij de vooraanstaande plaats die deze aandoening inneemt in de taakopvatting van huisartsen inzake GGZ (vgl. Laurent e.a., 2001), maar weerspiegelt waarschijnlijk ook de activiteiten van de farmaceutische industrie op dit gebied. Op het gebied van werk- en relatieproblemen wordt weinig aan nascholing gedaan; dit komt overeen met een gering aanbod op dit gebied (vgl. van Weert en Heiligers, 1999) en is ook in lijn met het gegeven dat veel huisartsen behandeling van dergelijke levensproblemen niet als hun taak zien (Laurant e.a., 2001)

In de komende twee jaar (2002-2003) wil 87,5% van de respondenten nascholing op het

gebied van GGZ volgen. De onderwerpen die het hoogst scoren op de gewenste nascholing zijn 'onverklaarde lichamelijke klachten' (33%), 'post-traumatische stressstoornis (31%)' en 'ADHD' en 'persoonlijkheids-stoornis' (beide 29%). Vermelding verdient ook de wens tot het nascholen op het gebied van relatieproblemen (18%) en werkproblemen (16%), welke beide categorieën in de huidige praktijk laag scoren.

In 1998 gaf nog 17% van de ondervraagde huisartsen aan de afgelopen drie jaar geen nascholings-cursussen over diagnostiek en behandeling van psychische problemen te hebben gevolgd (Kerssens e.a., 1998).

#### 4.1.4 Samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweede lijn

##### 4.1.4.1 Samenwerking vanuit AMW

Gegevens die gebruikt zijn om de samenwerking vanuit het AMW in kaart te brengen zijn afkomstig van de cliëntenregistratie AMW uit 1999 en van de Nivel-enquête AMW. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1.

##### Type overlegpartners

De cliëntenregistratie van het AMW geeft informatie over het type hulpverleners waarmee tijdens de behandeling contact is geweest in 1999 en 2000. Deze staan weergegeven in tabel 4.12

Tabel 4.12 Gemiddeld percentage cliëntsystemen waarbij contact was met andere hulpverleners, uitgesplitst naar type hulpverlener  
*Bron: Cliëntenregistratie AMW*

Hulpverlener	% cliëntsystemen per instelling <sup>a</sup>	
	1999	2000
Huisarts	29	27
Gezondheidszorg	10	9
GGZ	18	14
Maatsch. werk	20	21
Welzijnssector	14	18
Justitie	11	11
Gemeente	22	21
Anders	23	34

<sup>a</sup> > 1 antwoord per cliëntstelsysteem mogelijk

Als er tussentijds contact was met andere hulpverleners, was dit relatief vaak met de huisarts: bij 29% resp. 27% van de cliëntsystemen is contact geweest met de huisarts (tabel 4.12). Het percentage cliëntsystemen waarover contact was met andere hulpverleners lag wat lager. Bij ruim een vijfde deel van de cliëntsystemen is tussendoor contact geweest met de gemeente, en bij eenzelfde deel met een andere vorm van maatschappelijk werk. Al met al is er grote variatie in hulpverleners/instellingen waarmee contact is geweest tijdens de behandeling van cliënten bij het AMW.

##### Vorm van tussentijds contact met andere hulpverleners

Uit de registratie van cliëntgegevens van het AMW blijkt dat in 1999 tijdens de behandeling gemiddeld 3 keer per cliëntstelsysteem contact was met een andere hulpverlener (SD 1,8), en in 2000 4,4 (SD 2,6). Het grootste deel van het contact met andere hulpverleners vond telefonisch plaats (60%). In 17% van de contacten vond het contact bij de AMW-instelling zelf plaats, en in 15% was het contact schriftelijk. In 2000 waren er meer overlegcontacten binnen de AMW-instelling zelf dan in 1999, en minder telefonische contacten. Het gaat hierbij om het percentage van de cliëntsystemen waarbij wel contact was met andere hulpverleners. Cliëntsystemen die geen contact met derden hadden, zijn buiten

beschouwing gelaten.

Tabel 4.13 Vorm van tussentijds contact met andere hulpverleners  
Bron: cliëntenregistratie AMW

Vorm extern contact <sup>a</sup>	% cliëntsystemen per instelling	
	1999	2000
Overleg	82	79
Consultatie	11	12
Samenwerking	21	30
Coötherapie	6	2

<sup>a</sup> > 1 antwoord per cliëntstelsel mogelijk

Bij 82% van de cliëntsystemen waarbij tijdens de behandeling contact is geweest met derden, heeft contact in de vorm van uit overleg plaatsgevonden, bij een vijfde deel is er contact in de vorm van samenwerking met een andere hulpverlener geweest (tabel 4.13).

#### Frequentie van overleg

Ook de enquête onder AMW-instellingen heeft informatie opgeleverd over samenwerking van de AMW-instelling met andere GGZ-hulpverleners binnen de eerste of -tweedelijnde. Er is onderscheid gemaakt tussen contacten op het niveau van het management binnen de instellingen en contacten van uitvoerend maatschappelijk werkers met andere hulpverleners.

In tabel 4.14 is zichtbaar hoe vaak het management van de AMW-instellingen overleg heeft met organisaties van huisartsen, ambulante GGZ-instellingen of eventuele andere partijen: geen contact, incidenteel overleg (niet op vaste tijdstippen) of regulier overleg (op vooraf overeengekomen vaste tijdstippen). Er is een aparte categorie 'onbekend' opgenomen om vergelijking van het aantal instellingen tussen disciplines mogelijk te maken, in plaats van de frequentie van overleg in percentages over de valide responsen uit te drukken. Het meest vindt overleg plaats met ambulante GGZ-instellingen. Slechts 12 instellingen geven aan geen overleg te hebben met ambulante GGZ-instellingen. Met organisaties van eerstelijnspsychologen is minder contact: bij minder dan eenderde van de instellingen vindt incidenteel of soms regulier overleg plaats. Organisaties van huisartsen zitten daar tussenin. Met bijna tweederde van de AMW-instellingen vindt incidenteel of regulier overleg plaats. Bij 40% van de instellingen is er sprake van overleg met 'anderen'. Zestien instellingen noemen daarbij de jeugdzorg. Ook wordt meerdere keren de GGD, thuiszorg, gemeente, andere AMW-instellingen en de politie genoemd.

Tabel 4.14 Frequentie van overleg van het **management** van AMW-instellingen met organisaties van hulpverleners (N=100)  
Bron: Nivel-enquête AMW

	Org. van huisartsen	Org. van ELP	Ambulante GGZ-instellingen	Anderen
Geen contact	27	55	12	-
Incidenteel overleg	41	26	34	9
Regulier overleg	23	3	51	31
Onbekend	9	16	3	60
Totaal	100	100	100	100

Tabel 4.15 laat zien hoeveel instellingen hebben aangegeven of er overleg is (incidenteel of

regulier) tussen uitvoerend maatschappelijk werkers in hun instelling en andere GGZ-hulpverleners of dat er geen enkel contact is. Tabel 4.15 geeft slechts een globaal beeld want instellingen kunnen in principe in alle categorieën van de tabel vertegenwoordigd zijn: een instelling kan bijvoorbeeld met een deel van de huisartsen geen contact hebben, met deels incidenteel overleg en met een derde deel regulier overleg. Wel maakt deze tabel inzichtelijk dat bij ongeveer tweederde van de instellingen (78%) er regulier overleg plaats vindt tussen uitvoerend maatschappelijk werkers en huisartsen. Regulier overleg met ambulante GGZ-medewerkers is er bij 49% van de instellingen, terwijl maar 17% van de instellingen reguliere contacten met eerstelijnspsychologen onderhoudt. 'Anderen' kan bijvoorbeeld de thuiszorg of jeugdzorg zijn.

Tabel 4.15 Aantal instellingen die hebben aangegeven dat **uitvoerend maatschappelijk werkers** overleg voeren met andere GGZ-hulpverleners (N=80)  
Bron: Nivel-enquête AMW

	Huisartsen %	Eerstelijns- psychologen %	Ambulante GGZ-hulpverleners %	Anderen %
Geen contact	41	19	13	2
Incidenteel overleg	84	65	76	18
Regulier overleg	78	17	49	16

### Overlegonderwerpen

In tabel 4.16 en 4.17 wordt nader ingegaan op onderwerpen van overleg tussen respectievelijk het management en uitvoerend maatschappelijk werkers van AMW-instellingen met (organisaties van) huisartsen, eerstelijnspsychologen, ambulante GGZ-instellingen of anderen.

Tabel 4.16 Overlegonderwerpen op **management**-niveau van het AMW, uitgedrukt in percentage AMW-instellingen per overleg-partner (N=87)  
Bron: Nivel-enquête AMW

Onderwerpen <sup>a</sup>	Org. van huisartsen %	Org. van ELP %	Ambulante GGZ-instellingen %	Anderen %
Structurele aspecten samenwerking	55	16	70	36
Cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken	41	9	70	32
Andere onderwerpen	14	11	18	15

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

Tabel 4.17 Overlegonderwerpen op het niveau van **uitvoerend** AMW, uitgedrukt in percentage AMW-instellingen per overlegpartner (N=92)  
Bron: Nivel-enquête AMW

	Huisartsen %	ELP %	Ambulante GGZ- medewerkers %	Anderen %
Informatie over afzonderlijke cliënten	98	61	86	26
Structurele aspecten samenwerking	58	5	53	18
Cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken	50	8	54	20
Andere onderwerpen	4	1	8	4

Wanneer het management van de AMW-instellingen overlegt met huisartsen of eerstelijnspsychologen, zijn structurele aspecten van de samenwerking de belangrijkste onderwerpen. Bij overleg met GGZ-instellingen zijn cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken even belangrijk als structurele aspecten van de samenwerking. Bij uitvoerend maatschappelijk werkers gaat het overleg met alle partijen het meest over afzonderlijke cliënten. De categorie 'andere onderwerpen' is door weinig instellingen gespecificeerd. Enkele keren zijn cliënten als onderwerp van overleg van het management van de AMW-instellingen genoemd.

#### Afspraken over berichtgeving aan huisartsen

In tabel 4.18 is aangegeven hoeveel AMW-instellingen vaste afspraken hebben gemaakt over de berichtgeving van maatschappelijk werkers aan verwijzende huisartsen (schriftelijk dan wel mondeling). In de tabel is dit uitgesplitst naar verschillende onderwerpen, corresponderend met fasen van de hulpverlening van een client. Per onderwerp is aangegeven of deze afspraak- indien aangegeven- altijd, meestal of soms in de praktijk wordt gebracht. Het totaal aantal instellingen waarover wordt gepercenteerd bij de praktijk uitvoering van de afspraken, verschilt dus per onderwerp.

Tabel 4.18 laat zien dat berichtgeving over de aankomst van de client het meest in vaste afspraken is gegoten en door die instellingen, in verhouding met afspraken over andere onderwerpen, ook het meest in de praktijk wordt gebracht. Berichtgeving over de voortgang en het resultaat van de hulpverlening verloopt bij minder instellingen volgens vaste afspraken.

Tabel 4.18 Aantal en percentage instellingen dat vaste afspraken heeft over de berichtgeving over clienten aan verwijzende huisartsen (N=89) en mate waarin deze berichtgeving in praktijk wordt gebracht (N=35 - 68)  
Bron: Nivel-enquête AMW

Onderwerp	Vaste afspraak			% In praktijk gebracht		
	N	%		Altijd	Meestal	Soms
Aankomst van client		68	76	21	66	6
Voortgang hulpverlening	35	39	14	54	17	
Beeindiging hulpverlening		62	70	11	65	17
Resultaat van hulpverlening		40	45	5	68	23

#### Projecten versterking eerstelijns GGZ

Vierenzestig procent van de instellingen gaven aan te participeren in één of meer projecten met betrekking tot de versterking van de eerstelijns GGZ (tabel 4.19). Opvallend is dat projecten waarbij vanuit de tweedelijns GGZ consultatie wordt gegeven aan de AMW-instelling het meest voorkomt, gevolgd door projecten waarbij de samenwerking binnen de eerstelijns wordt bevorderd.



Tabel 4.19 Percentage instellingen met projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ (N=94)

Bron: Nivel-enquête AMW

Project/doel <sup>a</sup>	%
Nee	36
Consultatie vanuit tweedelijns GGZ	45
Samenwerking eerstelijns	35
Kwaliteit bevordering	18
Deskundigheidsbevordering	18

<sup>a</sup> > 1 project per instelling mogelijk

In totaal hebben 55 AMW-instellingen op een apart inlegvel een aantal specifiekere gegevens ingevuld over de projecten binnen hun instelling. Dertien AMW instellingen noteerden 1 project ter versterking van de eerstelijns GGZ, 31 instellingen 2 projecten, 8 instellingen 3 projecten en 3 instellingen beschreven 4 projecten vanuit hun AMW-instelling. Daarmee kunnen we hier een beeld schetsen van de inhoud van 97 projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ. In tabel 4.20 is zichtbaar welke disciplines betrokken zijn bij de projecten en wie daarbij de eerste initiatiefnemer is geweest. De projecten tussen AMW en huisartsen en SPV-en komen het meest voor, gevolgd door projecten met eerstelijnspsychologen en psychiaters. Veelgenoemde organisaties in de categorie 'anders' zijn het RIAGG en de GGZ.

Tabel 4.20 Percentage projecten waarin de verschillende disciplines vertegenwoordigd zijn en percentage waarin de betreffende discipline initiatiefnemer is van een project

Bron: Nivel-enquête AMW

Disciplines	% projecten N=97	% Initiatiefnemer N=77
AMW	93	31
Huisartsen	53	5
SPV	41	3
Eerstelijnspsychologen	26	1
Psychiaters	26	-
Psychologen	13	-
Wijkverpleegkundigen	13	-
Anders	32	60

#### Georganiseerd samenwerkingsverband

AMW-instellingen zijn vaak betrokken bij georganiseerde samenwerkingsvormen met andere hulpverleners. Bij 63% van de AMW-instellingen bestond in 1999 een samenwerkingsverband met huisartsen (tabel 4.21). Ook hometeams en gezondheidscentra worden regelmatig genoemd (door resp. 59% en 47% van de instellingen).

Tabel 4.21 Percentage AMW-instellingen per samenwerkingsverband

Bron: VOG/CBS-enquête O&F

Samenwerkingsverband	% 1999	% 2000
Gezondheidscentra	47	44
Home-teams	59	64
Huisartsen	63	58

#### 4.1.4.2 Samenwerking vanuit huisartsen

Gegevens die gebruikt zijn om de samenwerking bij huisartsen in kaart te brengen zijn afkomstig van de WOK/Nivel enquête. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.3.

##### **Samenwerking binnen de eerstelijns**

Als indicatoren voor de samenwerking tussen huisarts en eerstelijns-GGZ gebruiken we de volgende:

- De mate waarin de huisarts beschikt over relevante informatie betreffende AMW en eerstelijnspsycholoog, de geldende procedures en bestaande mogelijkheden.
- De berichtgeving door AMW en eerstelijnspsycholoog zoals die door de huisarts wordt gepercipieerd
- Frequentie en inhoud van overleg over patiënten tussen huisarts en AMW en eerstelijnspsycholoog
- Frequentie en inhoud van overleg betreffende de onderlinge samenwerking
- Waardering door de huisartsen van de berichtgeving, het overleg over individuele patiënten en het overleg over samenwerking

Al deze indicatoren zijn gemeten in de WOK/Nivel enquête en hebben betrekking op de situatie medio 2001.

##### *Beschikking over relevante informatie*

Tabel 4.22 Percentage huisartsen dat beschikt over verschillende soorten van informatie bij AMW en eerstelijnspsycholoog  
*Bron: WOK/Nivel enquête*

	% AMW N=1314	% Eerstelijnspsycholoog N=1303
<hr/>		
Informatie beschikbaar over:		
Spreekuurtijden (voor cliënten)	56	41
Intakeprocedure	86	79
Namen van hulpverleners	55	77
Hulpverleningsaanbod	63	64
Mogelijkheden om advies te vragen	53	52
Wachlijsten	48	47

De bekendheid met AMW en eerstelijnspsycholoog ontloopt elkaar niet veel (tabel 4.22). Ten opzichte van een soortgelijke peiling onder huisartsen in 1996 is de kennis van tijden en namen bij het AMW wat teruggelopen. Namen van de eerstelijnspsycholoog zijn beter bekend geraakt. Kennis omtrent het hulpverleningsaanbod is licht toegenomen: 55% resp 49% voor AMW en eerstelijnspsycholoog in 1996 (Verhaak e.a., 1997).

##### *Berichtgeving aan huisartsen*

In tabel 4.23 staat aangegeven met welke frequentie de huisarts feedback ontvangt van AMW en eerstelijnspsycholoog omtrent het resultaat van de intake, de voortgang van de hulpverlening, de beëindiging van de hulpverlening en het resultaat van de hulpverlening.

Tabel 4.23 Frequentie waarmee huisartsen zeggen berichten te ontvangen van AMW en eerstelijnspsycholoog omtrent diverse stadia van de hulpverlening  
Bron: WOK/Nivel enquête 2001

Bericht over:	% artsen per frequentie categorie van berichtgeving	
	AMW N=1297	Eerstelijnspsycholoog N=1284
Intake		
bijna altijd	21	44
soms wel, soms niet	24	33
bijna nooit	55	23
Voortgang		
bijna altijd	14	20
soms wel, soms niet	25	44
bijna nooit	61	36
Beëindiging		
bijna altijd	24	52
soms wel, soms niet	27	32
bijna nooit	49	16
Resultaat		
bijna altijd	20	49
soms wel, soms niet	29	35
bijna nooit	51	16
Kwaliteit van berichtgeving	5,3	6,8

Vanuit het AMW wordt weinig gerapporteerd omtrent de voortgang van de behandeling van verwezen cliënten (tabel 4.23). Het oordeel van de huisarts over de kwaliteit is ook niet voldoende. De rapportage over begin en einde van de behandeling door de eerstelijnspsycholoog is een stuk frequenter. Deze wordt ook beter beoordeeld.

Vergelijking met een soortgelijke peiling onder huisartsen ruim vijftien jaar geleden (Visser & de Ridder, 1986) leert dat toen bijna 40% bericht ontving van het AMW over intake en voortgang en ongeveer 50% over beëindiging en resultaat.

#### *Frequentie van overleg met AMW en eerstelijnspsycholoog*

De frequentie waarmee huisartsen overleg hebben met AMW en eerstelijnspsycholoog staat in tabel 4.24.

Tabel 4.24 Regelmaat van overleg over individuele patiënten tussen huisarts en AMW resp. eerstelijnspsycholoog  
Bron: WOK/Nivel enquête 2001

	AMW N=1305	Eerstelijnspsycholoog N=1294
% huisartsen met regelmatig overleg	27	12
% huisartsen met incidenteel overleg	43	63
% huisartsen dat nooit overleg heeft	30	25
Oordeel huisarts over overleg (indien van toepassing: N= resp. 793 en 818)	7,4	7,6

Meer dan tweederde van de huisartsen heeft ten minste incidenteel overleg met AMW of eerstelijnspsycholoog. Ruim een derde van de huisartsen heeft wel eens overleg over diagnose en eenzelfde percentage over behandeling, 30% heeft wel eens overleg over verwijzingen. Even vaak geeft men aan met de eerstelijnspsycholoog over diagnose of behandeling te overleggen, iets minder vaak (24%) over verwijzingen.

In 1996 gaf nog 48% van de huisartsen aan overleg op een afgesproken tijdstip met het AMW te hebben. 21% had toen nooit overleg (Verhaak e.a., 1997).

De frequentie van het contact dat huisartsen hebben met AMW en eerstelijnspsycholoog

over de samenwerking op zich staat vermeld in tabel 4.25.

Tabel 4.25 Regelmaat van overleg over samenwerking tussen huisarts en AMW of eerstelijnspsycholoog  
Bron: WOK/Nivel enquête

	AMW N=1282	Eerstelijnspsycholoog N=1281
% huisartsen met regelmatig overleg	20	8
% huisartsen met incidenteel overleg	26	33
% huisartsen dat nooit overleg heeft	54	59
Oordeel huisarts over overleg	6,7	6,9

Met het AMW hebben huisartsen meer contact over samenwerking dan met eerstelijnspsychologen. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien hebben ze dergelijke contacten ook vaker met het AMW dan met tweedelijns-GGZ instellingen. Dit overleg gaat in beide gevallen vooral over taakafbakening en verwijzingen.

Dergelijk overleg tussen huisarts en AMW komt uiteraard erg veel voor in gezondheidscentra. Huisartsen uit gezondheidscentra geven dan ook aan in 54% van de gevallen regelmatig overleg te hebben. Echter, ook solisten, artsen in duopraktijken en in groepspraktijken geven aan in gemiddeld 18% van de gevallen regelmatig overleg met het AMW te hebben.

#### Samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijns GGZ

Dezelfde indicatoren die gehanteerd werden om de samenwerking met AMW en eerstelijnspsycholoog te karakteriseren, zijn ook gehanteerd om de samenwerking met regionale instellingen voor AGGZ, psychiatrische (poli-)klinieken, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en verslavingszorg te karakteriseren.

#### Berichtgeving aan huisartsen

Tabel 4.26 geeft aan in welke mate huisartsen beschikken over diverse soorten informatie betreffende Regionale GGZ/RIAGG, Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, psychiatrische poliklinieken/ziekenhuizen/PAAZ (aangeduid als 'psychiatrie') en de verslavingszorg (CAD).

Tabel 4.26 Percentage huisartsen dat beschikt over verschillende soorten van informatie bij verschillende GGZ-instellingen  
Bron: WOK/Nivel enquête

Informatie beschikbaar over:	% huisartsen per informatietype			
	RIAGG N=1330	Psychiatrie N=1271	Vrijgevestigde N=1266	CAD N=1318
Spreekuurtijden (voor cliënten)	28	17	17	21
Intakeprocedure	84	51	51	59
Namen van hulpverleners	34	36	49	13
Hulpverleningsaanbod	58	37	38	41
Mogelijkheden om advies te vragen	63	39	34	37
Wachlijsten	41	21	22	14

In de meeste opzichten zijn huisartsen het best op de hoogte van de informatie over de RIAGG. Alleen wat betreft de namen van hulpverleners komen de vrijgevestigden beter naar voren. Met betrekking tot praktische zaken is eigenlijk alleen over de intakeprocedure bij RIAGG'S en vergelijkbare regionale instellingen vrij algemene bekendheid. Met betrekking tot inhoudelijke zaken is meer dan de helft van de huisartsen op de hoogte van het

hulpverleningsaanbod van en mogelijkheden om advies te vragen bij de RIAGG. Bij andere verwijsmogelijkheden is kennis hieromtrent slechts bij een minderheid aanwezig.

De cijfers van de RIAGG kunnen vergeleken worden met de antwoorden die in 1998 op soortgelijke vragen gegeven zijn. De bekendheid is op ieder aspect in de huidige enquête beter dan drie jaar eerder, behalve de bekendheid met spreekuurtijden (was 33%). De aangegeven bekendheid met het hulpverleningsaanbod (was 45%) en wachtlijsten (was 17%) is aanzienlijk toegenomen.

In tabel 4.27 staat aangegeven met welke frequentie de huisarts aangeeft dat hij feedback ontvangt omtrent het resultaat van de intake, de voortgang van de hulpverlening, van de beëindiging van de hulpverlening en van het resultaat van de hulpverlening. Dit geschiedt opnieuw over de regionale GGZ, de psychiatrische (poli-)klinieken, de vrijevestigden en de verslavingszorg.

Tabel 4.27 Frequentie waarmee huisartsen zeggen berichten te ontvangen omtrent diverse stadia van de hulpverlening  
Bron: WOK/Nivel enquête

	% huisartsen per frequentie categorie van berichtgeving			
	RIAGG N=1240	Psychiatrie N=1130	Vrijgevestigde N=1106 N=1201	CAD
Bericht over:				
Intake				
bijna altijd	78	60	40	44
soms wel, soms niet	15	24	35	28
bijna nooit	7	16	25	28
Voortgang				
bijna altijd	25	27	19	13
soms wel, soms niet	46	37	41	33
bijna nooit	29	36	40	54
Beëindiging				
bijna altijd	77	70	46	37
soms wel, soms niet	19	22	36	30
bijna nooit	4	8	18	33
Resultaat				
bijna altijd	64	66	45	29
soms wel, soms niet	30	27	38	35
bijna nooit	7	7	17	36
Kwaliteit van berichtgeving (10-puntsschaal)	6,8	7,0	6,7	5,9

Lettend op de gerapporteerde frequentie waarmee over de diverse stadia wordt gerapporteerd geschiedt deze het meest frequent door de regionale instituten voor ambulante GGZ en de psychiatrische (poli-)klinieken. Vrijgevestigden en verslavingszorg blijven hier duidelijk bij achter. Desalniettemin wordt de kwaliteit van berichtgeving door de vrijgevestigden als even goed beoordeeld als die van de psychiatrie en iets beter dan die van de regionale instellingen. De verslavingszorg blijft bij deze drie achter.

In het algemeen wordt de huisarts meestal op de hoogte gehouden van de start en het einde van de hulpverlening. Over de tussentijdse voortgang is de berichtgeving in al de verschillende settings maar sporadisch.

Wat de regionale instellingen betreft kunnen we een vergelijking maken met de situatie zoals die in 1986 (de Ridder & Visser, 1987) en 1998 (Kerssens e.a., 1998) werd gerapporteerd. Met betrekking tot de intake en de voortgang is er een verhoging van de frequentie van

rapportage in vergelijking met 1998. Met betrekking tot beëindiging is de frequentie teruggelopen (was 83% 'meestal'). De frequentie waarmee het resultaat wordt teruggekoppeld is min of meer hetzelfde gebleven.

Ten opzichte van 1986 zijn alle frequenties sterk toegenomen.

#### *Frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ*

De frequentie waarmee huisartsen overleg hebben met verschillende geledingen in de tweedelijns GGZ staat in tabel 4.28.

Tabel 4.28 Regelmaat van overleg over individuele patiënten tussen huisarts en vier categorieën GGZ en beoordeelde kwaliteit daarvan  
*Bron: WOK/Nivel enquête*

	RIAGG N=1308	Psychiatrie N=1262	Vrijgevestigden N=1264 N=1297	CAD
% huisartsen met regelmatig overleg	13	4	5	3
% huisartsen met incidenteel overleg	63	53	52	45
% huisartsen dat nooit overleg heeft	24	43	43	52
Oordeel huisarts over overleg	6,9	6,8	7,0	6,4

Regelmatig overleg met de tweedelijns-GGZ over individuele patiënten is een zeldzaam fenomeen in alle geledingen. Indien men regelmatig overlegt is dat met de regionale AGGZ-instellingen gemiddeld eens in de twee maanden, met een vrijgevestigde eens in de drie maanden en met psychiatrie of verslavingszorg eens in de vier tot zes maanden.

De onderwerpen waarover men, incidenteel dan wel regelmatig, van gedachten wisselt zijn met name diagnosestelling en behandeling. Dit geldt voor alle vier de onderscheiden geledingen.

De beoordeelde kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg blijft achter bij het oordeel over de drie andere geledingen.

Op dezelfde wijze is gevraagd naar de frequentie waarmee de huisarts met de vier groepen tweedelijns GGZ overleg over de samenwerking heeft (zie tabel 4.29).

Tabel 4.29 Regelmaat van overleg over samenwerking tussen huisarts en vier categorieën GGZ en beoordeelde kwaliteit daarvan  
*Bron: WOK/Nivel enquête 2001*

	RIAGG N=1241	Psychiatrie N=1215	Vrijgevestigde N=1214 N=1231	CAD
% huisartsen met regelmatig overleg	10	2	2	1
% huisartsen met incidenteel overleg	30	18	20	14
% huisartsen dat nooit overleg heeft	60	80	78	85
Oordeel huisarts over overleg	6,7	6,6	6,9	6,2

Overleg over samenwerking komt veel minder voor dan overleg naar aanleiding van patiënten, hoewel dit laatste meestal ook incidenteel is. Wanneer het plaatsvindt, is het oordeel van de huisarts m.b.t. de regionale instellingen en vrijgevestigden redelijk positief, met betrekking tot de psychiatrie en de verslavingszorg wat minder.

Wanneer zo'n overleg plaatsvindt, heeft het vooral betrekking op verwijzingen en in de tweede plaats op taakafbakening.

#### **4.1.5 Samenvatting en conclusies met betrekking tot rechtstreekse indicatoren**

In dit hoofdstuk is, waar mogelijk, de stand van zaken weergegeven in de eerstelijns GGZ vóórdat de stimuleringsmaatregelen van VWS ingezet waren, of aan het begin daarvan. Dit

hoofdstuk was gericht op indicatoren die rechtstreeks beïnvloed worden door specifieke maatregelen: capaciteit, deskundigheid en samenwerking. De huidige stand van zaken m.b.t. deze drie indicatoren is hieronder weergegeven.

### **Capaciteit**

Van het uitvoerend AMW is een overzicht gegeven van de capaciteit in 1999/2000 op het niveau van gemeenten en instellingen. Op gemeentelijk niveau blijkt dat de meeste gemeenten in 2000 een capaciteit hadden van 0,51-0,75 fte per 6000 inwoners. De capaciteit is toegenomen tussen 1998 en 2001. Kleinere gemeenten en niet-tot-weinigstedelijke gebieden blijken vaker aan de capaciteitsnorm te voldoen dan grotere gemeenten en verstedelijkte gebieden. Op instellingsniveau blijkt dat de gemiddelde capaciteit van een instelling 15,5 fte was in 1999. Van de eerstelijnspsychologen is bekend dat er in 1998 gemiddeld vijf eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners waren. Hierin zijn regionale verschillen: in Utrecht ligt het aantal hoger, in Randstad Midden ligt het aantal lager. Voor huisartsen zijn geen capaciteitsgegevens beschikbaar, omdat de beleidsmaatregelen niet gericht zijn op het *aantal* huisartsen, maar uitsluitend op de kwaliteit van hun werk en de samenwerking met andere beroepsgroepen.

Geconcludeerd kan worden dat de capaciteit van het AMW - naar ook verwacht mocht worden - hoger ligt dan van eerstelijnspsychologen: omgerekend naar het aantal fte's per 100.000 inwoners hebben de meeste gemeenten namelijk een capaciteit van 8,5-12,5 uitvoerend AMW per 100.000 inwoners.

### **Deskundigheidsbevordering**

Bij- en nascholing op het gebied van psychosociale problematiek heeft hoge prioriteit bij uitvoerend AMW in 2000. Psychosociale problematiek wordt vaker genoemd als relevant voor bij- en nascholing door AMW-instellingen dan andere onderwerpen (door 60% van de instellingen), aanzienlijk vaker dan bijvoorbeeld materieel sociale problematiek, dat door 39% van de instellingen genoemd wordt. Ongeveer de helft van de AMW-instellingen nam in 2000 deel aan een eendaagse of meerdaagse cursus of training op het gebied van de GGZ. De deskundigheidsbevorderende activiteiten (waaronder die op het gebied van GGZ) bestonden vooral uit werkbegeleidingen, casuïstiekbijeenkomsten en intervisiebijeenkomsten. Bij de huisartsen staat nascholing op het gebied van de GGZ ook hoog op de agenda: bijna alle huisartsen hebben de afgelopen 2 jaar nascholing gevolgd met betrekking tot dit thema. Echter, de meeste huisartsen besteedden hieraan niet meer dan 1-2 dagen per jaar. Onderwerpen die aan bod kwamen waren vooral gericht op depressie en - in mindere mate - dementie en fobieën. Ook in de komende twee jaar wil bijna 90% van de huisartsen nascholing op het gebied van GGZ volgen, met als meest gewenste onderwerpen onverklaarde lichamelijke klachten, post-traumatische stress-stoornis en persoonlijkheidsstoornis. Over deskundigheids-bevordering bij eerstelijnspsychologen zijn nog geen gegevens bekend.

### **Samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweede lijn**

**AMW:** Per cliëntstelsel waren er in 1999 bij het AMW gemiddeld 3,0 contacten met een externe hulpverlener. Tweeëntachtig procent van de externe contacten bestonden uit overleg en ongeveer een vijfde deel uit samenwerking. De externe contacten waren relatief vaak met de huisarts (29%), maar daarnaast was er een grote variatie in hulpverleners waarmee contact is geweest tijdens de behandeling. Het grootste deel van de externe hulpverleningscontacten vond telefonisch plaats. Het AMW kende in 1999 behalve deze niet-structurele samenwerkingsvormen ook georganiseerde samenwerkingsverbanden voor AMW-instellingen. Drieënzestig procent van de AMW-instellingen had een samenwerkingsverband met huisartsen; een iets lager percentage met hometeams en gezondheidscentra.

De enquête onder AMW-instellingen liet zien dat op management-niveau regulier overleg vooral plaatsvond met ambulante GGZ-instellingen. Daarbij gaat het vooral om structurele aspecten van samenwerking en cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken. Er vindt weinig

overleg plaats met eerstelijnspsychologen. Op uitvoerend niveau bestaat vooral regulier overleg met huisartsen; Hierbij wordt vooral over afzonderlijke cliënten gesproken. Overleg met ambulante GGZ-instellingen en eerstelijnspsychologen is slechts incidenteel. Als instellingen meedoen aan samenwerkingsvorm in projectverband, dan betreft dit vooral samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de vorm van consultatie.

**Huisartsen:** Met betrekking tot de samenwerking binnen de eerstelijns is gebleken dat de bekendheid van de huisarts met eerstelijnspsychologen en het AMW ongeveer gelijk is voor zaken als intakeprocedure en hulpverleningsaanbod. De samenwerking met AMW lijkt in de loop van de jaren wat aan erosie onderhevig: vanuit het AMW wordt weinig gerapporteerd over diverse stadia van hulpverlening, en de kwaliteit wordt ook als onvoldoende beoordeeld. De frequentie en kwaliteit van de berichtgeving door eerstelijnspsychologen is beduidend beter. Meer dan tweederde van de huisartsen heeft tenminste incidenteel overleg met het AMW of een eerstelijnspsycholoog. Dit overleg heeft vooral betrekking op diagnose, behandeling en verwijzingen. Met het AMW hebben huisartsen meer contact over samenwerking dan met de eerstelijnspsycholoog. Dit overleg gaat vooral over taakafbakening en verwijzingen, en komt veel voor in gezondheidscentra.

Voor wat betreft de samenwerking met de tweede lijn lijkt de samenwerking met de RIAGG's in de loop van de jaren te zijn verbeterd: huisartsen zijn in de meeste opzichten het best op de hoogte van de gang van zaken bij de RIAGG in vergelijking tot psychiatrie, vrijgevestigden en CAD's. Berichtgeving omtrent diverse stadia van de hulpverlening geschiedt het meest frequent door RIAGG's en psychiatrische poliklinieken. De vrijgevestigden (eerstelijnspsychologen, psychiaters/psychotherapeuten) en de verslavingszorg blijven hier duidelijk bij achter, maar de kwaliteit van de berichtgeving van deze instellingen wordt wel als goed beoordeeld. De vrijgevestigden worden het meest gewaardeerd op hun kwaliteit van berichtgeving, de verslavingszorg het minst.

Wanneer de samenwerkingsgegevens vanuit de verschillende disciplines naast elkaar gelegd worden, kan het volgende geconcludeerd worden. De samenwerking binnen de eerstelijns verloopt het beste tussen huisartsen en het AMW, gevolgd door de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Er is tot nu toe weinig samenwerking tussen het AMW en eerstelijnspsychologen. Op het gebied van samenwerking met de tweede lijn blijken huisartsen het beste samen te werken met de RIAGG's, in die zin dat ze het beste op de hoogte zijn van de gang van zaken en berichtgeving over de hulpverlening. Ook AMW-instellingen hebben op management-niveau regulier overleg met de ambulante GGZ-instellingen, maar (nog) niet op uitvoerend niveau.

### **Beschouwing omtrent te verwachten veranderingen**

De in dit hoofdstuk besproken stand van zaken m.b.t. indicatoren voor capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking vormt de basis voor het vervolg van het evaluatie-onderzoek. In de komende jaren zal een nameting van deze indicatoren plaatsvinden, die in de jaarrapportages van 2003 en 2004 besproken zullen worden. In deze beschouwing wordt ingegaan op welke veranderingen te verwachten zijn op elk van deze indicatoren.

Bij de nameting wordt onderzocht in hoeverre de **capaciteit** van het uitvoerend AMW daadwerkelijk toeneemt als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Behalve bij het AMW is bij de eerstelijnspsychologen op termijn ook een capaciteitsuitbreiding te verwachten als gevolg van de door VWS geëffectueerde maatregelen: als huisartsen meer patiënten gaan doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog - doordat vergoeding van die hulp in het ziekenfondspakket komt en omdat de samenwerking met eerstelijnspsychologen geacht wordt te verbeteren - wordt het voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijker om zich te vestigen. De vraag is echter of dat binnen de termijn van de evaluatiestudie gaat gebeuren.

Ook de **deskundigheidsbevordering** zal bij de nameting opnieuw worden gemeten. Verwacht wordt een toename in deskundigheid op het gebied van GGZ bij zowel het AMW, de eerstelijnspsychologen en de huisartsen, omdat alle drie de disciplines projecten voor deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ hebben lopen. Die projecten worden



voor alle drie de disciplines gefinancierd via de subsidie van het samenwerkingsconvenant; bij huisartsen gebeurt de financiering bovendien via de subsidie die ze hebben gekregen ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid. Van eerstelijnspsychologen zijn nu nog geen gegevens bekend over deskundigheidsbevordering, maar dit zal voor 2003 en 2004 wel het geval zijn. Tenslotte wordt bij de nameting onderzocht in hoeverre de **samenwerking** binnen de eerstelijns en met de tweede lijn is verbeterd. Naar verwachting wordt de *samenwerking tussen de eerstelijns GGZ-disciplines* vergemakkelijkt. Ten eerste lopen er verschillende projecten die expliciet tot doel hebben de samenwerking te verbeteren: het project Korte Lijnen en het Diaboloproject. Ook heeft het AMW een cursus opgezet om samenwerking met andere GGZ-hulpverleners te bevorderen. Ten tweede wordt binnen de disciplines via het samenwerkingsconvenant aandacht besteed aan een betere profilering van hun eigen beroepsgroep op het gebied van de eerstelijns GGZ. Daardoor kan beter worden ingeschat welke patiënt waar het beste geholpen kan worden.

Een verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns GGZ kan bij de nameting zichtbaar worden in het percentage contacten met andere hulpverleners, in de mate waarin de eerstelijnsdisciplines op de hoogte zijn van elkaars werkwijze en wachttijden/werkdruk, en in de kwantiteit en kwaliteit van de berichtgeving m.b.t. het verloop van hulpverlening van doorverwezen patiënten. Ook zou een verbeterde samenwerking zichtbaar moeten worden in de patiëntenstromen binnen de eerstelijns.

*Samenwerking tussen eerste en tweedelijns* wordt onder andere rechtstreeks beïnvloed door de consultatieregeling. Een verbeterde samenwerking zal bij de nameting naar verwachting zichtbaar zijn in de mate waarin de eerstelijnsdisciplines op de hoogte zijn van werkwijze en werkdruk in de tweedelijns, en in de kwaliteit en kwantiteit van berichtgeving over het hulpverleningsverloop bij doorverwijzingen naar de tweede lijn.

Zowel capaciteitsvergroting en deskundigheidsbevordering als samenwerking hebben invloed op de indicatoren voor een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ: kenmerken van de hulpverlening en patiëntenstromen. Hier wordt verder op ingegaan bij de slotparagraaf van paragraaf 4.2.

## 4.2 Voormeting indirecte indicatoren van versterking eerstelijns GGZ

### 4.2.1 Inleiding

In deze sectie (§ 4.2) wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken op indicatoren van het uiteindelijke doel van de maatregelen die VWS heeft ingezet: een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ. De volgende indicatoren worden besproken: kenmerken hulpverlening (§ 4.2.2) en patiëntenstromen (§ 4.2.3). Bij elk van deze indicatoren worden de drie beroepsgroepen achtereenvolgens besproken: AMW, eerstelijnspsychologen en huisartsen. In § 4.2.4 wordt een samenvatting gegeven van de resultaten. Ook wordt kort geschetst welke veranderingen in de komende jaren te verwachten zijn op deze indicatoren in relatie tot de geëffectueerde maatregelen.

### 4.2.2 Kenmerken hulpverlening

#### 4.2.2.1 Kenmerken hulpverlening AMW

Gegevens die gebruikt zijn om de kenmerken van hulpverlening bij het AMW in kaart te brengen zijn afkomstig van de cliëntenregistratie AMW en de publicatie van de MO-groep voor het AMW in 1999 (VOG, 1999). Voor een beschrijving van de cliëntenregistratie AMW wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1. Parameters die gebruikt zijn om kenmerken van de hulpverlening vast te leggen zijn: hulpvraag en wachttijd, cliëntkenmerken, in behandeling genomen problematiek en werkwijze.

#### Hulpvraag en wachttijd

De hulpvraag van cliënten per uitvoerend AMW-er geeft een indicatie van de werkdruk van

een uitvoerend AMW-er. In 1999 kwamen 277.000 cliëntsystemen bij het AMW terecht met een of meerdere hulpvragen (zie tabel 4.30). Bij een cliëntstelsysteem zijn gemiddeld 1,3 cliënten betrokken. Hieruit blijkt dat er in 1999 ongeveer 296.000 personen betrokken waren bij de hulpverleningen. Daar zijn de korte contacten nog niet bij inbegrepen. Ervan uitgaande dat er bij een kort contact in de regel één persoon betrokken is, dan waren er in 1999 in totaal ongeveer 494.000 personen bij de hulpverlening betrokken. In 1999 werd de hulpverlening van 68% van de cliëntsystemen afgesloten, en 32% ging over naar 2000. Als deze gegevens naar een full time werkende AMW-er worden vertaald, dan blijkt dat deze gemiddeld genomen op 1 januari 1999 38 cliëntsystemen in behandeling had, en gedurende het jaar 73 nieuwe cliëntsystemen in behandeling nam. In totaal had een full time AMW-er gemiddeld 111 cliëntsystemen in behandeling, en 97 eenmalige hulpverleningscontacten van korter dan 1 uur. Van de 111 in behandeling zijnde cliëntsystemen werden er gemiddeld 76 afgesloten aan het eind van het jaar, en gingen er gemiddeld 35 cliëntsystemen over naar 2000 (AMW in beeld, 1999).

Tabel 4.30 Aantal cliëntsystemen bij het AMW in 1999  
Bron: AMW in beeld, 1999

	aantal in 1999	%
cliëntsystemen		
nieuw aangemeld	183.560	66,1
uit vorige jaren	94.140	33,9
totaal	277.700	100
korte contacten	198.000	

De wachttijd geeft een indicatie van de capaciteit van een AMW-instelling in relatie tot de hoeveelheid cliënten.

Tabel 4.31 Wachttijd van aanmelding tot start hulpverlening, uitgedrukt in % cliëntsystemen per tijdvak  
Bron: cliëntenregistratie AMW

	% cliëntsystemen per tijdvak	
	1999 (N=101)	2000 (N=39) <sup>a</sup>
< 1 week	36	36
1-4 weken	40	40
1-6 maanden	23	23
7-12 maanden	1	1
> 1 jaar	0	1
gemiddeld (dagen)	24,2 (SD 12,9)	29,9 (SD 16,4)

<sup>a</sup> Door afrondingsverschillen telt het % niet precies op tot 100%

De gemiddelde wachttijd per instelling in 1999 is 24,2 dagen (SD 12,9). Bij het grootste deel van de cliënten (76%) wordt binnen 4 weken met de hulpverlening gestart (tabel 4.31). Echter, bijna een kwart van de cliënten moet 1 tot 6 maanden wachten voor met de hulpverlening gestart kan worden, en in 1% van de gevallen is dit zelfs langer dan een half jaar. De gegevens van 2000 komen overeen met die van 1999.

### Cliëntkenmerken AMW

#### Cliëntstelsysteem

Het grootste deel van de (afgesloten) cliëntsystemen in 1999 bestond uit 1 persoon (gemiddeld 77% per instelling), 16% uit 2 personen, en slechts 6% uit meer dan 2 personen. Als het cliëntstelsysteem uit meer dan 1 persoon bestond, ging het meestal om (echt)paren (14% van het totaal) en ouders met kind(eren) (13% van het totaal).

### *Cliëntkenmerken*

In tabel 4.32 worden de kenmerken van de cliëntenpopulatie van het AMW beschreven. Als het cliëntstelsel uit meer dan één persoon bestond zijn alleen gegevens van de hoofdcliënt in beschouwing genomen, d.w.z. de persoon waar de hulpvraag om draait.

Tabel 4.32 Cliëntkenmerken, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen per AMW-instelling  
Bron: cliëntenregistratie AMW

	gemiddeld % per instelling	
	1999 (N <sub>inst</sub> = 97)	2000 (N <sub>inst</sub> = 39)
<i>Geslacht</i>		
man	34	32
vrouw	66	68
<i>Primaire leefsituatie</i>		
alleenstaand	30	29
(echt)paar	19	17
éénoudergezin	13	17
twee-oudergezin	32	31
overig	6	7
<i>Herkomst</i>		
Nederland	83	84
Anders	17	16
Aruba, Antillen, Suriname	20	14
Marokko	15	12
Turkije	17	12
Anders	48	62
<i>Leeftijd (jaren)</i>		
	41 (SD 4,4)	40 (SD 2,8)
0-14 jaar	1	2
15-24 jaar	11	12
25-44 jaar	53	52
45-64 jaar	26	25
>= 65 jaar	9	8

De cliënt die het meest typerend is voor het AMW is een volwassen Nederlandse vrouw in de leeftijd van 25-44 jaar die ofwel uit een twee-oudergezin komt, ofwel alleenstaand is. De cliëntgegevens van 2000 komen overeen met die van 1999, zodat het jaar 1999 als representatief voor 2000 kan worden beschouwd.

## Problematiek AMW

Tabel 4.33 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld % cliëntsystemen

Bron: cliëntenregistratie AMW

Problematiek <sup>a</sup>	Gemiddeld % per instelling (N <sub>inst</sub> =101)	
	1999	2000
<i>Materieel</i>		
Inkomen	5	4
Besteding	12	9
Huisvesting	6	7
Vorming/opleiding	1	1
Arbeid	5	5
<i>Relationeel</i>		
Echtscheiding	7	6
Relatie partner	13	13
Relatie ouder-kind	12	11
Relatie anderen	7	6
<i>Psychisch</i>		
Verwerking	15	15
Eenzaamheid	2	2
Identiteit	5	5
Overig psychisch	21	18
<i>Overig</i>		
Gezondheid	8	10
Maatsch. org.	4	4
Multi-probl. gezin	3	vervallen
Cultuurverschil	1	1
Slachtoffer geweld	5	5
Verslaving	1	2

<sup>a</sup> >1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

De problemen die in 1999 bij maatschappelijk werk aangemeld werden waren voornamelijk psychisch en relationeel van aard (tabel 4.33). Binnen de groep psychische problematiek vormt de categorie 'overige psychische problemen' - zoals overspannenheid, angsten, depressieve klachten, onzekerheid of psychiatrische problemen - de grootste groep, gevolgd door verwerkingsproblemen (sterfgeval, ongeneeslijke ziekte, beëindiging relatie e.d.). Beide categorieën, maar met name de categorie 'overige psychische problemen', zijn sterk toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (vgl. Verhaak e.a., 1997). Bij relationele problemen komen problemen met de partner of tussen ouder en kind veel voor. Bij materiële problematiek betreft het vooral bestedingsproblemen. Ook deze categorie lijkt in 1999 en 2000 te zijn toegenomen in vergelijking tot voorgaande jaren.

## Werkwijze AMW

### Type hulpverlening binnen het AMW

Tabel 4.34 Gemiddeld percentage cliëntsystemen per type hulpverlening binnen het AMW  
Bron: cliëntenregistratie AMW

Type hulpverlening	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling <sup>a</sup>	
	1999 (N <sub>inst</sub> =101)	2000 (N <sub>inst</sub> =39)
Informatie en advisering	17	12
Concrete dienstverlening	7	6
Bemiddeling	10	7
Rapportage/advies ovv derden	1	1
Begeleiding/ondersteuning	48	-
Probleemverheldering	18	-
Procesmatige hulp <sup>b</sup>	-	62
Crisishulp <sup>b</sup>	-	2
Steun/leuncontact <sup>b</sup>	-	5
Casemanagement <sup>b</sup>	-	1
Groepswerk <sup>b</sup>	-	5

<sup>a</sup> door afrondingsverschillen tellen de % niet precies op tot 100%

<sup>b</sup> deze categorieën bestaan pas vanaf 2000

Het AMW hield zich in 1999 in bijna de helft van de gevallen bezig met begeleiding en ondersteuning (tabel 4.34). Inclusief probleemverheldering is de hulpverlening dus vooral van psychosociale aard. Daarnaast bestond iets minder dan een vijfde deel van de hulpverlening uit informatie en advisering aan de cliënt. Bij deze tabel moet worden opgemerkt dat de percentages van 1999 en 2000 niet goed met elkaar vergeleken kunnen worden doordat de soort en hoeveelheid categorieën die gebruikt werden van elkaar verschillen.

Ook kan het type hulpverlening niet vergeleken worden met voorgaande jaren zoals die in het rapport "Het AMW in de eerstelijns GGZ" staan vermeld (Verhaak e.a., 1997), omdat daar voor een andere selectie van categorieën is gekozen. De categorieën 'rapportage/ advies ovv derden' en 'probleemverheldering' zijn in die periode niet meegenomen bij de berekening van de percentages, waardoor de percentages van de andere categorieën ten opzichte van het totaal hoger uitvallen dan in 1999.

### Duur hulpverlening bij het AMW

Tabel 4.35 duur van de behandeling, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen per tijdvak  
Bron: cliëntenregistratie AMW

Duur:	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling <sup>a</sup>	
	1999 <sup>a</sup>	2000 <sup>a</sup>
< 1 week	9	9
1-4 weken	11	11
1-6 maanden	59	59
7-12 maanden	12	13
> 1 jaar	10	7
gemiddeld (dagen)	155 (SD 54,9)	147 (SD 50,1)

<sup>a</sup> door afrondingsverschillen tellen de % niet precies op tot 100%

Uit tabel 4.35 blijkt dat de gemiddelde duur van de hulpverlening per instelling 155 dagen (SD 54,9) was in 1999, en 147 dagen in 2000 (SD 50,1). Het grootste deel van de hulpverlening was binnen een half jaar afgerond, waarvan het merendeel een tijdsperiode van 1-6 maanden bestreek. Echter, 10% van de hulpverlening was zeer langdurig, nl. langer dan een jaar. Vergeleken met voorgaande jaren is het percentage cliënten met een

behandelingsduur van 7-12 maanden in 1999 en 2000 afgenomen ten gunste van het aantal cliënten waarbij de behandeling binnen 1-6 maanden afgerond wordt (vgl. Verhaak e.a., 1997). In de periode 1990-1994 lag het percentage cliëntsystemen met een behandelingsduur van 7-12 maanden namelijk op 16%, terwijl dit percentage in 1999 12% is.

#### *Aantal contacten bij het AMW*

De hoeveelheid contacten met een cliëntstelsel lag in 1999 gemiddeld op 7.5 (SD 4,5) en in 2000 op 7.4 (SD 2,8). Die contacten vonden voornamelijk plaats binnen de AMW-instelling zelf (in 48% resp. 67% van de gevallen), maar een aantal contacten werden ook wel telefonisch afgehandeld, te weten in gemiddeld 31% resp. 19% van de gevallen. Het gemiddeld aantal contacten in de periode 1990-1994 lag iets hoger dan in 1999 (vgl. Verhaak e.a., 1997).

#### 4.2.2.2 *Kenmerken hulpverlening eerstelijnspsychologen*

Gegevens die gebruikt zijn om de kenmerken van hulpverlening bij eerstelijnspsychologen in kaart te brengen zijn afkomstig van de Trimbos-enquête ELP uit 1998. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.2.

#### **Wachttijd eerstelijnspsychologen**

Gemiddeld moeten cliënten 12 dagen wachten tot ze een intakegesprek bij de eerstelijnspsycholoog kunnen hebben (Tabel 4.36). De wachttijd tussen aanmelding en behandeling is gemiddeld 15 dagen, waarbij het grootste deel (85%) binnen 4 weken geholpen wordt. Een kleine groep (4%) moet langer dan een jaar wachten.

Tabel 4.36 Gemiddelde wachttijd bij eerstelijnspsychologen, uitgedrukt in % cliënten per tijdvak.

*Bron: Trimbos-enquête ELP 1998*

wachttijd	tot intakegesprek <sup>a</sup> (N=362)	tussen aanmelding en behandeling (N=353)
< 1 week	25	9
1-4 weken	66	76
1-6 maanden	8	11
7-12 maanden	0	0
> 1 jaar	2	4
gemiddeld (dagen)	12	15

<sup>a</sup> door afrondingsverschillen tellen de percentages niet precies op tot 100%

Een eerstelijnspsycholoog krijgt jaarlijks gemiddeld 89 nieuwe cliënten, en schrijft jaarlijks 75 cliënten uit (tabel 4.37). Het aantal cliënten dat bij een eerstelijnspsycholoog in behandeling was op het moment van de enquête, was gemiddeld 44. Jaarlijks worden 14 cliënten doorverwezen door de eerstelijnspsychologen; dat is 16% van het aantal cliënten dat nieuw binnenkomt.

Tabel 4.37 Gemiddeld aantal cliënten per eerstelijnspsycholoog  
Bron: Trimbos-enquête ELP 1998

	N <sub>psychologen</sub>	gemiddeld	totaal
nieuw	313	89	66.839
uitgeschreven	298	75	56.325
momenteel in zorg	346	44	33.044
verwezen	99	14	10.514

### Cliëntkenmerken van eerstelijnspsychologen

Tabel 4.38 Cliëntkenmerken eerstelijnspsycholoog

	% cliënten N = 2714 - 2756
<b>Cliëntkenmerken:</b>	
<i>Geslacht<sup>a</sup></i>	
Man	36
Vrouw	65
<i>Primaire leefsituatie</i>	
Thuis bij ouders	10
Alleenwonend	21
Samen met partner	62
Eenoudergezin	6
Samen met anderen	1
Anders	0
<i>Opleidingsniveau<sup>a</sup></i>	
geen opleiding/basisschool	4
LBO/Mavo	32
Havo/MBO/VWO	35
HBO/WO	30
<i>Herkomst</i>	
Nederland	96
Anders	4
Gem. leeftijd in jaren	37,2 (SD 1,3)

<sup>a</sup> Door afrondingsverschillen tellen de % niet precies op tot 100%

De gemiddelde leeftijd van de ambulante cliënten van de eerstelijnspsycholoog is 37.2 jaar, het merendeel is vrouw en van Nederlandse afkomst. De cliënten zijn hoog opgeleid: 30% heeft een HBO of WO opleiding, en 35% heeft minimaal een Havo- of VWO-diploma of een afgeronde MBO-opleiding. De meeste mensen wonen samen met een partner (62%), ongeveer één op de vijf cliënten is alleenwonend, en 10% woont nog bij de ouders thuis.



## Problematiek eerstelijnspsychologen

Tabel 4.39 Problematiek aangemeld bij de eerstelijnspsycholoog  
Bron: databestand Trimbos-enquête ELP 1998

Problematiek:	% cliënten <sup>a</sup> (N=2779)
<i>Relationeel</i>	
Relatieproblemen	30
Gezins- en opvoedingsproblemen	8
<i>Psychisch</i>	
Spanningsklachten	28
Werk/studieproblemen, burn-out	24
Trauma en/of rouwverwerking	18
Depressiviteit, onvrede	31
Identiteitsproblemen	15
Fobie/vage angsten/paniekaanvallen	18
Dwangmatige klachten (obsessies)	5
Assertiviteitsproblemen	16
<i>Gezondheid</i>	
Somatische klachten	11
Seksproblemen	5
Slaapproblemen	6
Eetproblemen	3
Anders	5

<sup>a</sup> De percentages tellen niet op tot 100% omdat er >1 antwoord mogelijk is per cliënt

Veel voorkomende problemen waarmee cliënten aangemeld worden bij een eerstelijnspsycholoog zijn relatieproblemen (30%) en psychische problemen zoals depressiviteitsklachten (31%), spanningsklachten (28%) en werk/studieproblemen of burn-out (24%); zie tabel 4.39.

Tabel 4.40 Frequent voorkomende diagnoses bij cliënten van eerstelijnspsychologen  
Bron: databestand Trimbos-enquête ELP 1998

Diagnose <sup>a</sup>	% cliënten N=2306	aantal ambulante cliënten
Geen diagnose as1 en as2	40	1123
Stemmingsstoornis	24	679
Angststoornis	18	499
Aanpassingsstoornis	13	358
Persoonlijkheidsstoornis cluster C	8	229
Andere diagnose <sup>b</sup>	7	202

<sup>a</sup> > 1 diagnose mogelijk per cliënt

<sup>b</sup> Bij de categorie "andere diagnose" hoort o.a. somatoforme stoornis, eet- en slaapproblemen, identiteitsstoornis, of een stoornis door gebruik van middelen.

Een groot deel (40%) van de klachten van cliënten die bij de eerstelijnspsycholoog komen is niet te diagnosticeren volgens de DSM-IV classificatie; deze cliënten hebben dus relatief lichte psychische problemen (4.40). Cliënten waarbij wél een DSM-IV diagnose vastgesteld is worden vooral gekenmerkt door een stemmingsstoornis (24%), angststoornis (18%), of een aanpassingsstoornis (13%).

## Werkwijze eerstelijnspsychologen

### Type en aard hulpverlening bij eerstelijnspsychologen

Tabel 4.41 Percentage cliënten per type hulpverlening  
Bron: databestand Trimbos-enquête ELP 1998

Type hulpverlening <sup>a</sup>	% cliënten
Oriënterend gesprek	9
Diagnostiek	35
Psychologische behandeling	81
Ondersteuning	20
Advisering	8
Voorlichting	3
Anders	1

<sup>a</sup> >1 antwoord mogelijk per cliënt

Veruit het grootste deel van de behandelingen bestaat uit psychologische begeleiding (81%). Ook diagnostiek maakt een belangrijk deel uit van de behandelingen (35%), gevolgd door ondersteuning (20%) (tabel 4.41). Uit tabel 4.42 blijkt dat de aard van de hulpverlening vaak inzichtgevend of klachtgericht is (beide bij 49% van de cliënten toegepast). Ook structurerend werken komt regelmatig voor, en wordt toegepast bij 37% van de cliënten.

Tabel 4.42 Aard hulpverlening door eerstelijnspsychologen  
Bron: Trimbos-enquête ELP 1998

Aard hulpverlening <sup>a</sup>	% cliënten
Inzichtgevend	49
Structurerend	37
Klachtgericht	49
Begeleiding	20

<sup>a</sup> >1 antwoord mogelijk per cliënt

### Duur hulpverlening en aantal contacten bij eerstelijnspsychologen

Tabel 4.43 Contactfrequentie per maand tussen cliënt en eerstelijnspsycholoog  
Bron: Trimbos-enquête ELP 1998

Contactfrequentie per maand	% cliënten
1x	9
2x	52
3x	15
4x	22
5-10x	1
> 10x p.m.	0
Gemiddeld:	2,6 (SD 1,1)

Gemiddeld komen cliënten 2,6 keer per maand bij de eerstelijnspsycholoog; voor meer dan de helft van de cliënten (52%) is dit gemiddeld 2 keer per maand. Slechts 1% van de cliënten komt vaker dan 1 keer per week bij de eerstelijnspsycholoog (tabel 4.43).

Tabel 4.44 Cliënten per frequentie categorie van het aantal zittingen bij de eerstelijnspsycholoog

Aantal zittingen	% cliënten N=2698
1-9	23
10-19	57
20-49	18
50-99	2
>100	0
Gemiddeld:	14,9 (SD 13,8)

Gemiddeld heeft een cliënt 14,9 zittingen bij de eerstelijnspsychologen, waarbij het merendeel van de cliënten (57%) tussen de 10 en de 19 zittingen heeft. De gemiddelde duur van een zitting is 49 minuten (SD 9,1) ;zie tabel 4.44.

### 4.2.3 Patiëntenstromen

#### 4.2.3.1 Patiëntenstromen AMW

Gegevens die gebruikt zijn om de patiëntenstromen bij het AMW in kaart te brengen zijn afkomstig van de cliëntenregistratie AMW en van de Nivel-enquête AMW. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.1.

### Instroom naar het AMW

Tabel 4.45 Initiatiefnemer tot contact met het AMW

Bron: cliëntregistratie AMW

Initiatiefnemer	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	1999	2000
Cliënt zelf	43	50
Maatsch. werker	3	4
Anders, nl. <sup>a</sup>	54	46
Huisarts	50	53
Gezondheidszorg	5	5
GGZ	9	6
Maatsch. werk	10	6
Welzijnssector	5	5
Justitie	4	5
Gemeente	7	6
Anders	9	14

<sup>a</sup> de genoemde percentages bij de subcategorieën van 'anders' zijn gebaseerd op het totaal van de categorie 'anders'; door afrondingsverschillen tellen deze percentages niet precies op tot 100%

Uit tabel 4.45 valt af te lezen dat een groot deel van de cliëntsystemen op eigen initiatief bij het AMW terecht komt (43% in 1999 en 50% in 2000). Als cliënten doorverwezen worden door een andere hulpverlener, is dit in de helft van de gevallen door de huisarts. Bij vergelijking van 1999 met voorgaande jaren (vgl. Verhaak, e.a., 1997) blijkt de initiatiefnemer tot contact met het AMW vrij stabiel te zijn: ook in voorgaande jaren (1990-1994) kwam rond de 43% op eigen initiatief terecht bij het AMW. Het percentage cliënten dat doorverwezen wordt door de huisarts lag rond de 25%, en GGZ-instellingen namen rond de 4% voor hun rekening. Deze percentages zijn gebaseerd op het totaal aantal cliënten dat bij het AMW terecht komt, en zijn dus niet vergelijkbaar met die in tabel 4.45. Echter, als de gegevens van 1999 op dezelfde manier als die van 1990-1994 omgerekend worden, blijkt de situatie in dit jaar vergelijkbaar te zijn met die van voorgaande jaren.

Als de huisarts verwijzer is, dan zijn de psychische problemen (verwerkingsproblemen en 'overig psychisch'), relatieproblemen met de partner en gezondheidsproblemen meer dominant. De huisarts blijkt naar verhouding weinig materiële problemen door te verwijzen, met name weinig bestedingsproblemen.

Behalve uit de cliëntregistratie van het AMW zijn ook gegevens omtrent patiënteninstroom beschikbaar uit de Nivel-enquête onder AMW-instellingen. Tabel 4.46 geeft aan hoeveel huisartsen, eerstelijnspsychologen en spreekuurpunten AGGZ gemiddeld in het werkgebied van een AMW-instelling werkzaam zijn, naar schatting van de AMW-instellingen. Gemiddeld zijn er 50 huisartsen en 7,5 eerstelijnspsycholoog werkzaam in het werkgebied en is er 1,8 spreekuurpunt AGGZ. Tabel 4.46 is hier weergegeven als achtergrond voor de gegevens over verwijzingen die daarna volgen.

Tabel 4.46 Aantal huisartsen, eerstelijnspsychologen en spreekuurpunten AGGZ in het werkgebied van een AMW-instelling  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

	N <sub>inst</sub>	Gem.	SD	Min	Max
Huisartsen	89	50	43	5	200
Eerstelijnspsychologen	65	7,5	8,3	0	40
Spreekuurpunten AGGZ	75	1,8	2,1	0	14

Instellingen hebben aangegeven hoeveel procent van de huisartsen in het werkgebied van de AMW-instelling nooit cliënten verwijzen naar het AMW, incidenteel verwijzen (5 cliënten of minder per jaar) en hoeveel huisartsen regelmatig verwijzen (meer dan 5 cliënten per jaar). In tabel 4.47 is zichtbaar dat 13% van de huisartsen in het werkgebied van de instelling nooit naar het AMW verwijst, 27% verwijst incidenteel en 60% van de huisartsen verwijst regelmatig naar het AMW. Combineren we deze verwijspersentages met het gemiddelde aantal huisartsen in het werkgebied van een instelling van 50 (tabel 4.46), kunnen we stellen dat een AMW-instelling gemiddeld te maken heeft met verwijzingen van 44 huisartsen (incidenteel of regelmatig: 87% van 50 huisartsen).

Tabel 4.47 Percentage huisartsen die binnen het werkgebied van de AMW-instelling nooit, incidenteel of regelmatig naar de AMW-instelling verwijzen  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

Verwijzingen	N <sub>inst</sub>	Gem. %	SD	Min %	Max %
Nooit	72	13	16,3	0	75
Incidenteel	72	27	17,5	0	70
Regelmatig	81	60	26,3	6	100

In tabel 4.48 zijn respectievelijk de jaarlijkse verwijsstromen naar de AMW instellingen in kaart gebracht bij verschillende GGZ-hulpverleners: eerstelijnspsychologen, Ambulante GGZ hulpverleners en andere hulpverleners. Bekeken is of verwijzingen van cliënten naar de AMW-instellingen nooit voorkomen, incidenteel, (gedefinieerd als minder dan 40 keer per jaar) of regelmatig (meer dan 40 keer per jaar). De categorie 'onbekend' is hier apart opgenomen om onderlinge vergelijking van het aantal instellingen tussen de disciplines te kunnen vergemakkelijken

Tabel 4.48 Aantal (tevens percentage) AMW-instellingen dat verwijzingen krijgt van andere hulpverleners (N=100)  
Bron: Nivel-enquête AMW

Frequentie:	Verwijzingen van:		
	ELP	Ambulante GGZ	Andere GGZ-hulpverleners
Nooit	30	-	-
Incidenteel	53	52	22
Regelmatig	2	42	6
Onbekend	6	6	72
Totaal	100	100	100

Verwijsstromen naar de AMW-instelling door andere GGZ-hulpverleners dan de huisarts komen het meest met de ambulante GGZ. Verwijzingen van de eerstelijnspsycholoog komen minder voor: ongeveer een derde van de instellingen ontvangt nooit verwijzingen van de eerstelijnspsycholoog. Als verwijzingen van de eerstelijnspsycholoog wel voorkomen is het meestal incidenteel. 'Andere GGZ-medewerkers' zijn niet nader gespecificeerd.

### Uitstroom uit het AMW

Tabel 4.49 Gemiddeld percentage doorverwezen cliëntsystemen, uitgesplitst naar het soort hulpverlener waarnaar verwezen is  
Bron: Cliëntenregistratie AMW

	gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	1999 N=101	2000 N=39
Niet verwezen	73	55
Verwezen	27	45
<i>% binnen de doorverwezen cliëntsystemen:</i>		
Huisarts	1	3
Gezondheidszorg	5	7
GGZ	33	35
Maatsch. werk	26	13
Welzijnssector	11	12
Justitie	6	6
Gemeente	10	12
Anders	7	12

Uit tabel 4.49 blijkt dat de meeste cliëntsystemen na behandeling bij het AMW niet worden doorverwezen naar een andere hulpverlener (73%). In 1999 wordt 27% wel doorverwezen. Dit percentage ligt wat hoger dan in voorgaande jaren, waarin 16-21% doorverwezen werd. Van de doorverwezen cliënten wordt het grootste deel naar een GGZ-instelling doorverwezen (33%). Ook komen veel cliëntsystemen (26%) bij een andere vorm van het maatschappelijk werk terecht.

Uit de enquête onder AMW-instellingen blijkt dat verwijzingen vanuit AMW-instellingen naar andere GGZ-hulpverleners dan de huisarts het meest voorkomen naar de ambulante GGZ. Verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog komen minder voor: 14% van de instellingen verwijst nooit naar de eerstelijnspsycholoog (tabel 4.50). Als verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog wel voorkomen is het meestal incidenteel. 'Andere GGZ-hulpverleners' zijn niet nader gespecificeerd. Om vergelijking van het aantal AMW-instellingen tussen disciplines mogelijk te maken is de categorie 'onbekend' apart opgenomen, in plaats van de frequentie van verwijzingen in percentages van de valide responsen uit te drukken.

Tabel 4.50 Aantal (tevens percentage) AMW-instellingen dat nooit, incidenteel of regelmatig naar andere hulpverleners verwijst  
*Bron: Nivel-enquête AMW*

Verwijzingen naar:	Eerstelijns- psychologen	Ambulante GGZ	Andere GGZ- hulpverleners
Nooit	14	-	1
Incidenteel	68	37	27
Regelmatig	4	55	6
Onbekend	14	8	66
Totaal	100	100	100

#### 4.2.3.2 Patiëntenstromen eerstelijnspsychologen

Gegevens die gebruikt zijn om de patiëntenstromen bij eerstelijnspsychologen in kaart te brengen zijn afkomstig van de Trimbos-enquête eerstelijnspsychologen uit 1998. Voor een beschrijving hiervan wordt verwezen naar het methodehoofdstuk (hoofdstuk 2), § 2.2.2.

#### Instroom naar eerstelijnspsychologen

Tabel 4.51 Initiatiefnemer tot contact met eerstelijnspsychologen  
*Bron: Trimbos-enquête ELP 1998*

Verwijzer	% cliënten <sup>a</sup> N=2769
Eigen initiatief	21
Huisarts	73
AMW	1
Politie/justitie	0
Andere eerstelijnspsycholoog	1
Bedrijfsarts	3
Overige personen/instanties	5

<sup>a</sup> Door afrondingsverschillen tellen de % niet precies op tot 100%

Veruit het grootste deel van de cliënten (73%) komt via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog (tabel 4.51). Een vijfde deel van de cliënten komt op eigen initiatief.

## Uitstroom van cliënten vanuit de eerstelijnspsycholoog

Tabel 4.52 Percentage doorverwezen cliënten, uitgesplitst naar het soort hulpverlener waarnaar doorverwezen is  
Bron: Trimbos-enquête ELP 1998

	N	%
Niet verwezen	2334	93
Wel verwezen	179	7
	% van totaal	% binnen verwezen
AMW	0	5
Psychiater	2	23
Psychotherapeut	2	21
RIAGG	1	16
Anders	3	36

Alle doorverwijzingen zijn gebeurd na de huisarts hiervan op de hoogte te hebben gebracht. Slechts 7% van de cliënten wordt door een eerstelijnspsycholoog doorverwezen naar een andere hulpverlener (tabel 4.52). Hiervan komt ongeveer een kwart terecht bij een psychiater, en een vijfde deel bij een psychotherapeut. Zesendertig procent van de doorverwezen cliënten wordt door verwezen naar een andere hulpverlener.

Bij nadere analyse blijkt dat doorverwijzingen relatief wat vaker voorkomen bij identiteitsproblemen (11%), obsessies (17%), seksuele problemen (12%) en eetproblemen (19%).

### 4.2.3.3 Patiëntenstromen huisartsen

De door WOK/Nivel geënuquêteerde huisartsen gaven een schatting van het aantal patiënten dat ze in het jaar 2000 naar eerstelijns-GGZ (AMW en eerstelijnspsycholoog) en naar de specialistische GGZ (regionale instellingen voor AGGZ, psychiatrische poliklinieken en ziekenhuizen, vrijgevestigden en verslavingszorg) hadden verwezen. Ook gaven ze aan hoeveel patiënten ze op naam hadden staan. Op basis daarvan zijn gespecificeerde verwijscijfers per 1000 ingeschreven patiënten berekend. Op jaarbasis is de schatting dat er per 1000 patiënten de volgende aantallen in 2000 verwezen zijn:

Tabel 4.53 Aantal verwezen patiënten per 1000 ingeschreven patiënten in 2000  
Bron: WOK/Nivel enquête 2001

AMW	8,4
Eerstelijnspsycholoog	8,8
Regionale instelling AGGZ	9,3
Psychiatrie	2,6
Vrijgevestigden	3,4
Verslavingszorg	2,1

Uit tabel 4.53 valt te herleiden dat 3 tot 4% van de huisartspatiënten in 2000 naar de GGZ zijn verwezen; er zijn naar schatting 17,2 patiënten per 1000 naar de eerstelijns GGZ verwezen, en 17,4 patiënten per 1000 naar de tweedelijns GGZ. Vergeleken met enige jaren terug is dit gerapporteerde aantal, wat de regionale AGGZ betreft aanzienlijk toegenomen. Over 1997 rapporteerden huisartsen gemiddeld nog geen zes patiënten naar de RIAGG verwezen te hebben. Schattingen op basis van trendanalyse medio 1995 lieten zien dat er

per 1000 patiënten ongeveer 5 verwijzingen naar het AMW en 12 naar de hele GGZ waren (Verhaak e.a., 2000).

Huisartsen die in de door het Nivel bijgehouden Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations participeren hebben over hun GGZ-verwijzingen in 2001 een aantal gegevens bijgehouden. Hieruit kunnen we afleiden met welke diagnoses huisartsen naar de onderscheiden vormen van eerste- en tweedelijns GGZ verwijzen.

Tabel 4.54 Verwijsbestemmingen van huisartsen, gerelateerd aan verwijsdiagnoses  
Bron: Peilstations-CRM

Verwijsbestemming	AMW	% huisartsen per verwijsbestemming			Vrijgevestigde	CAD
		ELP	RIAGG	Psychiatrie		
Aantal doorverwijzingen 127	202	375	61	69	5	
Verwijsdiagnose/ symptoom <sup>a</sup> :						
Angst/spanning	13	15	12	10	10	-
Acute stress	6	5	5	-	3	-
Depressief gevoel	13	21	17	16	23	(1)
Slaapstoornis	3	3	6	5	6	-
Somatoforme stoornis	1	2	4	12	3	-
Alcohol/drugs	2	1	4	10	3	(5)
Dementie	-	-	5	2	-	-
Schizofrenie/psychose	-	-	5	10	1	-
Angststoornis	-	6	12	16	16	-
Depressie	6	9	21	38	19	(1)
Suicide poging	-	-	1	2	1	-
Overspannen/surmenage	15	18	8	3	22	-
Probl. werk 13	11	6	3	13	(1)	-
Probl. opleiding	1	1	3	2	-	-
Relatieproblemen	37	22	12	8	16	(1)
Overig	28	26	35	23	26	(1)
Recidive:	27	29	41	53	38	(4)
Ernst (3-punts)	1,8	1,8	2,1	2,4	2,2	(2,6)
Reden om te verwijzen <sup>a</sup>						
Geen tijd:	57	38	20	12	25	(2)
Geen deskundigheid	31	58	52	38	77	(2)
Wil advies diagnose 1	1	13	16	4	-	-
Wil advies behandeling	1	3	15	38	6	-
Anders: 20	16	26	31	13	(1)	

<sup>a</sup> > 1 antwoord mogelijk

De meest voorkomende symptomen en diagnoses bij verwezen patiënten zijn depressief gevoel en depressie en relatieproblemen, gevolgd door angst/spanning, angststoornis, en overspannenheid (tabel 4.54). Er is een duidelijk onderscheid naar verwijsbestemming: het AMW en de eerstelijnspsycholoog krijgen relatief veel symptomen en weinig diagnoses, voorts veel overspannenheid, werkproblemen en relatieproblemen verwezen. Bij ambulante GGZ en psychiatrie ligt de verhouding tussen symptomen en diagnoses juist omgekeerd. Voor patiënten met een somatoforme stoornis en schizofrenie lijkt de psychiatrie de meest aangewezen verwijsmogelijkheid, dementie gaat vooral naar de ambulante GGZ. Psychosociale problemen (werk, relaties) en overspannenheid worden minder naar ambulante GGZ en psychiatrie verwezen. De vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten nemen een middenpositie tussen de eerstelijns en de AGGZ/psychiatrie in: relatief meer symptomen en nogal wat psychosociale problematiek en overspannenheid. Naar de verslavingszorg zijn zo weinig verwijzingen geregistreerd dat we deze buiten beschouwing laten. De getallen spreken voor zich.



Wanneer we het percentage recidive en de geschatte ernst van de problematiek bezien, dan gaat de zwaarste en meest recidiverende problematiek naar de psychiatrie, gevolgd door de ambulante GGZ. Het AMW en de eerstelijnspsychologen krijgen in die zin de “lichtere gevallen”.

De reden om te verwijzen naar de onderscheiden eerste- en tweedelijnsmogelijkheden varieert ook. Het AMW wordt het meest ingeschakeld omdat de huisarts er geen tijd voor heeft. Gebrek aan deskundigheid zijn vooral de redenen om naar de eerstelijnspsycholoog, de vrijgevestigde, en de ambulante GGZ te verwijzen en bij de psychiatrie zoekt de huisarts, naast deskundigheid, ook advisering inzake diagnostiek en behandeling.

#### 4.2.4 Samenvatting en conclusies voormeting van indirecte effecten op versterking EGGZ

De stand van zaken met betrekking tot het uiteindelijke *doel* van de VWS-maatregelen: een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ, is weergegeven via de volgende indicatoren: kenmerken van de hulpverlening en patiëntenstromen binnen de eerstelijns en tussen eerste en tweede lijn. Het gaat om een voormeting, d.w.z. om de situatie zoals die voorafgaand aan of in de beginfase van de inzet van de stimuleringsmaatregelen bestond. Hieronder worden de belangrijkste voormetingsresultaten bij de genoemde indicatoren op een rijtje gezet.

##### Kenmerken hulpverlening

De hulpverleningsgegevens van het **AMW** geven inzicht in de caseload van uitvoerend AMW-ers. Een fte uitvoerend AMW had in 1999 een caseload van 111 hulpverleningseenheden. De wachttijd vanaf het moment dat een cliënt zich aanmeldde tot het moment dat de hulpverlening kon starten was gemiddeld 24,2 dagen. Bij meer dan driekwart van de cliënten werd de hulpverlening binnen 4 weken gestart. Cliënten bij het AMW werden voornamelijk getypeerd als volgt: voornamelijk autochtoon (83%), van het vrouwelijke geslacht, leeftijd 25-44 jaar, en afkomstig uit een twee-oudergezin of alleenstaand. De problemen waarmee cliënten bij het AMW terecht kwamen waren voornamelijk van psychische en relationele aard. De hulpverlening was dan ook vooral psychosociaal: begeleiding, ondersteuning en probleemverheldering. Daarnaast bestond iets minder dan een vijfde deel van de hulpverlening uit informatie en advies aan de cliënt. De gemiddelde duur van de hulp was 155 dagen, waarvan het merendeel binnen de 1 en 6 maanden lag. Tien procent van de hulpverlening duurde langer dan een jaar. In de loop van de jaren is de behandelingsduur iets afgenomen. De hoeveelheid contacten met een cliëntensysteem lag gemiddeld op 7,5. Dit houdt in dat de frequentie van de hulpverlening gemiddeld ongeveer éénmaal per drie weken is.

Het aantal cliënten dat bij een **eerstelijnspsycholoog** in behandeling was op het moment van de enquête in 1998 was gemiddeld 44. De wachttijd voor een cliënt vanaf aanmelding tot de start van de hulpverlening was gemiddeld 15 dagen, waarbij 85% binnen 4 weken geholpen werd. Cliënten van eerstelijnspsychologen waren in 1998 voornamelijk autochtoon (96%), van het vrouwelijke geslacht, en hadden een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. De meeste cliënten woonden samen met een partner, maar ongeveer éénvijfde deel was alleenstaand. Het opleidingsniveau is hoog: ongeveer eenderde deel heeft een HBO- of WO-opleiding. Veel voorkomende problemen waren relatieproblemen, en psychische problemen zoals depressiviteitsklachten, spanningsklachten en werk/studieproblemen of burn-out. Veruit het grootste deel van de behandelingen bestond uit psychologische begeleiding, maar diagnostiek en ondersteunde hulp maakte ook een belangrijk deel uit van de behandelingen. De aard van de hulpverlening was vaak inzichtgevend of klachtgericht, maar ook structurerend werken kwam regelmatig voor. Gemiddeld kwamen cliënten 2,6 keer per maand bij de eerstelijnspsycholoog; voor meer dan de helft was dit gemiddeld 2 keer per maand. Slechts 1% van de cliënten kwam vaker dan 1 keer per week bij de eerstelijnspsycholoog. Het gemiddeld aantal zittingen per cliënt was 14,9, waarbij iets meer dan de helft tussen de 10 en de 19 zittingen had.

Wanneer de hulpverleningskenmerken tussen het AMW en de eerstelijnspsychologen

vergeleken worden kan het volgende geconcludeerd worden. Het percentage autochtone cliënten ligt bij het AMW iets lager dan bij eerstelijnspsychologen, maar qua leeftijd en geslacht komen beide populaties overeen. De disciplines hebben te maken met vergelijkbare problematiek voor zover deze GGZ-gerelateerd is. De wachttijd bij een eerstelijnspsycholoog is korter dan bij het AMW, maar de hoeveelheid contacten met een cliënt is bij de eerstelijnspsycholoog bijna dubbel zo groot. Ook de frequentie van de hulpverlening ligt hoger bij de eerstelijnspsycholoog dan bij het AMW.

Gegevens over de hulpverlening door de **huisarts** voor de invoering van stimulerende maatregelen ontbreken op dit moment nog. Deze zijn over de periode 2000-2001 verzameld in het kader van de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisarts praktijk, maar zijn op dit moment nog niet voor bewerking beschikbaar.

## **Patiëntenstromen**

### **Instroom**

Het grootste deel van de cliënten kwam in 1999 op eigen initiatief met een hulpvraag bij het AMW. Als cliënten verwezen waren door een andere hulpverlener, was dit meestal door de huisarts. De AMW-instellingen zelf gaven ook aan dat huisartsen regelmatig naar het AMW verwijzen. Cliënten worden eveneens door de ambulante GGZ naar het AMW verwezen, maar dan in mindere mate. Eerstelijnspsychologen verwijzen slechts incidenteel naar het AMW.

Net als bij het AMW komt het grootste deel van de cliënten bij de eerstelijnspsycholoog binnen via de huisarts, namelijk in bijna driekwart van de gevallen. Een vijfde deel kwam in 1998 op eigen initiatief.

### **Uitstroom**

De meeste cliënten werden na behandeling bij het AMW niet doorverwezen naar een andere hulpverlener; in 27% van de gevallen gebeurde dit wel. Hiervan werd het grootste deel naar een GGZ-instelling doorverwezen. AMW-instellingen gaven aan slechts incidenteel cliënten door te verwijzen naar eerstelijnspsychologen; ze verwezen wel regelmatig naar de ambulante GGZ. Vanuit de eerstelijnspsycholoog werd slechts 7% van de cliënten doorverwezen naar een andere hulpverlener. Hiervan kwam ongeveer een kwart terecht bij een psychiater, en een vijfde deel bij een psychotherapeut.

Als huisartsen patiënten doorverwezen naar een GGZ-instelling, dan was dit meestal naar een RIAGG. Naar het AMW en de eerstelijnspsychologen werden net iets minder patiënten doorverwezen. Huisartsen blijken relatief weinig patiënten door te verwijzen naar de psychiatrie en vrijgevestigden. De zwaarste en meest recidiverende problematiek gaat naar de psychiatrie; het AMW en de eerstelijnspsychologen krijgen de "lichtere gevallen", zoals psychosociale problemen op het gebied van werk en relaties, en overspannenheid. Het AMW wordt het meest ingeschakeld omdat de huisarts geen tijd heeft om de klachten van de betreffende patiënt te behandelen; de eerstelijnspsycholoog de RIAGG, psychiatrie en vrijgevestigden worden vooral vanwege gebrek aan deskundigheid ingeschakeld.

Uit de gegevens van patiëntenstromen kan het volgende geconcludeerd worden: binnen de eerstelijns lijken patiëntenstromen vanuit de huisarts naar het AMW en de eerstelijnspsychologen dus wel goed te verlopen, maar een patiëntenstroom tussen AMW en eerstelijnspsychologen is nog nauwelijks aanwezig. Patiëntenstromen naar de tweede lijn lopen vooral in de richting van ambulante GGZ-instellingen. Alleen de eerstelijnspsycholoog verwijst vaker naar een psychiater/psychotherapeut dan naar een ambulante GGZ-instelling.

## **Beschouwing omtrent te verwachten veranderingen**

De in dit hoofdstuk besproken stand van zaken op indicatoren voor een sterke en samenhangende GGZ vormt de basis voor het vervolg van het evaluatie-onderzoek. In de komende jaren zal een nameting van deze indicatoren plaatsvinden, die in de jaarrapportages van 2003 en 2004 besproken zullen worden. Bij de nameting wordt onderzocht in hoeverre er veranderingen zijn opgetreden in de hulpverlening bij AMW en eerstelijnspsychologen en in patiëntenstromen binnen de eerstelijns en tussen eerste en tweede lijn. Deze twee indicatoren worden deels beïnvloed door capaciteitsvergroting, deskundigheidsbevordering en

samenwerking, maar deels beïnvloeden ze ook elkaar.

Voor wat betreft de **hulpverlening** bij het AMW zijn de volgende veranderingen te verwachten. Allereerst kunnen er veranderingen optreden in de hulpvraag en de wachttijd. Het is mogelijk dat de gemiddelde wachttijd binnen instellingen voor cliënten af neemt in de komende jaren, omdat de capaciteit van het uitvoerend AMW toeneemt als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Ook zou door de capaciteitsuitbreiding de caseload van een uitvoerend AMW-er af kunnen nemen. Echter, als de instroom van patiënten naar het AMW tegelijkertijd ook toe zou nemen, bijvoorbeeld als gevolg van een betere profilering van de eigen beroepsgroep, of een verbeterde samenwerking met andere eerstelijns GGZ-disciplines, dan zal de wachttijd en de caseload bij het AMW minder afnemen dan gezien de capaciteitsuitbreiding te verwachten is. Ten tweede zijn er verschuivingen te verwachten in de problematiek die bij het AMW behandeld wordt. Het aandeel relationele en psychische problematiek neemt mogelijk toe doordat meer patiënten met dit soort problematiek naar het AMW verwezen worden door huisartsen en eerstelijnspsychologen. Een verschuiving van in behandeling genomen problematiek kan ook gevolgen hebben voor de werkwijze, bijvoorbeeld doordat er vaker hulp in de vorm van begeleiding, ondersteuning of andere psychosociale hulp nodig is. In de werkwijze kan tenslotte ook een verbeterde samenwerking met andere GGZ-partners zichtbaar worden wanneer die samenwerking een toename van rapportage/advies op verzoek van derden tot gevolg heeft.

Voor wat betreft de hulpverlening bij de eerstelijnspsychologen zijn veranderingen mogelijk in de wachttijd: door een verbeterde samenwerking met huisartsen en het AMW kunnen deze laatste twee disciplines meer patiënten gaan doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, waardoor de wachttijd daar mogelijk langer wordt. Voor de huisartsen is dit extra aannemelijk zodra hulp van eerstelijnspsychologen vergoed wordt via het ziekenfonds. Ook is het mogelijk dat het opleidingsniveau van de gemiddelde cliënt wat lager wordt, omdat hulp door een eerstelijnspsycholoog ook toegankelijker wordt voor de wat minder draagkrachtigen.

In de komende jaren worden ook verschuivingen verwacht in de **patiëntenstromen** binnen de eerstelijns en tussen de eerste en tweede lijn. De patiëntenstromen *binnen de eerstelijns* nemen mogelijk toe als gevolg van een verbeterde samenwerking tussen de eerstelijns disciplines, en als gevolg van een betere profilering van de afzonderlijke disciplines op het gebied van de GGZ. Zo kan het aantal doorverwijzingen van huisartsen naar het AMW en de eerstelijnspsycholoog toenemen, en kan het AMW vaker cliënten doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog.

De patiëntenstromen van de eerstelijns GGZ *naar de tweedelijns GGZ* zou in de komende jaren moeten afnemen als gevolg van een toegenomen capaciteit en deskundigheid op het gebied van de GGZ. De noodzaak om naar de tweedelijns door te verwijzen zal hierdoor namelijk minder worden. Ook een verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns kan de afname van patiëntenstromen stimuleren.

## 5 Beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau

### 5.1 Inleiding

In dit deel van het meerjarig onderzoek naar de versterking van de eerstelijns GGZ staat de volgende vraag centraal: Wat zijn de ontwikkelingen in de werkwijze en het beleid van gemeenten en andere relevante partijen, ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ en de onderlinge samenwerking en afstemming? Deze vraag is opgedeeld in de volgende aspecten:

- Op welke wijze wordt op regionaal niveau samengewerkt tussen gemeenten en partners uit de eerste en tweedelijns (AMW, huisartsen, Eerstelijnspsychologen, GGZ)?
- Welke nieuwe initiatieven en ontwikkelingen zijn er met betrekking tot de eerste en tweedelijns GGZ in de regio?
- Welke knelpunten en positieve ervaringen zijn er bij de betrokken partijen over de samenwerking op het terrein van de eerste en tweedelijns GGZ?

Om meer inzicht te krijgen in de samenwerkingsverbanden en andere ontwikkelingen op regionaal niveau zijn in vijf zorgregio's casestudies gehouden. Op WZV-niveau zijn alle relevante partners vertegenwoordigd. Bij de keuze van de 5 zorgregio's is enerzijds gelet op veelbelovende lokale initiatieven, en anderzijds is rekening gehouden met andere aspecten zoals de omvang van de praktijkpopulatie, de spreiding over Nederland en de mate van verstedelijking.

#### Geïnterviewde partijen

In elke regio zijn gesprekken gevoerd met zes partijen die in het kader van de versterking van de eerste lijn op regionaal (beleids)niveau een rol spelen. Het betreft de volgende partijen:

Partijen in de eerste lijn op bestuurlijk niveau

- Districtshuisartsenvereniging (DHV)/ Regionale huisartsenvereniging (RHV)
- AMW
- Regionaal Overleg Eerstelijns Psychologen (ROEP)

Partij in de tweede lijn op bestuurlijk niveau

- Gespecialiseerde GGZ: Riagg/GGZ-instelling

Partijen met een beleidsmatige en financiële verantwoordelijkheid

- Gemeente als verantwoordelijke voor het welzijn van haar burgers + subsidieverstrekker van het AMW (ambtelijke vertegenwoordiging)
- Zorgkantoor (verantwoordelijk voor de AWBZ + consultatiegelden)

#### Gespreksthema's

De aandacht in de casestudies is gericht op de rol van de betreffende partijen in de eerstelijns GGZ, tweedelijns GGZ en de rol van de gemeente en het zorgkantoor in dit kader.

De thema's die in de gesprekken aan de orde zijn gekomen, zijn onder meer:

- de ervaringen met het programma Versterking eerstelijns GGZ (praktijk en visie);
- de onderlinge samenwerking en afstemming (op uitvoerend en beleidsmatig niveau) ter versterking van de eerstelijns GGZ op regionaal niveau.

## 5.2 Beschrijving case-regio's

Om meer zicht te krijgen in de samenwerkingsverbanden en andere ontwikkelingen op regionaal niveau zijn in vijf zorgregio's casestudies gehouden. Bij de keuze van de vijf regio's is rekening gehouden met veelbelovende lokale initiatieven en is zoveel mogelijk aangesloten bij de regio's waar ook de experimenten van het Trimbos-instituut hebben plaatsgevonden. Verder is bij de keuze rekening gehouden met aspecten als de omvang van de bevolkingsgroei, spreiding over het land, aandeel allochtonen in de bevolking, mate van verstedelijking en de druk op de wachtlijst in de GGZ-sector.

In tabel 5.1 wordt een beschrijving gegeven van de vijf case-regio's aan de hand van enkele van bovengenoemde kenmerken.

Tabel 5.1 Typering van de 5 regio's aan de hand van een aantal kenmerken (in absolute cijfers)

	Case A	Case B	Case C	Case D	Case E	Landelijk gem.
Wachtlijstproblematiek <sup>a</sup>	--- (0,7)	+ (4,5)	- (3,9)	-- (1,6)	++ (7,1)	4,3
Aandeel allochtonen per provincie in 2000 <sup>b</sup>	--- (7,5)	- (13,8)	-- (12,8)	+ (19,3)	++ (23,1)	17,5
Bevolkingstoename per provincie op 1-1-1999 <sup>b</sup>	-- (0,5)	+ (0,8)	+ (0,7)	--- (0,2)	- (0,6)	0,7

Index: + =boven het landelijk gemiddelde; - =onder het landelijk gemiddelde. Het aantal + en - geeft de rangorde in de afwijking van het gemiddelde aan.

<sup>a</sup> aantal wachtenden in de behandelingswachtfase per 100.000 inwoners (=excl. vrijgevestigde en forensische psychiatrie. Bron: Rapportage landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens GGZ. Taskforce aanpak wachtlijsten (Resultaten per 1-1-2001)

<sup>b</sup> Bron: Maandstatistiek van de bevolking 2001/01, CBS

### Case A

De druk op de wachtlijst in de GGZ-sector is ver onder het Nederlandse gemiddelde. Van de vijf regio's is hier de wachtlijst het minst lang. Het aandeel allochtonen in de provincie is ver onder het Nederlandse gemiddelde en ook het laagste van de vijf regio's. De bevolkingsgroei is iets onder het Nederlands gemiddelde. Het betreft een plattelandsregio. Het is het minst verstedelijkte gebied van de vijf cases.

In deze regio is begin 2001 een consultatieproject (psychiater en SPV in de huisartspraktijk) gestart. Bijna alle huisartsen in één plaats in deze regio doen hieraan mee. De GGZ-instelling wil het project uitbreiden onder meer huisartsen. Hiertoe heeft de GGZ een kennismakingsronde langs de huisartsen gemaakt met de vraag aan welke ondersteuning ze behoefte hebben.

### Case B

Deze regio is een goede afspiegeling van het Nederlandse gemiddelde wat betreft de wachtlijstproblematiek en de bevolkingstoename. Op beide aspecten ligt het gebied net iets boven het landelijke gemiddelde. Het aandeel allochtonen ligt hier een fractie onder.

Er zijn in deze regio diverse activiteiten die in het licht van de versterking van de eerstelijns GGZ gezien kunnen worden. Naast het consultatieproject met een SPV in de huisartspraktijk en een psychiater die op afroep beschikbaar is, het Diaboloproject en het project Korte Lijnen, lopen er nog diverse andere initiatieven en projecten.

### Case C

De wachtlijstproblematiek en het aandeel allochtonen liggen beiden iets onder het landelijk gemiddelde. De bevolkingstoename is gemiddeld.

In deze regio loopt ook een consultatieproject. Na een pilot bij zes huisartspraktijken vindt begin 2002 een uitbreiding van het consultatieproject plaats onder alle huisartsen in de GGZ-regio. Er is een menu samengesteld van allerlei soorten van consultatie waaruit huisartsen kunnen kiezen. In het tweede deel van 2002 wil men ook het Algemeen Maatschappelijk Werk en de eerstelijns psychologen in het project laten participeren. Verder is men ook hier bezig met het opstarten van een Diaboloproject.

#### **Case D**

De wachtlijstproblematiek ligt onder het landelijk gemiddelde (na case A de minst lange wachtlijsten). Het aandeel allochtonen in de provincie waarvan deze regio deel uit maakt, ligt iets boven het landelijk gemiddelde (na case E de meeste allochtonen). De bevolkingstoename in deze provincie ligt beneden het landelijk gemiddelde en is het laagste van de vijf regio's.

Deze regio is ook één van de pilot-gebieden waar het project Korte Lijnen loopt. Verder loopt er een consultatieproject in de huisartsenpraktijk (met een SPV in de huisartspraktijk) dat in het najaar van 2001 van de grond is gekomen. Het project gaat uitgebreid worden; er gaan meer huisartsen in het project participeren.

#### **Case E**

Deze regio zit ver boven het landelijk gemiddelde wat de wachtlijstproblematiek in de GGZ-sector betreft (bijna het dubbele). Ook het aandeel allochtonen in de regio is ruim boven het landelijke gemiddelde. Op beide aspecten scoort deze regio het hoogste van de onderzochte cases. De bevolkingstoename is nagenoeg gemiddeld. Het betreft een zeer verstedelijkt gebied, het meest verstedelijkte gebied van de vijf regio's.

Door de grootschaligheid is het niet mogelijk om alle initiatieven in de hele regio te overzien. Bovendien beperken we ons tot de samenwerking tussen partijen in twee deelgemeenten. Hoewel nog niet alle gesprekken gevoerd zijn, kunnen we al wel melden dat er een consultatieproject loopt (GGZ-instelling geeft consulten aan maatschappelijk werkers) en een Diaboloproject in één van de deelgemeenten.

### **5.3 Wat merken de verschillende partijen in de regio's van het programma Versterking eerstelijns GGZ?**

De verschillende partijen hebben het programma van VWS op diverse manieren ontvangen.

#### **Zorgkantoren** *(de zorgkantoren A en E nog niet gesproken)*

De zorgkantoren geven aan door middel van een brief van het ministerie van VWS op de hoogte te zijn gesteld van de regelingen ter versterking van de eerstelijns GGZ. De zorgkantoren hebben in het kader van het programma te maken met de consultatiegelden die ingezet moeten worden ter stimulering van de consultatiefunctie van de gespecialiseerde GGZ naar de eerste lijn.

Drie zorgkantoren (case B, C en D) hebben hierop de instellingen gevraagd projectvoorstellen in te dienen waarmee de huisartsen akkoord zijn gegaan. Eén van deze zorgkantoren (case C) merkt op de regelingen vaag geformuleerd en verwarrend te vinden. Er zijn zoveel regelingen, subsidies en partijen bij betrokken dat hij het spoor bijster is. Het AMW wilde zelfs een projectvoorstel in dit kader bij hem indienen. Het AMW dacht dat het zorgkantoor de pot met geld had in plaats van de gemeente. Hij heeft het gevoel dat hij het zelf maar moet uitzoeken zolang de DHV het maar met het projectvoorstel eens is. De zorgkantoren in de cases B en D zijn inhoudelijk meer betrokken bij de GGZ en het programma van VWS. Het zorgkantoor in case B is van mening dat het een noodzaak is dat de eerste en tweede lijn zich goed verstaan. Er is veel onwetendheid bij de eerste lijn (vooral bij huisartsen) omtrent de GGZ en hij vindt dat er goede verbindingslijnen moeten komen. Het zorgkantoor in case D heeft zelfs een actieve rol gespeeld in het bepalen van hoe de consultatiegelden het best ingezet zouden kunnen worden. Hij heeft de instellingen bijeen geroepen om dit gezamenlijk te bespreken en heeft hierin verschillende mogelijkheden aangereikt. Daarnaast heeft hij de RHV's, die weinig

zin hadden in de regeling, de voordelen van de gelden duidelijk gemaakt.

#### **DHV** (*DHV case E nog niet gesproken*)

Het programma van VWS kwam voor de huisartsen op een ongunstig moment. De prioriteiten van de huisartsen lagen op dat moment bij de salariëring en de formering van huisartsenposten. Ze waren bang dat de maatregelen tot een verhoging van de werkdruk zouden leiden.

Eén DHV (case C) merkt op dat het jammer is dat er landelijk geen startbijeenkomsten zijn georganiseerd ter introductie van het beleidsprogramma van VWS. Over het consultatieproject zijn de huisartsen uiteindelijk positief. Ze geeft verder aan dat vanwege de groeiende vraag naar psychosociale zorg er behoefte onder huisartsen bestaat aan casuïstiekbespreking en uiteindelijk aan deskundigheidsbevordering op dit gebied. Een belangrijk element dat zal bijdragen aan het slagen van het doel van het programma, namelijk de versterking van de eerste lijn, zal een structurele financiering zijn. Zal de financiering niet structureel worden, dan zit het gevaar erin dat alle initiatieven weer zullen stoppen. Een positief punt van het programma is dat je elkaar leert kennen (case B).

#### **Gemeenten** (*gemeente case D nog niet gesproken*)

Gemeenten hebben in dit kader alleen direct te maken met de stimuleringsmaatregel AMW. Algemeen kan gesteld worden dat deze stimuleringsmaatregel een katalysator is geweest voor het geven van aandacht aan de verdere ontwikkeling van het AMW (case A). Gemeenten hebben geen zicht op de overige maatregelen en ontwikkelingen in het kader van het Programma Versterking eerstelijns GGZ. Een gemeente (case C) merkt op dat er veel regisseurs in de GGZ zijn, veel verschillende financieringsstromen en hierdoor geen eenduidige visie. Dat laatste is jammer.

In case E is het beleid voor Algemeen Maatschappelijk Werk gedecentraliseerd naar de deelgemeenten. De aanvraag voor uitbreiding van de uitvoerende capaciteit van het AMW is wel gezamenlijk opgesteld. Eveneens is er afstemming geweest over de onderlinge verdeling van de extra middelen. In één van de twee deelgemeenten wordt overwogen het AMW te decentraliseren naar de wijken.

#### **ROEP** (*in case E nog niet gesproken*)

Een eerstelijnspsycholoog geeft aan via het blad Tussen de Lijnen op de hoogte te zijn gebracht van het programma van VWS. Ze vindt het belang van tussen de lijnen groter (doorstroom van eerste naar tweede lijn) dan korte lijnen binnen de eerste lijn. Ze is een paar jaar geleden door de Riagg benaderd in het kader van de consultatieprojecten (case C). Een andere eerstelijnspsycholoog vindt het onjuist dat alleen psychiaters betrokken kunnen zijn bij consultatie aan huisartsen. Ze heeft een keer een aanvraag ingediend voor een consultatieproject bij het zorgkantoor en die aanvraag is afgewezen (case A). De eerstelijnspsycholoog in case B geeft aan dat de maatregelen van VWS min of meer parallel lopen met de intentie van het ROEP-bestuur om de contacten met de eerste en tweede lijn aan te halen en te versterken (bestuurlijke samenwerking). Ze voelt zich door de maatregelen van VWS meer betrokken en serieuzer genomen door partijen als GGZ, DHV, Bureau Jeugdzorg etc. Het ROEP deed voor die tijd op bestuurlijk niveau niet mee. In case D wacht de ROEP op een nieuw bestuur. Er is weinig animo voor een bestuursfunctie. Iedereen is druk bezig met de eigen praktijk en de kwaliteitseisen waaraan men sinds kort moet voldoen (vanuit LVE geïnitieerd). De eerstelijnspsycholoog heeft nog weinig notie genomen van het programma van VWS. Hij staat er desalniettemin positief tegenover.

#### **AMW**

De AMW-instelling in case C heeft net een reorganisatie achter de rug. Deze heeft een nieuwe directie met zich meegebracht. Hierdoor is de inhoudelijke aandacht voor het programma van VWS iets naar de achtergrond geraakt maar daar zal verandering in komen. Ze staat er wel positief tegenover. De stimuleringsgelden voor het AMW worden wel actief ingezet. Ze geeft

aan dat ze het verschijnsel korte lijnen al kent uit vroegere tijden. Ongeveer 20 jaar geleden bestonden er ook al gezondheidscentra waarin huisartsen en AMW elkaar in hun werk tegenkwamen. Dit functioneerde toen al heel goed.

Een andere AMW-instelling is ook positief over het programma (case B). De contacten met DHV en de eerstelijnspsychologen zijn tot nu toe altijd beperkt geweest en daar wordt nu in geïnvesteerd. Ook in het kader van de stimuleringsmaatregel AMW is al het een en ander ontwikkeld.

De AMW-instelling in case A merkt er niet genoeg van. Ze reageerde met de verzuchting " De eerstelijns GGZ kan niet sterk genoeg zijn." Verder wordt opgemerkt dat de diverse financieringsstromen een integrale samenwerking niet bevorderen, in tegendeel. Partijen zullen namelijk pas het belang ergens van inzien wanneer ze het eigenbelang daarvan zien (case D).

De AMW-instelling in een deelgemeente van case E is positief over het programma Versterking Eerstelijns GGZ, maar is behoorlijk in de knel gekomen doordat de deelgemeente hen nog niet de middelen voor de uitbreiding heeft gegeven, terwijl de GGZ-instelling volgens de nieuwe werkwijze meer cliënten naar hen doorverwijst.

## **GGZ**

Een GGZ-instelling geeft aan het naamsvervuiling te vinden wanneer er in de eerste lijn gesproken wordt van GGZ. Van GGZ spreek je alleen in de tweede lijn wanneer je het hebt over psychopathologie. Hij staat verder positief tegenover het programma van VWS en de consultatieprojecten die hieruit voortgekomen zijn (case D). Een andere GGZ-instelling (case B) vindt het een goede zaak dat meer zorg terechtkomt en uitgevoerd wordt in de eerste lijn, zoals bijvoorbeeld preventie en screening. Dit heeft tot gevolg dat de zorg sneller en beter wordt. Zorg dicht bij huis is een goede ontwikkeling.

Ook de GGZ-instelling in case C is enthousiast. Ze is volop bezig met de uitbreiding van de consultatieprojecten. Na consultatie aan de huisartsen, zal deze ook gegeven worden aan het AMW en de eerstelijnspsychologen. Ook in case A is de GGZ enthousiast met de consultatieprojecten bezig. Hier wordt uitbreiding onder huisartsen nagestreefd. Er wordt in dit kader langs de huisartsen gegaan met de vraag welke ondersteuningsbehoefte ze hebben.

## **5.4 Samenwerking in de regio's ter versterking van de eerstelijns GGZ**

### **5.4.1 Case A**

#### **Samenwerking binnen de eerste lijn op uitvoerend niveau**

De eerstelijnspsychologen en de huisartsen werken op cliëntniveau goed samen. De huisarts geeft aan vaak naar een eerstelijnspsycholoog te verwijzen. Er zijn namelijk meerdere praktijken en individueel gevestigde eerstelijnspsychologen in de omgeving. Ze rapporteren naar hem terug. Het ROEP heeft contact gezocht met de DHV over bijscholingsbehoeften van huisartsen. Hieruit is een bijscholing van huisartsen door eerstelijnspsychologen in case A voortgekomen.

Het AMW geeft aan dat de samenwerking met sommige huisartsen goed is en met andere niet of nauwelijks wordt samengewerkt. De huisarts geeft aan dat de samenwerking met het AMW niet altijd goed gaat en verwijst er cliënten niet vaak naar. Naast het feit dat ze niet terugrapporteren, hebben ze wachtlijsten. Hij heeft daarentegen goede contacten en ervaringen met het christelijk Maatschappelijk Werk.

Er zijn op uitvoeringsniveau geen contacten tussen de eerstelijnspsycholoog en het AMW.

#### **Samenwerking tussen eerste en tweede lijn op uitvoerend niveau**

De GGZ-instelling geeft aan op uitvoeringsniveau alleen samen te werken met de huisartsen (mede in het kader van het consultatieproject), er zijn nooit verwijzingen van en naar de eerstelijnspsycholoog en het AMW. De eerstelijnspsycholoog zegt wel door te verwijzen naar de GGZ. Ze merkt over de GGZ op dat de tweede lijn te weinig kennis heeft over wat de eerstelijnspsycholoog doet. De eerstelijnspsycholoog heeft haar eigen groep cliënten. Dit zijn



mensen zonder persoonlijkheidsstoornissen, die even van de rails af zijn en daar weer op geholpen willen worden; mensen met stemmingsstoornissen, relatieproblemen en problemen op de werkvloer.

Het AMW merkt op dat de GGZ aarzelend tegenover samenwerking met het AMW staat. Het AMW zou graag willen afspreken dat cliënten die op de wachtlijst staan voor GGZ-hulp de verantwoordelijkheid zijn van de GGZ-instelling. Het AMW wil in de tussentijd wel begeleiding geven aan wachtlijstcliënten. Het AMW kent dan de achtergrond en de situatie van de cliënt, en weet dan wanneer het mis gaat met een cliënt bij wie ze moeten zijn in de GGZ-instelling. Dergelijke afspraken over samenwerking komen ten goede aan de cliënt, een betere zorg- en dienstverlening en kunnen ook bijdragen aan het verlichten van de druk op de tweede lijn. De GGZ kijkt echter neer op het AMW. Volgens de gesprekspartner omdat het AMW een vangnetfunctie vervult en dientengevolge cliënten met allerlei problemen krijgt. Het AMW kan daarbij niet selectief te werk gaan. Dit bemoeilijkt de profilering van de werksoort.

### **Samenwerking op beleidsniveau**

Er blijkt op beleidsniveau geen samenwerking te bestaan.

De eerstelijnspsycholoog en de GGZ geven aan dat er geen structurele overlegvormen zijn er geen beleidsafstemming plaatsvindt. GGZ merkt op dat er zowel geen beleidsmatige afstemming is met de eerste lijn als met gemeenten. De eerstelijnspsycholoog heeft hier wel behoefte aan in tegenstelling tot de RHV die vindt dat wanneer het nodig mocht zijn, men elkaar wel weet te vinden. De eerstelijnspsycholoog krijgt evenals de huisartsen, geen vergoeding voor vergaderen en afstemmen en vindt dat een probleem.

Ook het AMW geeft aan dat de samenwerking met de andere partijen in de GGZ ad hoc, niet geformaliseerd en niet geprotocolleerd is. Het AMW wil samenwerkingsovereenkomsten sluiten met de Jeugdzorg, de GGZ, de Politie en de SPD. Met Jeugdzorg is de samenwerking in oktober/november 2001 van start gegaan.

Er vindt overleg plaats tussen de vier kernambtenaren (gemeenten) en de directeur van het AMW. In het najaar van 2001 is de reorganisatie van het AMW gestart en zal twee jaar duren. Daarvoor hebben de gemeenten jarenlang vooral gepraat over de prijs per eenheid AMW.

Het AMW moet 23 gemeenten bedienen; vooral kleinere gemeenten begrijpen niet waarvoor het AMW bedoeld is. De gesprekspartner zou het AMW het liefst willen onderbrengen in de zorgsector (AWBZ).

## **5.4.2 Case B**

### **Samenwerking binnen de eerste lijn op uitvoerend niveau**

In deze regio lopen diverse initiatieven ter versterking van de eerstelijns GGZ. Het AMW werkt intern in een werkgroep aan een verbetering c.q. versterking van de relatie met de huisartsen. De werkgroep heeft onder meer een onderzoek onder huisartsen gehouden om te kijken wat hun wensen t.a.v. het AMW zijn. De achtergrond van deze activiteiten is het feit dat vanwege wachtlijsten in het verleden huisartsen niet of nauwelijks naar het AMW doorverwezen. Hier moet nu verandering in komen. Daarnaast wil men bekijken hoe de huisarts het contact (m.b.t. doorverwijzen) met het AMW het liefst wil vormgeven. De DHV merkt op dat het AMW een ondoorzichtige organisatie is. Iedere vestiging is weer anders georganiseerd en wordt weer door andere gemeenten gesubsidieerd.

De eerstelijnspsycholoog geeft aan dat op uitvoeringsniveau het contact met de huisartsen goed is. Hoe de contacten zijn, is persoonsgebonden. Hij vindt dat huisartsen heel zwart-wit bepalen wie ze waarheen doorverwijzen, namelijk: psychiatrie hoort thuis bij GGZ en mensen met maatschappelijke problemen en een lage sociaal-economische positie horen thuis bij het AMW.

Verder speelt hier ook het project Korte Lijnen waarin gewerkt wordt aan een verbetering van samenwerking tussen de drie partijen in de eerste lijn.

### **Samenwerking tussen eerste en tweede lijn op uitvoerend niveau**

De GGZ geeft aan dat de eerstelijnspsychologen en de GGZ niet naar elkaar doorverwijzen. Er vindt tot nu toe weinig overleg plaats met de eerstelijnspsychologen op uitvoeringsniveau. Dit zou er eigenlijk wel (structureel) moeten komen. Er is daarentegen wel overleg op bestuursniveau tussen GGZ en ROEP (er is 2x overleg op bestuursniveau geweest). De eerstelijnspsycholoog merkt op dat van de GGZ geen cliënten meer terugkomen bij de eerstelijnspsycholoog (dit impliceert dus dat ze, in tegenstelling van wat de GGZ beweert, wel naar de GGZ doorverwijst).

Daarnaast bestaan er al lang contacten tussen GGZ en het AMW. Er wordt indien nodig naar elkaar doorverwezen en er bestaat al lang consultatie tussen AMW en GGZ over cliënten. Er is de intentie om op instellingsniveau een nieuw convenant te sluiten.

Naast de doorverwijzingen van cliënten door huisartsen naar de GGZ is er samenwerking op uitvoeringsniveau tussen beide partijen in het kader het consultatieproject in de huisartsenpraktijk. Het project gaat mogelijk uitgebreid worden met het AMW, eerstelijnspsychologen en de verslavingszorg.

### **Samenwerking op beleidsniveau**

Een klein deel van het stimuleringsgeld AMW is gestopt in samenwerking en afstemming tussen het AMW en DHV, GGZ en eerstelijnspsychologen. Er moeten afspraken gemaakt worden over protocollering, afstemming en samenwerking. Op dit moment is men op beleidsmatig niveau nog aan het zoeken hoe hier het beste vorm aan gegeven kan worden. De gemeente is hier niet bij aanwezig, maar wordt wel op de hoogte gehouden over de ontwikkelingen. Daarnaast heeft het AMW contact met de gemeente in het kader van de stimuleringsmaatregel AMW.

De DHV heeft veel contact met de GGZ. De GGZ geeft aan dat het contact met de DHV geïntensiveerd is door het consultatieproject in de huisartsenpraktijk. In het kader van dit project zit de DHV met onder meer de GGZ in de stuurgroep. Op dit moment zijn ze ook bezig met het Diabolo-project. In dit kader voeren ze overleg. Op korte termijn zal het in werking treden.

De GGZ geeft aan structureel overleg te hebben met het zorgkantoor, zowel op circuitniveau als op instellingsniveau<sup>1</sup>. In het kader van het consultatieproject hebben ze een subsidierelatie, maar het Zorgkantoor speelt in dit kader geen inhoudelijke (beleidsmatige) rol, aldus de GGZ. Naast overleg met de DHV, heeft de GGZ in het kader van het consultatieproject ook beleidsmatig overleg met het AMW en het ROEP. Het Zorgkantoor zou daar graag structureel deel van uitmaken. Op dit moment wordt het Zorgkantoor via de gesprekspartner GGZ op de hoogte gehouden van wat er besproken is. Het project zal geëvalueerd worden. Dit betekent een terugkoppeling naar het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor geeft aan dat in dit kader overleg niet weg te denken is (helaas niet betrokken bij structureel overleg). Het Zorgkantoor komt het AMW en de Eerstelijnspsychologen niet tegen, want het betreft geen AWBZ.

De gemeente heeft in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ geen contact met de GGZ (wel indirect via het Zorgkantoor: over verpleging en verzorging en in het kader van de (O)GGZ), Eerstelijnspsychologen, huisartsen (wel in het kader van het vestigingsbeleid met DHV en de huisartsenvereniging<sup>2</sup>). Er is alleen met het AMW samenwerking omtrent de

<sup>1</sup> Overleggen in het kader van productie:

- productieafspraken in het kader van zorg-op-maat (zorgvernieuwing)
- afspraken consultatie met eerste lijn (huisartsen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen)

Regionaal wachtlijstplan 2001 (sub-regionale verdeling): overleg over wachtlijsten (laatste overleg was op 15 februari 2001). Hierbij waren aanwezig: 2x GGZ; vrijgevestigde psychiaters; Novaida; RCPC (cliënten); huisartsen waren uitgenodigd maar DHV is niet komen opdagen.

<sup>2</sup> Structureel overleg knelpunten m.b.t. vestigingsbeleid tussen zorgverzekeraar, DHV en gemeente geïnitieerd

stimuleringsmaatregel AMW.

Het ROEP geeft aan op bestuurlijk niveau structureel contact te hebben met GGZ, AMW, Bureau Jeugdzorg en DHV. De contacten vinden ongeveer 1 maal per half jaar plaats. De onderwerpen die aan bod komen kunnen gaan over relevante zaken die op bepaalde momenten spelen. Een voorbeeld van één van de besproken onderwerpen is de pilot ruimere toegankelijkheid eerstelijns psychologen voor ziekenhuispatiënten met de DHV.

Per eind 2005 moeten alle eerstelijnspsychologen GZ-psychologen zijn (GZ-registratie hebben). Met de GGZ worden nu opleidingsplaatsen vormgegeven. Dit zal ook de communicatie ten goede komen (nieuw afgelopen 2 jaar).

### 5.4.3 Case C

#### **Samenwerking binnen de eerste lijn op uitvoerend niveau**

De eerstelijnspsycholoog geeft aan dat er tussen het AMW en de eerstelijnspsycholoog nooit onderling doorverwezen wordt. Ze heeft hier ook geen behoefte aan. Ze vindt dat de huisartsen over het algemeen goed doorverwijzen. Er is een verschil in klasse tussen de cliënten die naar het AMW worden doorverwezen en naar de eerstelijnspsycholoog.

De samenwerking tussen de eerstelijnspsychologen onderling is goed.

#### **Samenwerking tussen eerste en tweede lijn op uitvoerend niveau**

Het AMW en de GGZ komen elkaar op uitvoeringsniveau veelvuldig tegen in diverse scholingsprogramma's. Daarnaast draaien ze samen groepen, zoals bijvoorbeeld assertiviteitstrainingen. In een wijkcentrum wordt één maal in de maand door de GGZ consultatie gegeven aan AMW, huisartsen en nu ook de eerstelijnspsychologen. In drie andere wijkcentra kan 40 uur ingezet worden voor consultatie en deskundigheidsbevordering.

De GGZ geeft aan dat ze door het consultatieproject meer servicegericht is gaan werken, daarnaast is er een toename van het aantal verwijzingen te constateren. Huisartsen willen wel makkelijker verwijzen en zoeken daarom makkelijker contact met de GGZ, maar willen niet meer behandelingen uitvoeren (hebben het al zo druk), aldus de GGZ.

In het kader van de plannen om het consultatieproject uit te breiden onder het AMW en de eerstelijnspsychologen heeft de GGZ gesprekken met deze beide partijen gevoerd. Hierin zijn de behoeften gepeild en zijn basisafspraken gemaakt. Er is een aantal bijeenkomsten geweest waarbij het AMW, GGZ en het ROEP over de invulling en opzet van de consultatieprojecten gesproken hebben.

#### **Samenwerking op beleidsniveau**

Op beleidsniveau vindt geen samenwerking en afstemming met andere partijen plaats. De eerstelijnspsycholoog is wel van plan om de voorzitter van de DHV te benaderen om enerzijds kennis te maken en anderzijds inzicht in elkaars behoeften te krijgen. Zij hecht groot belang aan beleidsmatige samenwerking met de DHV. Een knelpunt hierin is dat zowel de huisartsen als de eerstelijnspsychologen overleggen in hun eigen tijd moeten plannen. Naast tijdsgebrek speelt ook het financiële aspect hier in mee.

Eventuele oplossing: er tegenover stellen dat huisartsen er punten mee kunnen halen. Daarnaast zou ze op beleidsniveau graag samenwerken met de GGZ, met betrekking tot het doorstromingsprobleem (van eerste naar tweede lijn). Maar dit is moeilijk te organiseren omdat de GGZ een grote organisatie is met veel verschillende mensen.

Alle partijen weten elkaar wel op uitvoeringsniveau te vinden. Op uitvoeringsniveau is de samenwerking goed. Ze vraagt zich af of daarnaast altijd beleidsmatige samenwerking nodig is. Ze vindt dat beleidsmatige samenwerking van onderaf, vanuit de uitvoering moet ontstaan, mocht daar behoefte aan zijn vanuit de uitvoering. Er moet een basis voor zijn. Daarnaast vraagt ze zich af dat indien die behoefte er niet is het dan noodzakelijk is dat er beleidsmatige samenwerking komt.

Het AMW geeft aan geen zicht te hebben of er op beleidsmatig niveau samenwerking is. Zij

heeft als directie van het AMW geen contacten met het ROEP, DHV en de GGZ. Op uitvoeringsniveau daarentegen komen de partijen elkaar tegen in het kader van het consultatieproject.

Er dient marktconform gedacht te worden: er dient aangepast/ingespeeld te worden op de maatschappij en haar ziektes van deze tijd, afhankelijk van de tijd waarin we nu leven (nu veel hoog opgeleiden met een burn-out, terwijl zo'n 20 jaar geleden veel mensen hyperventilatie hadden). Het AMW doet dat nog te weinig. De psychologen doen dat beter. In dit kader dient er ook geïnvesteerd te worden in de contacten. Hoe ga je managen? Haar doelstelling als nieuwe adjunct-directeur is het investeren in die contacten.

De DHV merkt ook op dat er helemaal geen samenwerking plaatsvindt op beleidsniveau. Bij de RHV is de GGZ helemaal niet aan de orde, het leeft daar niet. Daar staan de formering van de huisartsenposten, de dienstenstructuren (avond, nacht weekenddienst etc.) en de contractering centraal. Op dit moment wordt er wel gepraat over de mogelijke participatie van het AMW en eerstelijnspsycholoog in het consultatieproject en wordt er gesproken over de stand van zaken in dit kader. Er is hier nu éénmaal overleg geweest met DHV, AMW en ROEP en RIAGG om basisafspraken te maken m.b.t. het consultatieproject.

Incidenteel is er overleg tussen de afdeling Volwassenen (GGZ) en de Eerstelijnspsycholoog.

Het Zorgkantoor heeft contact met de gemeente in het kader van MO en OGGZ. Er bestaan diverse platforms (GGZ-platform, OGGZ-platform etc). Hij vindt het soms wat teveel van het goede. Het kost ook enorm veel tijd. Dit is onnodig voor iemand die alleen toetst. In het kader van het programma van VWS is er alleen in het kader van de consultatiegelden overleg geweest. De enige taak van het Zorgkantoor is het toetsen en evalueren van het project. Beleidsmatig speelt hij geen rol en hier staat hij helemaal achter.

De gemeente overlegt ieder half jaar met het AMW. De gemeente bepaalt wat er moet gebeuren en het AMW bepaalt op welke manier ze dat wil realiseren. In het kader van diverse projecten en beleidsterreinen heeft de gemeente contacten met allerlei instellingen waaronder de GGZ (project bemoeizorg, dak- en thuislozenzorg etc.). Ze heeft reguliere contacten met het Zorgkantoor. Het zou volgens de gesprekspartners van de gemeente best intensiever mogen zijn (i.h.k.v. ouderenzorg). Volgens de gemeente kijkt het Zorgkantoor erg zwart-wit: alleen aan AWBZ-gerelateerde zaken wordt aandacht besteed, in iets anders is het Zorgkantoor niet geïnteresseerd. De gemeente heeft in het kader van de Versterking van de eerstelijns GGZ geen samenwerking met de DHV en ROEP, Zorgkantoor en de GGZ.

#### 5.4.4 Case D

##### **Samenwerking binnen de eerste lijn op uitvoerend niveau**

In deze regio loopt het project Korte Lijnen. Het doel van het project is de lijnen van samenwerking binnen de eerste lijn zo kort mogelijk te maken. De lijnen tussen de huisartsen, de grootste verwijzer en het AMW waren van oudsher kort. Deze korte lijnen waren persoonsgebonden. Valt een persoon weg dan is ook de korte lijn weg. Kortom er is geen structuur. Het AMW staat positief tegenover dit project. Een externe is vanuit het AMW met het project bezig. Op dit moment worden verwijzingsprotocollen verzameld en geanalyseerd om van daaruit vervolgens een goed standaard protocol te ontwikkelen. De DHV geeft aan dat ze niet betrokken is bij het project Korte Lijnen.

Er zijn geen doorverwijzingen tussen het AMW en de eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog geeft aan dat hij een kennismakingsronde heeft gemaakt tussen huisartsen, AMW en GGZ toen hij zijn praktijk begon. Hij vindt dat op uitvoeringsniveau goed wordt samengewerkt en doorverwezen. Alleen vanuit het AMW zijn weinig doorverwijzingen. De relatie met de huisartsen is goed.

##### **Samenwerking tussen eerste en tweede lijn op uitvoerend niveau**

De GGZ geeft aan dat de relatie met het AMW goed is. Psychiaters en psychotherapeuten bij de GGZ hebben met AMW-ers casusbesprekingen over cliënten die een intake-gesprek bij de GGZ hebben gehad, waarin gekeken wordt of een cliënt bij de GGZ of bij het AMW thuishoort. Per jaar gaan er enkele honderden aanmeldingen bij de GGZ naar het AMW. Het

AMW geeft aan dat deze goede relatie tussen het AMW en de GGZ al van oudsher bestaat, sinds ze samen het intakeoverleg doen.

De doorverwijzing van het AMW naar de GGZ is volgens de GGZ minder goed. Hij merkt op dat het AMW vaak niet ziet dat een probleem bij de GGZ thuishoort in plaats van bij het AMW.

Daarnaast geven psychiaters al jaar en dag consultatie aan het AMW, maar ook aan de thuiszorg, maatschappelijke opvangvoorzieningen etc. Het AMW merkt hierover op dat wanneer deze personen wegvallen, de consultaties stoppen. Kortom ook hier is geen structuur.

In het kader van het consultatieproject in de huisartsenpraktijken heeft de GGZ contacten met de huisartsen. Daarnaast is de huisarts haar grootste verwijzer. De GGZ merkt op dat er geen contacten met eerstelijnspsychologen zijn. Hij vraagt zich af of die er wel in de regio zijn.

### **Samenwerking op beleidsniveau**

De GGZ geeft aan dat de samenwerking met het Zorgkantoor heel goed is. Het Zorgkantoor heeft goede adviezen en voorlichting gegeven over de consultatiegelden. Hij vindt dat de contactpersoon van het Zorgkantoor inhoudelijk erg bij de GGZ betrokken is. Ze komen elkaar structureel tegen in het voor- en najaarsoverleg en het productieafsprakenoverleg. Daarnaast komen ze elkaar tegen in bredere overlegverbanden zoals in het Regionaal Zorgoverleg (wonen, zorg en welzijn) over de inrichting van de GGZ en in het OGGZ-overleg. In deze bredere verbanden komen de GGZ en de gemeenten elkaar ook tegen evenals het Zorgkantoor en het AMW elkaar tegenkomen.

Zoals gezegd is er een nauw en goed contact met het AMW. De directeurs weten elkaar goed te vinden. Hij vindt het niet nodig dat dat contact geformaliseerd wordt.

De GGZ heeft diverse pogingen ondernomen om een structureel overleg met de RHV van de grond te krijgen, om bijvoorbeeld afspraken te kunnen maken over een cursusaanbod. De GGZ geeft aan namelijk volledig ten dienste te staan van de huisartsen. Het probleem is dat de RHV geen eenheid, geen organisatie is, maar een groep vrije ondernemers. Dit is waarschijnlijk, naast tijdsgebrek (overleg=tijd en tijd kost geld) een belangrijke reden dat het overleg niet van de grond komt. De RHV staat er overigens niet negatief tegenover, de opening is er maar er is nog geen structureel overleg. De GGZ heeft geen contact met de DHV, dit geldt ook voor het AMW en het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor heeft in het kader van de consultatiegelden contact opgenomen met de RHV's. De DHV (=provinciaal) staat er veel te ver vanaf. Ook met het ROEP hebben de verschillende partijen geen contacten. Er bestaat op dit moment een interim- ROEP bestuur. Er is weinig animo voor een bestuursfunctie en een nieuw bestuur. De eerstelijnspsychologen zijn allemaal druk bezig met de eigen praktijk en de kwaliteitseisen. Het ROEP en de DHV hebben ook geen contact.

In het kader van hun subsidierelatie hebben het AMW en gemeenten overleg.

De DHV is bezig met de realisatie van een beleidsnota GGZ. Ze streeft hierbij naar een klankbordgroep van AMW, ROEP en huisartsen, waarin gekeken kan worden naar wat op GGZ-gebied gedaan moet worden, maar eerst is het van belang de provinciale situatie in kaart te brengen.

#### **5.4.5 Case E**

In deze regio is nog niet met alle partijen gesproken, zodat nog geen compleet beeld van de samenwerking op verschillende niveaus gegeven kan worden.

### **5.5 Relatie Programma Versterking eerstelijns GGZ en ontwikkelingen in lokaal/regionaal beleid per regio**

Deze gegevens zijn nog niet geanalyseerd.

## 5.6 Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ

### Case A

Er zijn wachtlijsten bij de GGZ-instelling, de eerstelijnspsycholoog en bij het AMW. Volgens onze eigen achtergrond notitie is de situatie in deze zorgregio vergeleken met andere zorgregio's gunstig (0,7 wachtenden per 100.000 inwoners in de behandelingswachtfase. De Regiovisie GGZ dateert uit juni 1997.

Bij de gesprekspartners ontbrak in het algemeen een bredere visie op de eerstelijns GGZ, de capaciteit nog daargelaten. De meeste gesprekspartners gaven blijk van een verbrokkeld beeld, dat sterk bepaald wordt door cliëntgerichte en op hulpverlening gerichte contacten.

### Case B

Er is een groeiend tekort aan eerstelijns psychologen.

Het AMW wil nog geen uitspraken doen over haar capaciteit. Ze heeft in het kader van de stimuleringsmaatregel geïnvesteerd in nieuw personeel.

Er is op dit moment geen tekort aan huisartsen in de regio (huisvesting is wel een probleem geweest).

De GGZ vindt het moeilijk aan te geven of er wachtlijsten zijn en hoe lang deze zijn. Dit verschilt per discipline en circuit, instelling en problematiek. Ze merkt nog niet van een verminderde druk op de GGZ (nazorg gaat ook niet naar de eerste lijn).

Het Zorgkantoor geeft aan dat de verschillende financieringsstromen ervoor zorgen dat er een verminderd zicht is op de niet-AWBZ-gefinancierde lijnen (zoals bijvoorbeeld huisartsen).

### Case C

De gemiddelde wachtlijst van de eerstelijnspsycholoog in Zwolle is 4 weken. De eerstelijnspsycholoog heeft geen zicht op de capaciteit van de andere partijen, alleen dat er naast een tekort aan eerstelijnspsychologen ook een tekort aan huisartsen is.

De gesprekspartner van het AMW heeft geen zicht op de eigen wachtlijsten en of de stimuleringsmaatregel AMW hier al invloed op heeft gehad. Ze heeft ook geen zicht op de capaciteit van de andere partijen.

De DHV heeft geen zicht op de capaciteit van huisartsen en ook niet van andere partijen. Er zijn wachtlijsten bij AMW. Ze heeft geen zicht of er door huisartsen doorverwezen wordt naar eerstelijnspsychologen.

De GGZ geeft aan dat aan de voordeur (voor de intake) geen wachtlijst is en ook geen wachtlijst voor kortdurende behandelingen. Er zijn lange wachtlijsten voor bepaalde behandelingen.

De gemeente merkt op dat voordat het programma van VWS bekend was, er grote wachtlijsten bij het AMW waren. Het AMW zit sinds ongeveer 1995 in wijkaccommodaties. Hierdoor zijn er op uitvoeringsniveau al korte lijnen. De wachtlijsten waren een tijdje terug gedaald. Hoe het nu is na de reorganisatie van de instelling is niet bekend. De contacten liggen hierdoor op dit moment even stil.

### Case D

Zorgkantoor: capaciteit huisartsen kan nog net, maar begint problematisch te worden.

Wachtlijsten RIAGG: gematigd (gemiddeld tot laag).

DHV: Is weinig zicht op. In het kader van het beleidsplan van de GGZ zal gestreefd worden naar een sociale kaart. Dit zal een eerste aanzet zijn om zicht op elkaar en de capaciteit te krijgen.

Eerstelijnspsycholoog: de gesprekspartner geeft aan geen wachtlijst te hebben. Tekort aan huisartsen?: objectief gezien 4 formatie tekort over regio. Maar eigenlijk kun je dat zo niet zeggen. Er zijn huisartsen die objectief gezien relatief weinig patiënten hebben, maar omdat ze bijvoorbeeld veel oudere patiënten hebben die niet naar de praktijk kunnen komen maar waar men aan huis langs moet gaan, ervaren ze een hogere werkdruk. Gemiddeld 1 huisarts op 2300 inwoners.

AMW: geen wachtlijsten omdat tijdens de intake geselecteerd wordt op groepen. Er zijn heel

veel groepen waarnaar verwezen kan worden. Er kan daardoor snel verwezen worden.  
GGZ: wachtlijstreductie: wachtlijstgelden: mensen aangenomen. Nu bijna geen wachtlijst meer.

#### **Case E**

Deze gegevens moeten nog geanalyseerd worden.

## **5.7 Ervaringen en knelpunten / positieve ervaringen**

*(nog niet beschikbaar)*

## **5.8 Samenvatting**

### **Case A**

- Alle partijen werken op een andere schaal.
- Aansturing vindt nauwelijks plaats en zeker niet op doelen van het programma van VWS.
- Voor zover er samengewerkt wordt, is dit niet geformaliseerd; samenwerking is op ad hoc basis, vaak cliënt gebonden (op uitvoeringsniveau).
- De financieringssystematieken verschillen tussen AWBZ-gefinancierde, gemeentelijke gesubsidieerde en via ziektekostenverzekering. Speelt rol in doorverwijzing van cliënten en ook bij het belemmeren van samenwerking. Eerstelijnspsychologen, huisartsen en GGZ-specialisten krijgen geen vergoeding voor overleg.
- De door het rijk beoogde partijen zien elkaar niet of nauwelijks als samenwerkingspartners. Onbekendheid met elkaars werkterrein en deskundigheid wordt door alle partijen genoemd. Ook termen als afscherming, concurrentie, dominantie en hiërarchie. Weten elkaar slechts te vinden op uitvoeringsniveau en cliëntniveau.
- Over werkprocessen wordt niet met elkaar gesproken. Wel wordt duidelijk dat het AMW behoefte heeft aan afspraken over 'verantwoordelijkheidsverdeling tussen AMW en andere partij wanneer cliënt op wachtlijst van de andere partij staat, over achtergrondinformatie van cliënten. Eerstelijnspsycholoog merkt op dat GGZ-instelling nooit cliënten verwijst naar de eerstelijnspsycholoog; ook AMW constateert dat GGZ-instelling nooit cliënten naar AMW verwijst.

### **Case B**

*Wat merken de partijen van het Programma Versterking eerstelijns GGZ?*

Alle partijen staan positief tegenover het programma:

- Stimulans bestuurlijke samenwerking; (ROEP) voelt zich nu serieus genomen
- Men leert elkaar kennen (sommige contacten waren voor die tijd soms beperkt)
- GGZ: het is een goede zaak dat meer zorg terecht en uitgevoerd wordt door de eerste lijn (preventie, screening etc): hierdoor wordt zorg beter en sneller en dichter bij huis geboden.
- *Zorgkantoor*: goede verbindingslijnen tussen de eerste en tweede lijn zullen de onwetendheid bij de eerste lijn omtrent de GGZ doen afnemen.

Het programma zal volgens gesprekspartner echter niet bijdragen tot reductie wachtlijsten in de tweede lijn.

Een negatief aspect: voor sommige mensen die wel bij de GGZ thuishoren, zal de stap naar de GGZ groter worden.

*Onderlinge samenwerking en afstemming met andere partijen ter versterking van de eerstelijns GGZ op regionaal niveau*

Er kan gesteld worden dat er in diverse samenstellingen samenwerking plaatsvindt. Binnen de eerste lijn investeren de partijen in onderlinge samenwerking. Veelal betreft het samenwerking in het kader van projecten, maar ook met het doel te investeren in de onderlinge relaties.

De gemeente en het zorgkantoor spelen hierin de minst prominente rol. Gemeente heeft

alleen als subsidieverstrekker contact met het AMW in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. Het zorgkantoor wil een grotere rol spelen. Ze maakt geen deel uit van structurele overleggen, maar zou dit wel graag willen (i.t.t. de geluiden van ROEP). GGZ stelt dat het Zorgkantoor geen rol speelt op het gebied van de versterking van de eerstelijns GGZ.

De financieringsstructuren spelen een grote rol in de bepaling wie met wie overleg heeft. Bijv. betreft iets geen AWBZ, dan Zorgkantoor niet betrokken.

*Relatie Programma Versterking Eerstelijns GGZ en ontwikkelingen in lokaal/regionaal beleid*  
Er zijn diverse projecten en initiatieven ontwikkeld al dan niet in het kader van het Programma Versterking Eerstelijns GGZ.

*Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ*

Er is een tekort (groeidend) aan eerstelijns psychologen.

Het AMW wil nog geen uitspraken doen over de capaciteit. Ze heeft in het kader van de stimuleringsmaatregel geïnvesteerd in nieuwe mensen.

Er is op dit moment geen tekort aan huisartsen in de regio (huisvesting is wel een probleem geweest).

GGZ vindt het moeilijk aan te geven of er wachtlijsten zijn en hoe lang deze zijn: verschilt per discipline en circuit, instelling en problematiek. Ze merkt nog niets van een verminderde druk op de GGZ (nazorg gaat ook niet naar eerste lijn).

Zorgkantoor: verschillende financieringsstromen zorgen ervoor dat er een verminderd zicht is op de niet-AWBZ gefinancierde lijnen (zoals bijvoorbeeld huisartsen)

**Case C tot en met case E**

*(nog niet beschikbaar)*

## 5.9 Conclusies

*(nog niet beschikbaar)*



## 6 Samenvatting

### Algemene probleemstelling

De eerstelijnszorg heeft eind jaren '90 een belangrijke taak toebedeeld gekregen bij de opvang van psychische stoornissen. De huisarts wordt gezien als poortwachter die psychische problematiek waar mogelijk binnen de eerstelijns moet laten opvangen en anders gericht moet verwijzen. De huisarts moet daarbij bijgestaan worden door het algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen. Om deze taak te kunnen verwezenlijken is een scala aan maatregelen in het vooruitzicht gesteld die ertoe zouden moeten leiden dat de eerstelijns beter geëquipeerd zou zijn om deze uit te voeren. Deze maatregelen hebben betrekking op

- capaciteitstoename van met name algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen
- deskundigheidsbevordering van eerstelijnsdisciplines
- bevorderen van samenwerking binnen de eerstelijns en tussen eerstelijns en gespecialiseerde GGZ

Ze zouden ertoe moeten leiden dat meer mensen met psychische stoornissen op de juiste plaats, zo mogelijk binnen de eerstelijns worden behandeld.

Deze versterkingsmaatregelen zijn afkomstig van het Ministerie van VWS. De regie over de maatregelen is in handen gelegd van de Stuurgroep "Tussen de Lijnen". In deze stuurgroep zijn de diverse betrokken beroepsgroepen en koepels uit de eerstelijns en gespecialiseerde GGZ vertegenwoordigd, alsmede de consumenten/patiënten en de financiers van zorg (zorgverzekeraars, Vereniging Nederlandse Gemeenten).

Het ingewikkelde conglomeraat aan versterkingsmaatregelen heeft geleid tot een aantal ontwikkelings- en kwaliteitsprojecten, die ieder op zich ook weer de verplichting hebben om zich te verantwoorden en daarom een of andere vorm van evaluatieonderzoek te doen.

Het totale pakket aan maatregelen wordt echter geëvalueerd in het onderhavige onderzoeksproject, de evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ, waarvan in deze rapportage verslag is gedaan.

Deze evaluatiestudie heeft twee hoofdvragen:

- A Leiden de verschillende versterkende maatregelen tot een meer samenhangende eerstelijns GGZ?
- B Welke strategieën zijn meer of minder effectief om een samenhangende GGZ tot stand te brengen?

Vraag A beantwoorden we door:

- 1) te onderzoeken in hoeverre de set van maatregelen die VWS heeft aangekondigd gerealiseerd is
- 2) te beschrijven hoe de stand van zaken was op de hierboven genoemde aspecten waar deze maatregelen betrekking op hebben (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, behandeling van patiënten met psychische stoornissen op de juiste plaats) in de periode dat de maatregelen nog niet van kracht waren
- 3) te beschrijven hoe deze stand van zaken zich na enige jaren ontwikkeld heeft, als de verschillende maatregelen geleidelijk aan zijn gerealiseerd.

Vraag A wordt zowel in globale zin op landelijk niveau beantwoord als meer in detail, met behulp van een vijftal case-studies, op regionaal niveau.

Vraag B zal beantwoord worden door patiënt-gebonden onderzoek op lokaal niveau.

In de onderhavige rapportage, die we hier samenvatten, wordt ingegaan op de antwoorden op de eerste twee vragen: in hoeverre zijn de maatregelen gerealiseerd, en hoe was de situatie op het gebied van de eerstelijns GGZ, toegespitst op capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, patiëntenstromen en behandeling van psychische problemen in de eerstelijns voor de realisatie van deze maatregelen. Ook de situatie in de vijf regio's, waar casestudies plaats vonden komt aan de orde.

De patiëntgebonden studies op lokaal niveau hebben het afgelopen jaar vertraging ondergaan. Ze zullen binnen een herzien ontwerp worden voortgezet. Hierover zal worden gerapporteerd in de volgende interimrapportage.

### **Een breder perspectief**

Alvorens op deze eerste resultaten van de landelijke evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ in te gaan, staan we stil bij de gehele context waarbinnen het pakket aan versterkende maatregelen, de aansturing ervan door onder meer de stuurgroep, en het evaluatieonderzoek zelf zich afspeelt.

Dit is namelijk onderwerp van onderzoek door het onderzoeks- en adviesbureau KPMG geweest. Het Ministerie van VWS heeft, naast een evaluatie van haar maatregelen ook gevraagd om een evaluatie van de totale structuur rondom de versterking van de eerstelijns GGZ, een structuur waarvan Stuurgroep en landelijk evaluatie-onderzoek ook deel uitmaakt, en die dientengevolge niet in genoemde landelijke evaluatie kan worden onderzocht. Het onderzoek van het KPMG is gericht geweest op de structuur rondom de voorgenomen versterking van de eerstelijns GGZ en de eventuele "weeffouten", zoals KPMG dat uitdrukt, daarin. Om deze structuur te verhelderen zijn gesprekken gevoerd met alle participanten in dit veld, zoals die ook tot uitdrukking komen in de samenstelling van de Stuurgroep: vertegenwoordigers van eerstelijns GGZ beroepsgroepen en gespecialiseerde GGZ, financiers, patiënten/consumenten, VWS en onderzoekers. Alle aspecten van eerstelijns GGZ versterking, zoals ze ook in het onderzoek belicht worden, kwamen daarbij ter sprake.

De resultaten van dit KPMG-onderzoek laten zich als volgt samenvatten.

Iedere participant heeft wel een zeker belang bij een beter functionerende eerstelijns GGZ, maar ieders belang krijgt een andere invulling, variërend van betere hulp, via werklastvermindering tot vergroting van de omzet van de eigen beroepsgroep. De probleemperceptie is per participant heel verschillend, en problemen worden met name op lokaal niveau - individueel - ervaren, waar de oplossingsmogelijkheden gering zijn, terwijl landelijke organisaties hun prioriteiten veelal elders leggen. 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 tijdsbestek gerealiseerd worden. Anderzijds is het niet mogelijk, en ook uit de tijd, om een 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 deze 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. Voorwaarde daarbij is dat de eerstelijns GGZ als duidelijk domein wordt afgebakend, dat er een eenheid in taal ontstaat, dat de ondersteuning van de versterking van de eerstelijns GGZ wordt uitgebreid, dat samenwerking niet tot een ritueel verwordt, en dat er energie gestoken wordt in structurele financiering van GGZ-netwerken (zowel binnen eerstelijns als tussen eerstelijns en specialistische GGZ).

Wat betreft de landelijke evaluatiestudie kunnen we de volgende consequenties verbinden aan

deze uitkomsten:

- Aandacht voor het lokale niveau is ook in de landelijke studie van belang.
- In onze analyses moeten we veel aandacht besteden aan de wijze waarop de stimuleringsmaatregelen op lokaal/regionaal niveau gestalte hebben gekregen en de verschillen daartussen.
- Wat betreft de indicatoren waaraan we het slagen van die maatregelen aflezen moeten we er zorg voor dragen dat deze gevoelig zijn voor lokale verschillen.

De huidige rapportage beschrijft in globale zin in hoeverre de diverse versterkende maatregelen gerealiseerd zijn en wat de stand van zaken op de verschillende indicatoren in de periode voorafgaand aan de versterkende maatregelen is. In de rapportage in maart 2003 en maart 2004 zullen we de verschillen tussen regio's in deze opzichten analyseren.

### **Realisatie van maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken**

Het ministerie van VWS heeft drie soorten maatregelen ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken: landelijke financiële maatregelen met een open inschrijving voor afzonderlijke GGZ-instellingen dan wel gemeenten, subsidiegelden voor de drie beroepsgroepen van de eerstelijns GGZ (AMW, eerstelijnspsychologen, en huisartsen), en subsidie voor incidentele lokale projecten. Tot de eerste soort behoren de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, die bedoeld is om de capaciteitstekorten bij het AMW weg te werken, en de consultatieregeling die tot doel heeft om medewerkers van de drie eerstelijns GGZ-disciplines de mogelijkheid te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Onder de tweede soort maatregelen vallen projecten die voortgevloeid zijn uit het samenwerkingsconvenant van de drie kerndisciplines, onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen, en ondersteuning van huisartsen. Onder de laatste soort maatregelen valt het Diabolo-project. Elk van de genoemde maatregelen en projecten is beschreven in hoofdstuk drie van de rapportage, waarbij tevens ingegaan is op zowel de inzet ervan als op de huidige stand van zaken. De resultaten van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel hebben in dit hoofdstuk de meeste aandacht gekregen.

Het blijkt dat bijna alle gemeenten in Nederland gebruik maken van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW: 90% heeft een subsidie-aanvraag ingediend. De verwachte capaciteitsuitbreiding van uitvoerend AMW als gevolg van de regeling ligt rond de 20%. De bestedingsdoelen zijn voor het grootste deel capaciteitsuitbreiding, maar daarnaast is de subsidie ook ingezet voor andere AMW-activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Hoewel met de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel beoogd werd om een door VWS opgestelde capaciteitsnorm voor uitvoerend AMW te bereiken, wordt deze naar verwachting door maximaal 25% van de gemeenten gehaald. Voor een uitgebreide beschouwing omtrent de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel wordt verwezen naar de slotparagraaf van de betreffende sectie (§ 3.3). Daar is onder andere ingegaan op verklaringen voor het feit dat de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel niet zal leiden tot het volledig bereiken van de gestelde capaciteitsnorm.

Uit de beschrijving van de consultatieregeling blijkt dat deze in volle gang is: het beschikbare geld wordt volop besteed: de consultatieve activiteiten zijn toegenomen ten opzichte van de periode vóór de regeling. Momenteel lopen er 112 consultatieprojecten vanuit de consultatieregeling, en deze projecten gaan steeds beter lopen. De meeste projecten richten zich op huisartsen. Het AMW en de eerstelijnspsychologen zijn in resp. 67% en 24% van de projecten betrokken, maar het aantal consultaties waarbij zij zijn betrokken is laag vergeleken bij de consultaties die door huisartsen zijn aangevraagd..

Ook op het gebied van samenwerking tussen de beroepsgroepen AMW, eerstelijnspsychologen en huisartsen gebeurt veel. Een deel van de gelden die de drie koepelorganisaties hebben gekregen voor kwaliteitsprogramma's binnen hun eigen discipline

wordt besteed aan het gezamenlijke project Korte Lijnen. Er zijn tot nu toe in vier regio's experimenten gestart om daar tot een model voor een effectieve samenwerkingsstructuur te komen.

Binnen elk van de drie eerstelijns GGZ-beroepsgroepen worden de voor het samenwerkingsconvenant beschikbare gelden besteed om de kwaliteit van de geleverde GGZ-zorgverlening te verbeteren. Er zijn verschillende kwaliteitsprogramma's ontwikkeld om deskundigheid op het gebied van GGZ en de onderlinge samenwerking te bevorderen. Het AMW heeft cursussen opgezet om de deskundigheid op het gebied van de eerstelijns GGZ te verbeteren en om de samenwerking met zowel de eerstelijns als de tweedelijns GGZ te bevorderen. Ook wordt de bijdrage van het AMW aan een kennissysteem ontwikkeld die de onderlinge samenwerking in de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van het zorgaanbod moet stimuleren. Tenslotte is men bezig met de verdere ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem voor alle AMW-organisaties. De koepelorganisatie van eerstelijnspsychologen houdt zich eveneens bezig met een kwaliteitsbeleid, waaronder het opbouwen van een kwaliteitsnetwerk, het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem voor eerstelijns psychologenpraktijken, deskundigheidsbevordering door het aanbieden van o.a. na- en bijscholingscursussen, en het versterken van de eerstelijns GGZ middels elektronische kennisuitwisseling. Daarnaast wordt als basis voor een goed en gezamenlijk kwaliteitsbeleid gewerkt aan de structuur en organisatie van eerstelijnspsychologen. Huisartsen hebben hun deel van het budget van het samenwerkingsconvenant gebruikt als extra financiering voor het kwaliteitsbeleid GGZ.

Het onderzoek naar verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen is ook in volle gang. Onderzocht wordt of vergoeding van hulp door een eerstelijnspsycholoog via het ziekenfonds leidt tot meer doorverwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog. De eerste resultaten worden in maart 2002 verwacht.

Het geld voor de ondersteuning van huisartsen is gebruikt voor het uitwerken van een uitgebreid kwaliteitsbeleid, waartoe onder andere geïnventariseerd is wat knelpunten en behoeften zijn bij huisartsen op het gebied van de eerstelijns GGZ. Ook is men bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsmateriaal, zoals cursussen voor deskundigheidsbevordering en voorlichtingsmateriaal. Bovendien wordt een opleiding voor huisartsen op GGZ-gebied ontwikkeld.

Voor wat betreft de incidentele lokale projecten is via het Diaboloproject in een viertal regio's gestart met experimenten op het gebied van samenwerking. Verwacht wordt dat dit aantal op korte termijn nog zal toenemen, gezien het feit dat er bijna tien projecten zijn die in de ontwerp- of besluitfase zijn om in aanmerking te komen voor financiering door het Diaboloproject.

Concluderend kan vastgesteld worden dat in het hele land volop gebruik gemaakt wordt van de door VWS ingezette maatregelen, en dat er veel initiatieven ontplooid zijn voor het bevorderen van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van de eerstelijns GGZ.

### **De eerstelijns GGZ vóór de invoering van versterkingsmaatregelen**

In het rapport is de stand van zaken weergegeven in de eerstelijns GGZ voordat de stimuleringsmaatregelen van VWS ingezet waren, of aan het begin daarvan. Achtereenvolgens passeren de volgende indicatoren de revue:

- capaciteit
- deskundigheidsbevordering

- samenwerking
- patiëntenstromen
- hulpverlening

Het uiteindelijke doel van de stimuleringsmaatregel is dat meer mensen met psychische problemen op de juiste plaats zo goed mogelijk geholpen worden. Dit is af te lezen uit veranderingen in patiëntenstromen en hulpverlening. De drie eerstgenoemde indicatoren zijn te beschouwen als voorwaarde-scheppend om dit te bewerkstelligen. De meeste stimuleringsmaatregelen zijn ook direct gericht op beïnvloeding van die voorwaarde-scheppende aspecten: ze zijn gericht op toename van aantallen AMW-ers, op beter beschikbaar komen van eerstelijnspsychologen, op verbetering van de samenwerking tussen eerstelijns-partijen en tussen eerstelijns en GGZ, op vergroting van deskundigheid en kwaliteit. In het onderstaande vatten we onze bevindingen omtrent de status van genoemde indicatoren in de jaren vóór de stimuleringsmaatregel samen.

## **Capaciteit**

Van het uitvoerend AMW is een overzicht gegeven van de capaciteit in 1999/2000 op het niveau van gemeenten en instellingen. Op gemeentelijk niveau blijkt dat de meeste gemeenten in 2000 een capaciteit hadden van 0,51-0,75 fte per 6000 inwoners. De capaciteit is toegenomen tussen 1998 en 2001. Kleinere gemeenten en niet-tot-weinigstedelijke gebieden blijken vaker aan de capaciteitsnorm te voldoen dan grotere gemeenten en verstedelijkte gebieden. Op instellingsniveau blijkt dat de gemiddelde capaciteit van een instelling 15,5 fte was in 1999.

Van de eerstelijnspsychologen is bekend dat er in 1998 gemiddeld vijf eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners waren. Hierin zijn regionale verschillen: in Utrecht ligt het aantal hoger, in Randstad Midden ligt het aantal lager.

Geconcludeerd kan worden dat de capaciteit van het AMW - naar ook verwacht mocht worden - hoger ligt dan van eerstelijnspsychologen: omgerekend naar het aantal fte's per 100.000 inwoners hebben de meeste gemeenten namelijk een capaciteit van 8,5-12,5 uitvoerend AMW per 100.000 inwoners.

De capaciteit van de huisartsen is niet in beschouwing genomen, omdat er geen rechtstreeks verband bestaat tussen het aantal huisartsen en GGZ-behandelingsmogelijkheden. GGZ is maar een relatief klein onderdeel van het takenpakket van de huisarts, en de behandelmogelijkheden op dit terrein door de huisarts hangt meer af van diens taakopvatting dan van het aantal huisartsen op zich. Beleidsmaatregelen zijn daarom ook niet gericht geweest op het aantal huisartsen maar op de kwaliteit van hun werk en hun samenwerking met AMW en eerstelijnspsycholoog. Deze taakopvatting is overigens wel onderwerp van studie; door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsen (WOK) is over de voormeting hiervan gerapporteerd, en eventuele veranderingen in dit opzicht zullen door ons in de nameting worden meegenomen.

## **Deskundigheidsbevordering**

Bij- en nascholing op het gebied van psychosociale problematiek heeft hoge prioriteit bij uitvoerend AMW in 2000. Psychosociale problematiek wordt vaker genoemd als relevant voor bij- en nascholing door AMW-instellingen dan andere onderwerpen (door 60% van de instellingen), aanzienlijk vaker dan bijvoorbeeld materieel sociale problematiek, dat door 39% van de instellingen genoemd wordt. Ongeveer de helft van de AMW-instellingen nam in 2000 deel aan een eendaagse of meerdaagse cursus of training op het gebied van de GGZ. De deskundigheidsbevorderende activiteiten (waaronder die op het gebied van GGZ) bestonden vooral uit werkbegeleidingen, casuïstiekbijeenkomsten en intervisiebijeenkomsten.

Bij de huisartsen staat nascholing op het gebied van de GGZ ook hoog op de agenda: bijna alle huisartsen hebben de afgelopen twee jaar nascholing gevolgd met betrekking tot dit thema. Echter, de meeste huisartsen besteedden hieraan niet meer dan één tot twee dagen per jaar. Onderwerpen die aan bod kwamen waren vooral gericht op depressie en - in mindere mate - dementie en fobieën. Ook in de komende twee jaar wil bijna 90% van de huisartsen nascholing op het gebied van GGZ volgen, met als meest gewenste onderwerpen onverklaarde lichamelijke klachten, post-traumatische stress-stoornis en persoonlijkheidsstoornis.

Gegevens over deskundigheidsbevordering door eerstelijnspsycholoog zullen komend jaar verzameld worden.

## **Samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweede lijn**

**AMW:** Per hulpverleningseenheid waren er in 1999 bij het AMW gemiddeld drie contacten met een externe hulpverlener. Tweeëntachtig procent van de externe contacten bestonden uit overleg en ongeveer een vijfde deel uit samenwerking. De externe contacten waren relatief

vaak met de huisarts (29%), maar daarnaast was er een grote variatie in hulpverleners waarmee contact is geweest tijdens de behandeling. Het grootste deel van de externe hulpverleningscontacten vond telefonisch plaats. Het AMW kende in 1999 behalve deze niet-structurele samenwerkingsvormen ook georganiseerde samenwerkingsverbanden voor AMW-instellingen. Drieënzestig procent van de AMW-instellingen had een samenwerkingsverband met huisartsen; een iets lager percentage met hometeams en gezondheidscentra.

De enquête onder AMW-instellingen liet zien dat op management-niveau regulier overleg vooral plaatsvond met ambulante GGZ-instellingen. Daarbij gaat het vooral om structurele aspecten van samenwerking en cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken. Er vindt weinig overleg plaats met eerstelijnspsychologen. Op uitvoerend niveau bestaat vooral regulier overleg met huisartsen; Hierbij wordt vooral over afzonderlijke cliënten gesproken. Overleg met ambulante GGZ-instellingen en eerstelijnspsychologen is slechts incidenteel. Als instellingen meedoen aan een samenwerkingsvorm in projectverband, dan betreft dit vooral samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de vorm van consultatie.

**Huisartsen:** Met betrekking tot de *samenwerking binnen de eerstelijns* is gebleken dat de bekendheid van de huisarts met eerstelijnspsychologen en het AMW ongeveer gelijk is voor zaken als intakeprocedure en hulpverleningsaanbod. De samenwerking met AMW lijkt in de loop van de jaren wat aan erosie onderhevig: vanuit het AMW wordt weinig gerapporteerd over diverse stadia van hulpverlening, en de kwaliteit wordt ook als onvoldoende beoordeeld. De frequentie en kwaliteit van de berichtgeving door eerstelijnspsychologen is beduidend beter. Meer dan tweederde van de huisartsen heeft tenminste incidenteel overleg met het AMW of een eerstelijnspsycholoog. Dit overleg heeft vooral betrekking op diagnose, behandeling en verwijzingen. Met het AMW hebben huisartsen meer contact over samenwerking dan met de eerstelijnspsycholoog. Dit overleg gaat vooral over taakafbakening en verwijzingen, en komt veel voor in gezondheidscentra

Voor wat betreft de *samenwerking met de tweedelijns* lijkt de samenwerking met de RIAGG's in de loop van de jaren te zijn verbeterd: huisartsen zijn in de meeste opzichten het best op de hoogte van de gang van zaken bij de RIAGG in vergelijking tot psychiatrie, vrijevestigden en CAD's. Berichtgeving omtrent diverse stadia van de hulpverlening geschiedt het meest frequent door RIAGG's en psychiatrische poliklinieken. De vrijevestigden (eerstelijnspsychologen, psychiaters/psychotherapeuten) en de verslavingszorg blijven hier duidelijk bij achter, maar de kwaliteit van de berichtgeving van deze instellingen wordt wel als goed beoordeeld. De vrijevestigden worden het meest gewaardeerd op hun kwaliteit van berichtgeving, de verslavingszorg het minst.

Wanneer de samenwerkingsgegevens vanuit de verschillende disciplines naast elkaar gelegd worden, kan het volgende geconcludeerd worden. De samenwerking binnen de eerstelijns verloopt het beste tussen huisartsen en het AMW, gevolgd door de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Er is tot nu toe weinig samenwerking tussen het AMW en eerstelijnspsychologen. Op het gebied van samenwerking met de tweede lijn blijken huisartsen het beste samen te werken met de RIAGG's, in die zin dat ze het beste op de hoogte zijn van de gang van zaken en berichtgeving over de hulpverlening. Ook AMW-instellingen hebben op management-niveau regulier overleg met de ambulante GGZ-instellingen, maar (nog) niet op uitvoerend niveau.

## **Patiëntenstromen**

### **Instream**

**AMW:** Het grootste deel van de cliënten kwam in 1999 op eigen initiatief met een hulpvraag bij het AMW. Als cliënten verwezen waren door een andere hulpverlener, was dit meestal door de huisarts. De AMW-instellingen zelf gaven ook aan dat huisartsen regelmatig naar het AMW verwijzen. Cliënten worden eveneens door de ambulante GGZ naar het AMW verwezen,

maar dan in mindere mate. Eerstelijnspsychologen verwijzen slechts incidenteel naar het AMW.

Eerstelijnspsycholoog: Het grootste deel van de cliënten bij de eerstelijnspsycholoog kwam binnen via de huisarts, namelijk in bijna driekwart van de gevallen. Een vijfde deel kwam in 1998 op eigen initiatief. Via AMW of anderen is er nauwelijks sprake van verwijzing naar eerstelijnspsychologen.

### **Uitstroom**

**Huisarts:** De belangrijkste verwijzer binnen de eerstelijns is de huisarts. Naar schatting worden er ongeveer 17 per 1000 ingeschreven patiënten naar de eerstelijns (ongeveer evenveel naar AMW als naar eerstelijnspsycholoog) en ook ongeveer 17 per 1000 naar de gespecialiseerde GGZ en verslavingszorg verwezen. Hiervan nemen de instellingen voor ambulante GGZ het grootste deel voor hun rekening. Deze verwijscijfers zijn de afgelopen jaren sterk gestegen.

De zwaarste en meest recidiverende problematiek gaat naar de psychiatrie; het AMW en de eerstelijnspsychologen krijgen de "lichtere gevallen", zoals psychosociale problemen op het gebied van werk en relaties, en overspannenheid. Het AMW wordt het meest ingeschakeld omdat de huisarts geen tijd heeft om de klachten van de betreffende patiënt te behandelen; de eerstelijnspsycholoog de RIAGG, psychiatrie en vrijevestigden worden vooral vanwege gebrek aan deskundigheid van huisartsen ingeschakeld.

**AMW:** De meeste cliënten werden na behandeling bij het AMW niet doorverwezen naar een andere hulpverlener; doorverwijzing gebeurde in 27% van de gevallen. Hiervan werd het grootste deel naar een GGZ-instelling doorverwezen. AMW-instellingen gaven aan slechts incidenteel cliënten door te verwijzen naar eerstelijnspsychologen;

Eerstelijnspsycholoog: Vanuit de eerstelijnspsycholoog werd 93% van de cliënten niet doorverwezen; 7% werd wel doorverwezen naar een andere hulpverlener. Hiervan kwam ongeveer een kwart terecht bij een psychiater, en een vijfde deel bij een psychotherapeut.

Uit de gegevens van patiëntenstromen kan het volgende geconcludeerd worden: binnen de eerstelijns lijken patiëntenstromen vanuit de huisarts naar het AMW en de eerstelijnspsychologen wel goed te verlopen, maar een patiëntenstroom tussen AMW en eerstelijnspsychologen is nog nauwelijks aanwezig. Patiëntenstromen naar de tweede lijn lopen vooral in de richting van ambulante GGZ-instellingen. Alleen de eerstelijnspsycholoog verwijst vaker naar een psychiater/psychotherapeut dan naar een ambulante GGZ-instelling.

### **Hulpverlening**

De hulpverleningsgegevens van het AMW geven inzicht in de caseload van uitvoerend AMW-ers. Een fte uitvoerend AMW had in 1999 een caseload van 111 hulpverleningseenheden. De wachttijd vanaf het moment dat een cliënt zich aanmeldde tot het moment dat de hulpverlening kon starten was gemiddeld 24,2 dagen. Bij meer dan driekwart van de cliënten werd de hulpverlening binnen 4 weken gestart. Cliënten bij het AMW werden voornamelijk getypeerd als volgt: voornamelijk autochtoon (83%), van het vrouwelijke geslacht, leeftijd 25-44 jaar, en samenwondend met partner en kind(eren) of alleenstaand. De problemen waarmee cliënten bij het AMW terechtkwamen waren voornamelijk van psychische en relationele aard. De hulpverlening was dan ook vooral psychosociaal: begeleiding, ondersteuning en probleemverheldering. Daarnaast bestond iets minder dan een vijfde deel van de hulpverlening uit informatie en advies aan de cliënt. De gemiddelde duur van de hulp was 155 dagen, waarvan het merendeel binnen de 1 en 6 maanden lag. Tien procent van de hulpverlening duurde langer dan een jaar. In de loop van de jaren is de behandelingsduur iets afgenomen. De hoeveelheid contacten met een cliëntensysteem lag gemiddeld op 7,5. Dit houdt



in dat de frequentie van de hulpverlening gemiddeld ongeveer éénmaal per drie weken is. Het aantal cliënten dat bij een eerstelijnspsycholoog in behandeling was op het moment van de enquête in 1998 was gemiddeld 44. De wachttijd voor een cliënt vanaf aanmelding tot de start van de hulpverlening was gemiddeld 15 dagen, waarbij 85% binnen 4 weken geholpen werd. Cliënten van eerstelijnspsychologen waren in 1998 voornamelijk autochtoon (96%), van het vrouwelijke geslacht, en hadden een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. De meeste cliënten woonden samen met een partner, maar ongeveer éénvijfde deel was alleenstaand. **Het opleidingsniveau is hoog: ongeveer eenderde deel heeft een HBO- of WO-opleiding.** Veel voorkomende problemen waren relatieproblemen, en psychische problemen zoals depressiviteitsklachten, spanningsklachten en werk/studieproblemen of burn-out. Veruit het grootste deel van de behandelingen bestond uit psychologische begeleiding, maar diagnostiek en ondersteunde hulp maakte ook een belangrijk deel uit van de behandelingen. De aard van de hulpverlening was vaak inzichtgevend of klachtgericht, maar ook structurerend werken kwam regelmatig voor. Gemiddeld kwamen cliënten 2.6 keer per maand bij de eerstelijnspsycholoog; voor meer dan de helft was dit gemiddeld 2 keer per maand. Slechts 1% van de cliënten kwam vaker dan 1 keer per week bij de eerstelijnspsycholoog. Het gemiddeld aantal zittingen per cliënt was 14.9, waarbij iets meer dan de helft tussen de 10 en de 19 zittingen had.

Gegevens over de hulpverlening door de huisarts voor de invoering van stimulerende maatregelen ontbreken op dit moment nog. Deze zijn over de periode 2000-2001 verzameld in het kader van de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisarts praktijk, maar zijn op dit moment nog niet voor bewerking beschikbaar.

Wanneer de hulpverleningskenmerken tussen het AMW en de eerstelijnspsychologen vergeleken worden kan het volgende geconcludeerd worden. Het percentage autochtone cliënten ligt bij het AMW iets lager dan bij eerstelijnspsychologen, maar qua leeftijd en geslacht komen beide populaties overeen. De disciplines hebben te maken met vergelijkbare problematiek voor zover deze GGZ-gerelateerd is. De wachttijd bij een eerstelijnspsycholoog is korter dan bij het AMW, maar de hoeveelheid contacten met een cliënt is bij de eerstelijnspsycholoog bijna dubbel zo groot. Ook de frequentie van de hulpverlening ligt hoger bij de eerstelijnspsycholoog dan bij het AMW.

### **Regionale casestudies: voormeting**

Door vertraging in de regiokeuze, die veroorzaakt is door de problemen van het Trimbos-instituut om lokale projecten te vinden, zijn deze voormetingen pas in drie regio's afgerond en beschreven (zie hoofdstuk 5). Enige voorlopige conclusies inzake met name de samenwerking tussen eerstelijnspartijen en tussen eerstelijns GGZ en gespecialiseerde GGZ in deze drie regio's dienen zich voorzichtig aan.

Binnen de eerstelijns is samenwerking min of meer identiek aan samenwerking rond verwezen patiënten. Deze krijgt vooral gestalte tussen de huisarts enerzijds en AMW en eerstelijnspsycholoog anderzijds. Zoals we al op basis van de bovenstaande analyse van verwijsstromen concludeerden is er nauwelijks verwijsverkeer tussen AMW en eerstelijnspsycholoog.

Samenwerking tussen eerstelijns en gespecialiseerde GGZ is er, in de zin van een verwijsrelatie, altijd wel tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ. In twee van de drie gevallen stemmen AMW en GGZ activiteiten op elkaar af of doen ze die gezamenlijk. De eerstelijnspsychologen lijken in de tot nu toe onderzochte casus een vrij geïsoleerde positie te hebben ten opzichte van de gespecialiseerde GGZ.

Op beleidsniveau lijken er nogal wat verschillen te zijn tussen de tot nu toe beschreven regio's, waarin in twee gevallen geen overleg en afstemming plaats vindt tussen partijen, in een ander geval diverse initiatieven bestaan en ook stimuleringsgelden AMW, Diabologelden, en consultatieprojecten genoemd worden om dat overleg en afstemming meer gestalte te

geven.

Zoals gezegd, de rapportage is nog onvolledig zowel wat het aantal casus betreft, als wat betreft de al beschreven onderzoeksthema's, maar er tekenen zich reeds interessante lokale verschillen af, waarvan we hopen in de nameting de gevolgen te kunnen beschrijven.

### **Beschouwing omtrent te verwachten veranderingen**

De stand van zaken op de diverse indicatoren (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, patiëntenstromen en hulpverlening) vormt de basis voor het vervolg van het evaluatie-onderzoek. In de komende jaren zal een nameting van deze indicatoren plaatsvinden, die in de jaarrapportages van 2003 en 2004 besproken zullen worden. In deze beschouwing wordt ingegaan op welke veranderingen te verwachten zijn op elk van deze indicatoren. Bij de nameting wordt onderzocht in hoeverre de capaciteit van het uitvoerend AMW daadwerkelijk toeneemt als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel, en ook of de capaciteit van de eerstelijnspsychologen toeneemt. Bij de eerstelijnspsychologen is op termijn ook een capaciteitsuitbreiding te verwachten als gevolg van de door VWS geëffectueerde maatregelen: als huisartsen meer patiënten gaan doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog - doordat vergoeding van die hulp in het ziekenfondspakket komt en omdat de samenwerking met eerstelijnspsychologen geacht wordt te verbeteren - wordt het voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijker om zich te vestigen. De vraag is echter of dat binnen de termijn van de evaluatiestudie gaat gebeuren.

Ook de deskundigheidsbevordering zal bij de nameting opnieuw worden gemeten. Verwacht wordt een toename in deskundigheid op het gebied van GGZ bij zowel het AMW, de eerstelijnspsychologen en de huisartsen, omdat alle drie de disciplines projecten voor deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ hebben lopen. Die projecten worden voor alle drie de disciplines gefinancierd via de subsidie van het samenwerkingsconvenant; bij huisartsen gebeurt de financiering bovendien via de subsidie die ze hebben gekregen ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid. Van eerstelijnspsychologen zijn nu nog geen gegevens bekend over deskundigheidsbevordering, maar dit zal bij de nameting wel het geval zijn.

Op het gebied van samenwerking zijn in de komende jaren ook veranderingen te verwachten. Naar verwachting wordt de *samenwerking tussen de eerstelijns GGZ-disciplines* vergemakkelijkt. Ten eerste lopen er verschillende projecten die expliciet tot doel hebben de samenwerking te verbeteren: het project Korte Lijnen en het Diaboloproject. Ook heeft het AMW een cursus opgezet om samenwerking met andere GGZ-hulpverleners te bevorderen. Ten tweede wordt binnen de disciplines via het samenwerkingsconvenant aandacht besteed aan een betere profilering van hun eigen beroepsgroep op het gebied van de eerstelijns GGZ, Daardoor kan beter worden ingeschat welke patiënt op welke plaats het beste geholpen kan worden.

Een verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns GGZ kan bij de nameting zichtbaar worden in het percentage contacten met andere hulpverleners, in de mate waarin de eerstelijnsdisciplines op de hoogte zijn van elkaars werkwijze en wachttijden/werkdruk, en in de kwantiteit en kwaliteit van de berichtgeving m.b.t. het verloop van hulpverlening van doorverwezen patiënten. Ook zou een verbeterde samenwerking zichtbaar moeten worden in de patiëntenstromen binnen de eerstelijns.

Samenwerking *tussen eerste en tweedelijns* wordt rechtstreeks beïnvloed door de consultatieregeling. Een verbeterde samenwerking zal bij de nameting naar verwachting zichtbaar zijn in de mate waarin de eerstelijnsdisciplines op de hoogte zijn van werkwijze en werkdruk in de tweedelijns, en in de kwaliteit en kwantiteit van berichtgeving over het hulpverleningsverloop bij doorverwijzingen naar de tweede lijn.

Zowel capaciteitsvergroting als deskundigheidsbevordering en samenwerking hebben invloed op de indirecte indicatoren voor een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ:

patiëntenstromen en hulpverlening.

Een indirecte indicator waarbij in de komende jaren verschuivingen verwacht worden zijn de patiëntenstromen binnen de eerstelijns en tussen de eerste en tweede lijn. De patiëntenstromen *binnen de eerstelijns* nemen mogelijk toe als gevolg van een verbeterde samenwerking tussen de eerstelijns disciplines, en als gevolg van een betere profilering van de afzonderlijke disciplines op het gebied van de GGZ. Zo kan het aantal doorverwijzingen van huisartsen naar het AMW en de eerstelijnspsycholoog toenemen, en kan het AMW (dat ook rechtstreeks toegankelijk is) vaker cliënten doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog.

De patiëntenstromen van de eerstelijns GGZ *naar de tweedelijns GGZ* zou in de komende jaren moeten afnemen als gevolg van een toegenomen capaciteit en deskundigheid op het gebied van de GGZ in de eerstelijns. De noodzaak om naar de tweedelijns door te verwijzen zal hierdoor namelijk minder worden. Ook een verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns kan de afname van patiëntenstromen naar de tweedelijns GGZ stimuleren.

Voor wat betreft de hulpverlening bij het AMW zijn de volgende veranderingen te verwachten. Allereerst kunnen er veranderingen optreden in de hulpvraag en de wachttijd. Het is mogelijk dat de gemiddelde wachttijd binnen instellingen voor cliënten af neemt in de komende jaren, omdat de capaciteit van het uitvoerend AMW toeneemt als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Ook zou door de capaciteitsuitbreiding de caseload van een uitvoerend AMW-er af kunnen nemen. Echter, als de instroom van patiënten naar het AMW tegelijkertijd ook toe zou nemen, bijvoorbeeld als gevolg van een betere profilering van de eigen beroepsgroep, of een verbeterde samenwerking met andere eerstelijns GGZ-disciplines, dan zal de wachttijd en de caseload bij het AMW minder afnemen dan gezien de capaciteitsuitbreiding te verwachten is. Ten tweede zijn er verschuivingen te verwachten in de problematiek die bij het AMW behandeld wordt. Het aandeel relationele en psychische problematiek neemt mogelijk toe doordat meer patiënten met dit soort problematiek naar het AMW verwezen worden door huisartsen en eerstelijnspsychologen. Een verschuiving van in behandeling genomen problematiek kan ook gevolgen hebben voor de werkwijze, bijvoorbeeld doordat er vaker hulp in de vorm van begeleiding, ondersteuning of andere psychosociale hulp nodig is. Wanneer die samenwerking een toename van rapportage of advies op verzoek van derden tot gevolg heeft, kan die verbeterde samenwerking ook zichtbaar worden in de gelijkgenoemde categorie van de werkwijze.

Voor wat betreft de hulpverlening bij de eerstelijnspsychologen zijn veranderingen mogelijk in de wachttijd: door een verbeterde samenwerking met huisartsen en het AMW kunnen deze laatste twee disciplines meer patiënten gaan doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, waardoor de wachttijd mogelijk toeneemt. Voor de huisartsen is een hoger verwijscijfer naar eerstelijnspsychologen extra aannemelijk zodra hulp van eerstelijnspsychologen vergoed wordt via het ziekenfonds. Ook is het mogelijk dat het opleidingsniveau van de gemiddelde cliënt wat lager wordt, omdat hulp door een eerstelijnspsycholoog ook toegankelijker wordt voor de wat minder draagkrachtigen.



## Referenties

- Bijl, R.V., 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*. American Journal of Public Health, 90, 4, pp. 602-607.
- Hoeksma, Homans & Menting (2001). *Informatie project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen"* Enschede: HHM (interne publicatie).
- Kerssens, J.J., Vries, de, W.J., Verhaak, P.F.M. (1998). *Samenwerking tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nivel/Trimbos.
- Kersten, T.J.J.M.T. (1985). *Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns*. Utrecht: Nivel.
- Laurant, M. (2001). *Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts*. In: Medisch Contact, 56, 48, pp. 1780-1783.
- LHV, LVE, VOG (2000). *Korte Lijnen. Werkplan 'Verbetering samenwerking in de eerstelijns GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut (interne publicatie).
- 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.
- LHV (2001). *Werkplan Kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen*. Utrecht: LHV (interne publicatie).
- LVE (2000). *Meerjarenplan. Uitwerking 'Samenwerkingsconvenant Eerstelijns GGZ'*. Landelijke Vereniging van Eerstelijns Psychologen (LVE). Amsterdam: LVE (interne publicatie).
- LVE (2001). *LVE Beleidsnotitie. Aanpak ICT-beleid van 2001 tot 2003*. Amsterdam: LVE (interne publicatie).
- Mesman, J., Verhaak, P. F. M. (2001). *De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen*. Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Utrecht: Nivel.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1999*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 2000*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorgnota 2000*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorgnota 2002*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Tijdelijke Stimuleringsmaatregel algemeen maatschappelijk werk*. Internetsite Infotheek VWS: [www.minvws.nl/infotheek.html?folder=4&page=12637](http://www.minvws.nl/infotheek.html?folder=4&page=12637)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan het VOG: Subsidie uitwerking convenant samenwerking eerstelijns GGZ*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan het VOG: Subsidie meerjarig projectplan VOG*

- versterking eerstelijns GGZ.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan de LVE: Subsidie uitwerking convenant eerstelijns GGZ.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan de LVE: Subsidie meerjarige projectplan LVE-versterking eerstelijns GGZ.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan de LHV: Subsidie uitwerking convenant.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan de LHV: Programma Korte Lijnen.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Brief aan de LHV: Subsidie uitwerking convenant en kwaliteitsbeleid GGZ door huisartsen.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Brief aan de Tweede Kamer: Standpunt financiering eerstelijnspsycholoog.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Aanvraagformulier Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. Den Haag.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Besluit Tijdelijke Stimuleringsregeling. Voorwaarden waaronder gemeenten in aanmerking komen voor een uitkering ten behoeve van capaciteitsuitbreiding, de instandhouding van de capaciteit en de versterking van het algemeen maatschappelijk werk.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Beleidsnota "De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief".* Den Haag: Sdu Uitgevers.

Nederlands Instituut voor Psychologen. *Jaarverslag NIP 1998.*

Ridder, D., de, Visser, J. (1987). *Tussen de Lijnen. De relatie van eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht.* Utrecht: NcGv/Nivel.

Rijk, de, K., Verhaak, P., Tiemens, B., Vries, de, J. (1999). *Tussen de lijnen: Achtergrondstudie bij de beleidsvisie GGZ.* Utrecht: Trimbos Instituut/Nivel.

Rooy, van, J., Verhaak, P. F. M. (1989). *Psychologen in de eerstelijns.* Utrecht: Nivel.

Ruwaard, D., Kramers, P.G.N. (red.) (1997). *Volksgezondheid. Toekomst Verkenning 1997. De som der delen.* Bilthoven: RIVM; Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Scholte, M., Tiemens, B. (2001). *Uitvoeringsplan Korte Lijnen.* Utrecht: NIZW (interne publicatie).

Sluijs, E. M., Wagner, C. (2001). *Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk. De stand van zaken in 2001.* Utrecht: Nivel.

Stuurgroep Tussen de Lijnen, 7 februari 2002. *Bijlage bij agendapunt 6: Kwaliteitsprojecten eerstelijnspartijen.*

- Verhaak, P. F. M. (1993). *Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners*. British Journal of General Practice: 43, pp. 203-208.
- Verhaak, P., Bruin, de, A., Bakker, R., Marée, J. (1997). *Het algemeen maatschappelijk werk in de 1<sup>e</sup> lijns GGZ*. Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachterfunctie sinds de decentralisatie. Utrecht: Nivel.
- Verhaak, P. F. M., Lisdonk, E. H., Bor, van de, J. H. J., Hutschemaekers, G. J. M. (2000). *GP's referral to mental health care during the past 25 years*. British Journal of General Practice, pp. 307-308.
- Visser, J., Ridder, de, D. (1987). *Huisartsen over de geestelijken gezondheidszorg*. Deelrapport van het onderzoek 'tussen de lijnen'. Utrecht: Nivel/NcGv.
- VOG/AMW (2000). *Het algemeen maatschappelijk werk in beeld*. Jaarrapport 1998.
- VOG/AMW (2001). *Het algemeen maatschappelijk werk in beeld*. Jaarrapport 1999.
- VOG (2001). *Rapportage 2000 / eerste kwartaal 2001. Verslag project "Versterking samenwerking in de eerstelijns GGZ" voor het AMW*. Utrecht: VOG (interne publicatie).
- VOG (2001). *Plan van Aanpak. AMW, partner in de eerstelijns GGZ*. Utrecht: VOG (interne publicatie).
- Weert, van, J. C., M., Heiligers, Ph. J. M., Verhaak, P. F. M. (1999). *GGZ-nascholing voor huisartsen: Een analyse van het aanbod*. Utrecht: Nivel.
- Wentink, M., Hattum, van, M. J. C., Hutschemaekers, G. (2001). *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht. Trimbos Instituut (in druk).
- Zantinge, E., Verhaak, P., Vries, de, W., Meijer, S., Berg, van den, J., Schaefer, B. (2002). *Rapportage Registratie Consultatieve Bijeenkomsten 2001*. Utrecht: Trimbos Instituut / Nivel (Tussen de Lijnen).
- Zantinge, E., Verhaak, P., Vries, de, W. (2001). *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten*. Utrecht: Trimbos Instituut / Nivel (Tussen de Lijnen).





## Lijst met afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
EGGZ	Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
ELP	Eerstelijnspsychologen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVE	Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen
MO-groep	Maatschappelijke Ondernemersgroep
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVMW	Beroepsorganisatie voor maatschappelijk werkers
RHV	Regionale Huisartsenvereniging
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ROAM	Regionaal Overlegorgaan van het AMW
ROEP	Regionaal Overleg Eerstelijns Psychologen
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
TSM	Tijdelijke Stimuleringsmaatregel
VOG	Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsen