



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

**Tweede Interim Rapportage  
maart 2003  
Concept**

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

Trimbos-instituut:  
M. Scholten  
J. Pols  
M.W. Valenkamp

SGBO:  
N. Kornalijnslijper  
K.A.P.W. Smeets

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

Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction  
Postbus 725 - 3500 AS Utrecht - Tel. 030 29 71 100 - Fax 030 29 71 111

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 90-6905-617-8

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1	Inleiding	7
1.2	Achtergrond van het onderzoek	7
1.3	Onderzoeksopzet	8
1.4	Samenvatting van de Eerste Interimrapportage	11
1.5	Inhoud van de huidige rapportage	18
<b>2</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>23</b>
2.1	Inleiding	23
2.2	Hoofdstuk 3: Stand van zaken met betrekking tot de versterkende maatregelen	23
2.3	Hoofdstuk 4: GGZ-hulpverlening in de huisartsenpraktijk	24
2.4	Hoofdstuk 5: De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ	26
2.5	Hoofdstuk 6: Regionale verschillen in de eerstelijns GGZ tijdens de voormeting	28
2.6	Hoofdstuk 7: Regionale casestudies op beleidsmatig niveau	29
2.7	Hoofdstuk 8: Regionale casestudies op hulpverleningsniveau	31
2.8	Hoofdstuk 9: Beschouwing	32
<b>3</b>	<b>Activiteiten binnen de maatregelen en projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ</b>	<b>35</b>
3.1	Inleiding	35
3.2	Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW	36
3.3	Consultatieregeling	37
3.4	Samenwerkingsconvenant ter versterking eerstelijns GGZ	38
3.4.1	Activiteiten onderdeel MO-groep samenwerkingsconvenant (AMW)	39
3.4.2	Activiteiten LVE-deel samenwerkingsconvenant (eerstelijnspsychologen)	41
3.4.3	Activiteiten LHV-deel samenwerkingsconvenant (huisartsen)	42
3.4.4	Uitwerking samenwerkingsconvenant via Korte Lijnen	45
3.5	Onderzoek "Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen"	48
3.6	Activiteiten Diaboloproject	51
3.7	Samenvatting en conclusies	53
<b>4</b>	<b>Hulpverlening in de huisartspraktijk, voormeting</b>	<b>55</b>
4.1	Inleiding	55
4.2	Methode	56
4.2.1	Morbiditeit	57
4.2.2	Prescripties	57
4.2.3	Verwijzingen	58
4.2.4	Werkbelasting	58
4.3	Resultaten	60

4.3.1	Morbiditeit in de huisartspraktijk	60
4.3.2	Prescriptie	63
4.3.3	Verwijzingen	65
4.3.4	Werkbelasting	68
4.4	Conclusies	72
<b>5</b>	<b>De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ</b>	<b>77</b>
5.1	Inleiding	77
5.2	Verwachtingen ten aanzien van de vraagstellingen	78
5.3	Methode	80
5.4	Resultaten	82
5.4.1	Vraagstelling 1: Capaciteit	82
5.4.2	Vraagstelling 2: Bij- en nascholing	83
5.4.3	Vraagstelling 3: Samenwerking met huisartsen, AMW en tweedelijns GGZ	85
5.4.4	Vraagstelling 4: Verwijsstromen	94
5.4.5	Vraagstelling 5: Hulpverlening	96
5.5	Samenvatting en conclusies	100
<b>6</b>	<b>Regionale verschillen in versterking van de eerstelijns GGZ bij de voormeting</b>	<b>107</b>
6.1	Inleiding	107
6.2	Methode	108
6.3	Resultaten	111
6.3.1	Resultaten onderzoeksvraag 1	111
6.3.2	Resultaten onderzoeksvraag 2	117
6.3.3	Resultaten onderzoeksvraag 3	123
6.4	Samenvatting en conclusies	125
<b>7</b>	<b>Beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. Casestudies in vijf zorgregio's</b>	<b>131</b>
7.1	Inleiding	131
7.2	Onderzoeksopzet	131
7.3	Bevindingen	135
7.3.1	Inleiding	135
7.3.2	Ervaringen van de verschillende partijen met de maatregelen van VWS in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ	135
7.3.3	Samenwerking in de regio's ter versterking van de eerstelijns GGZ	139
7.3.3.1	Case A	139
7.3.3.2	Case B	141
7.3.3.3	Case C	144
7.3.3.4	Case D	146
7.3.3.5	Case E	148
7.3.4	Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ	150
7.4	Samenvatting en conclusies	152

<b>8</b>	<b>Strategieën en interventies voor het versterken van de eerstelijns GGZ op lokaal niveau</b>	<b>157</b>
8.1	Inleiding	157
8.1.1	Vraagstelling en procedure	157
8.1.2	Gegevensverzameling	158
8.1.3	Opzet tussenrapportage	161
8.2	Projectbeschrijvingen	161
8.2.1	Inleiding	161
8.2.2	De omvang van de projecten	161
8.2.3	De beschrijving van de projecten	162
8.2.3.1	Project I (SGB0 regio: Case B)	162
8.2.3.2	Project II (SGB0 regio: Case E)	165
8.2.3.3	Project III (SGB0 regio: Case C)	167
8.2.3.4	Project IV (SGB0 regio: Case E)	170
8.2.4	Beschouwing	172
8.3	Klachten, consultaties en verwijzingen in drie projecten	174
8.3.1	Inleiding	174
8.3.2	Respons	174
8.3.3	Consultatievragers en consultatiegevers	175
8.3.4	Kenmerken van de patiënt	177
8.3.5	Klachten van de patiënt	177
8.3.6	Redenen voor consultatie	180
8.3.7	Overeenkomsten en verschillen tussen de drie projecten	183
8.4	Bevoegdheden en taken van de SPV-en in de eerste lijn	184
8.4.1	Pionieren in de eerste lijn	184
8.4.2	Formeel-juridische aspecten van taken en bevoegdheden van de SPV in de eerste lijn	184
8.4.3	Kortdurend behandelend in de eerste lijn	188
8.4.4	Specifieke afspraken over bevoegdheden van SPV-en	190
8.4.5	Besluit	191
8.5	Het verplaatsen van kennis en kunde tussen de lijnen	191
8.5.1	Inleiding	191
8.5.2	De projectplannen en middelen om kennis en kunde te verplaatsen	192
8.5.3	Een tekort aan deskundigheid?	192
8.5.4	Obstakels in de verplaatsing van kennis en kunde	194
8.5.5	Welke kennis verplaatsen de SPV-en naar de eerste lijn?	195
8.5.6	Conclusie	196
8.6	Besluit	197
<b>9</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>199</b>
9.1	Inleiding	199
9.2	Knelpunten in de eerstelijns GGZ in de startfase van de versterkende maatregelen	199
9.3	Rol van de versterkende maatregelen in het oplossen van de knelpunten	203
9.4	Verwachtingen omtrent de effecten van de versterkende maatregelen die in 2004 gerapporteerd kunnen worden	206

**Literatuur** 211

**Lijst met afkortingen** 215

**Bijlagen**

- Bijlage 1: Aantal en percentage deelcontacten met P en Z-diagnoses
- Bijlage 2: De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ
- Bijlage 3: Indeling van Districts Huisarts Verenigingen (DHV-en)
- Bijlage 4: Methodische verantwoording hoofdstuk 6  
Regionale verschillen in versterking eerstelijns GGZ bij de voormeting
- Bijlage 5: Checklist casestudies Samenwerking op regionaal niveau (Versterking  
Eerstelijns GGZ)<sup>1</sup>
- Bijlage 6: Topiclijst interview consultatievrager en consultatiegever eerste ronde

---

<sup>1</sup> Op basis van de gevoerde gesprekken in de eerste casestudie (case A) is de concept-checklist bijgesteld.

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

Dit is de tweede voortgangsrapportage van de landelijke evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ. Deze evaluatie wordt door de onderzoeksinstituten NIVEL, Trimbos-instituut en SGBO gezamenlijk uitgevoerd. Over deze evaluatie wordt jaarlijks in maart een rapportage uitgebracht aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen. In de eerste interim rapportage van maart 2002 staan de achtergronden van het onderzoek, de onderzoeksofzet en de gebruikte methodologie uitgebreid beschreven. We vatten deze aspecten in deze inleiding kort samen, evenals de in de eerste interim rapportage gemelde resultaten. Voor een uitgebreidere beschouwing verwijzen we naar deze rapportage (Meijer et al., 2002; ook te downloaden van [www.NIVEL.nl](http://www.NIVEL.nl)).

## 1.2 Achtergrond van het onderzoek

De eerstelijnszorg heeft eind jaren '90 een belangrijke taak toebedeeld gekregen bij de opvang van mensen met psychische problemen. 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 (AMW) 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 AMW en eerstelijnspsychologen
- deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering 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.

De 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 dit de tweede interim rapportage is.

Deze evaluatiestudie heeft twee hoofdvragen:

- A Leiden de verschillende versterkende maatregelen tot een meer samenhangende eerstelijns GGZ?
- B Welke processen kunnen onderscheiden worden wanneer men tracht versterking van de eerstelijns GGZ te realiseren en welke patiëntengroepen worden daarmee bereikt?

### 1.3 Onderzoeksopzet

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 proces-evaluatie vereist waarin door middel van nauwkeurige beschrijving een aantal modellen met elkaar worden vergeleken. Met een dergelijke opzet verkrijgt men meer inzicht in bevorderende en belemmerende factoren dan bij een globale programma-evaluatie het geval is.

De programma-evaluatie vindt met name plaats op landelijk en regionaal niveau. In de procesevaluatie worden bij projecten op lokaal niveau 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, waarbij NIVEL landelijke gegevens over de gezondheidszorg verzamelt en analyseert, terwijl SGBO informatie bij de Nederlandse Gemeenten verzamelt en in vijf geselecteerde regio's case-studies uitvoert. Het Trimbos-instituut is uitvoerder van de procesevaluatie.

We zullen achtereenvolgens de opzet van de programma-evaluatie en de proces-evaluatie 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 samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerstelijns en tweedelijns-GGZ, blijkende uit toegenomen overleg en consultatie tussen eerstelijnsdisciplines en tweedelijns GGZ, afspraken over terugrapportage, bereikbaarheid en beschikbaarheid, afspraken over informatie aan de cliënt, verwijzingen en samenwerking
- toenemende patiëntenstroom naar de eerstelijns GGZ
- behandeling van patiënten op het niveau waar ze, gezien hun problematiek, goed behandeld kunnen worden.

De versterkende maatregelen waren gericht op de drie eerste indicatoren: capaciteitsvergroting, deskundigheidsbevordering en bevordering van samenwerking. Effecten op deze indicatoren betitelen we daarom als directe effecten van de versterkende maatregelen. Uiteindelijk is de bedoeling dat deze directe effecten weer van invloed zijn op patiëntenstromen en behandeling van patiënten op de juiste plaats. Daarom zien we deze laatste effecten als indirecte effecten.

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 MOgroep)
- Registratie door VWS van de subsidietoekenning aan AMW instellingen (2001/2002)
- Enquête onder 1500 huisartsen (2001 door WOK, 2003 door NIVEL)
- Enquête onder producenten van GGZ-nascholing t.b.v. huisartsen (2003 door NIVEL)
- Enquête onder alle eerstelijnspsychologen (1998 door Trimbos; 2002 door NIVEL)
- Registratie van AMW hulpverleningscontacten (1999/2002)
- Gegevens uit de 2<sup>e</sup> Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (2001/2003)
- 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 van het eerste interimrapport (Meijer et al., 2002)

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. Als geografische eenheid is gekozen voor de Districts Huisartsen Vereniging.

Behalve een dergelijke regionale analyse van data die over het hele land verzameld zijn, voorziet het onderzoeksprogramma ook in een dataverzameling die in de diepte in een vijftal regio's heeft plaatsgevonden. Deze analyse is vooral op het regionale beleidsniveau gericht. 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.

#### **Proces-evaluatie op lokaal niveau**

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 op klachten, functioneren en satisfactie. Tevens zouden belemmerende en bevorderende factoren worden onderzocht. Dit onderdeel zou uitgevoerd worden door het Trimbos Instituut.

Deze opzet is te ambitieus gebleken. Het was niet mogelijk om projecten te vinden die voldoende van elkaar verschilden om een zinvol contrast mogelijk te maken. Het was evenmin mogelijk om projecten te vinden waar alle deelnemers bereid waren zich aan een intensief en gecompliceerd onderzoeks-regime te onderwerpen. Sinds april 2002 is het Trimbos-instituut doende met een onderzoek op lokaal niveau met een meer bescheiden doelstelling. Centrale doelstelling is thans om strategieën en interventies voor het versterken van de eerstelijns GGZ te beschrijven en hun werkzaamheid te exploreren. Dit geschiedt op een viertal locaties, die grotendeels samenvallen met de regio's waarbinnen SGBO case-studies naar de beleidsmatige samenwerking met betrekking tot de GGZ uitvoert. Waar SGBO het beleid als invalshoek neemt, en met name regionale vertegenwoordigers, bestuurders en ambtenaren als informatiebronnen gebruikt, is het onderzoek op lokaal niveau van het Trimbos-instituut vooral gericht op de inhoud van de hulpverlening. Informatie verkrijgt men uit interviews met plaatselijke hulpverleners en

de patiënten die daarvan gebruik maken. Ook wordt informatie die al wordt vastgelegd ten behoeve van de registratie van consultatieve contacten gebruikt om een inzicht te krijgen in ontwikkelingen gedurende een lokaal project. De proces-evaluatie heeft een longitudinaal karakter: gedurende een aantal momenten in de looptijd van een lokaal project worden herhaald gegevens verzameld.

### 1.3 Samenvatting van de Eerste Interimrapportage

De eerste interimrapportage, die we in deze paragraaf zullen samenvatten, was gewijd aan de programma-evaluatie. De programma-evaluatie kent drie stappen:

- 1 In hoeverre is het beoogde programma gerealiseerd?
- 2 Hoe is de stand van zaken op de gekozen indicatoren vóór de realisatie van het programma?
- 3 Hoe is de stand van zaken op de gekozen indicatoren nadat het programma gerealiseerd is?

In de eerste interimrapportage stonden de twee eerste stappen centraal: in hoeverre zijn de beoogde maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ op het moment van rapportage 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 tijdens de nulmeting in de vijf regio's, waar casestudies plaats vonden, kwam aan de orde.

#### **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),
- subsidie voor incidentele lokale projecten.

Tot de eerste soort behoren de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW en de Consultatieregeling. De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is bedoeld om de capaciteitstekorten bij het AMW weg te werken; de Consultatieregeling heeft tot doel 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, een project gericht op het stimuleren van de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijns GGZ.

Elk van de genoemde maatregelen en projecten zijn beschreven in hoofdstuk drie van de eerste interimrapportage, waarbij tevens ingegaan is op zowel de inzet ervan als op de stand van zaken anno voorjaar 2002. Een update van deze stand van zaken anno februari '03 komt in het voor u liggende rapport aan de orde (hoofdstuk 3).

Het bleek vorig jaar dat bijna alle gemeenten in Nederland gebruik maakten van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW: 90% had een subsidie-aanvraag ingediend. De verwachte capaciteitsuitbreiding van uitvoerend AMW als gevolg van de regeling lag rond de 20%. De bestedingsdoelen waren voor het grootste deel capaciteitsuitbreiding, maar daarnaast was de subsidie ook ingezet voor andere AMW-activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Hoewel met de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel werd beoogd om een door VWS opgestelde capaciteitsnorm voor uitvoerend AMW te bereiken, verwachtten we vorig jaar dat deze slechts door maximaal 25% van de gemeenten gehaald zou worden.

Uit de beschrijving van de Consultatieregeling bleek dat deze in maart 2002 in volle gang was: het beschikbare geld werd vrijwel volledig besteed: de consultatieve activiteiten waren sterk toegenomen ten opzichte van de periode vóór de regeling. Op het moment van rapportage liepen er 112 consultatieprojecten vanuit de consultatieregeling. De meeste projecten richtten zich op huisartsen. Het AMW en de eerstelijnspsychologen waren in resp. 67% en 24% van de projecten betrokken, maar het aantal consultaties waarbij zij zijn betrokken was laag vergeleken bij de consultaties die door huisartsen waren aangevraagd.

Ook op het gebied van samenwerking tussen de beroepsgroepen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen werden veel activiteiten gemeld. Een deel van de gelden die de drie koepelorganisaties hadden gekregen voor kwaliteitsprogramma's binnen hun eigen discipline werd besteed aan het gezamenlijke project Korte Lijnen. Er waren in maart 2002 in vier regio's experimenten gestart om daar tot een model voor een effectieve samenwerkingsstructuur tussen de drie beroepsgroepen te komen.

Binnen elk van de drie eerstelijns GGZ-beroepsgroepen werden 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 had 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 droeg het AMW bij aan de ontwikkeling van een kennisstelsel die de onderlinge samenwerking in de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van het zorgaanbod moet stimuleren. Tenslotte was men bezig met de verdere ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem voor alle AMW-organisaties. De koepelorganisatie van eerstelijnspsychologen hield 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 werd als basis voor een goed en gezamenlijk kwaliteitsbeleid gewerkt aan de structuur en organisatie van eerstelijnspsychologen.

Het onderzoek naar verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen was in maart 2002 ook van start gegaan. Onderzocht wordt of vergoeding van hulp door een eerstelijnspsycholoog via het ziekenfonds leidt tot meer doorverwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog door huisartsen.

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 was men bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsmateriaal, zoals cursussen voor deskundigheidsbevordering en voorlichtingsmateriaal. Bovendien werd een opleiding voor huisartsen op GGZ-gebied ontwikkeld.

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

Concluderend stelden we een jaar geleden vast dat in het hele land frequent gebruik gemaakt werd van de door VWS ingezette maatregelen, en dat er veel initiatieven ontplooid waren voor het bevorderen van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en de kwaliteit van de eerstelijns GGZ.

### **De eerstelijns GGZ vóór de invoering van versterkende maatregelen**

In de rapportage van maart 2002 werd 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 (binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ)
- patiëntenstromen (binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ)
- hulpverlening

#### *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 bleek dat de meeste gemeenten in 2000 een capaciteit hadden van 0,5-0,8 fte AMW per 6000 inwoners, waar door het AMW zelf 1 fte per 6000 inwoners wenselijk geacht wordt. De capaciteit is toegenomen tussen 1998 en 2001. Kleinere gemeenten en niet-tot-weinig-stedelijke gebieden bleken vaker aan de capaciteitsnorm te voldoen dan grotere gemeenten en verstedelijkte gebieden. Op instellingsniveau bleek 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 behandelingsmogelijkheden 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 (Visscher et al. 2002) en eventuele veranderingen in dit opzicht zullen door het NIVEL in de nameting worden meegenomen.

#### *Deskundigheidsbevordering*

Bij de huisartsen stond nascholing op het gebied van de GGZ hoog op de agenda: bijna alle huisartsen hadden tussen 1999 en 2001 nascholing gevolgd met betrekking tot dit thema. De meeste huisartsen besteedden hieraan 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 periode 2001-2003 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.

Bij- en nascholing op het gebied van psychosociale problematiek had ook hoge prioriteit bij het uitvoerend AMW in 2000. Psychosociale problematiek werd 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 werd. 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. Daaraan werd gemiddeld 4 dagen besteed. Per instelling was een derde deel van de uitvoerend AMW-ers betrokken bij de activiteiten. Gegevens over deskundigheidsbevordering door eerstelijnspsychologen ontbraken nog ten tijde van de eerste interimrapportage, maar komen in deze tweede interim rapportage aan de orde (hoofdstuk 5).

#### *Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ*

*Huisartsen:* De bekendheid van de huisarts met eerstelijnspsychologen en het AMW was ongeveer gelijk voor zaken als intakeprocedure en hulpverleningsaanbod. Van de ondervraagde huisartsen was 63-86% op die punten bekend met het AMW, 64-79% was op die punten bekend met eerstelijnspsycholoog. De samenwerking met AMW lijkt in de loop van de jaren wat aan erosie onderhevig: vanuit het AMW werd volgens de huisartsen zelden gerapporteerd over diverse stadia van hulpverlening, en de kwaliteit werd ook als

onvoldoende beoordeeld. De frequentie en kwaliteit van de berichtgeving door eerstelijnspsychologen was beduidend beter. Meer dan tweederde van de huisartsen had tenminste incidenteel overleg met het AMW of een eerstelijnspsycholoog. Dit overleg had vooral betrekking op diagnose, behandeling en verwijzingen. Met het AMW hadden huisartsen meer contact over samenwerking dan met de eerstelijnspsycholoog. Dit overleg ging vooral over taakafbakening en verwijzingen, en komt veel voor in gezondheidscentra. De kwaliteit van het overleg met AMW en eerstelijnspsychologen werd door huisartsen als voldoende beoordeeld door huisartsen.

*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 niet-structurele samenwerkingsvormen ook georganiseerde samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners. Tweederde deel 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 ging het vooral om structurele aspecten van samenwerking en cliënt-overstijgende inhoudelijke zaken. Op uitvoerend niveau was vooral incidenteel overleg met de ambulante GGZ. Er vond weinig overleg plaats met eerstelijnspsychologen. Op uitvoerend niveau bestond voornamelijk regulier overleg met huisartsen; hierbij werd meestal over afzonderlijke cliënten gesproken. Overleg met ambulante GGZ-instellingen en eerstelijnspsychologen was er slechts incidenteel. Als instellingen meededen aan een samenwerkingsvorm in projectverband, dan betrof dit in het algemeen samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de vorm van consultatie.

### *Samenwerking met de tweedelijns GGZ*

De samenwerking tussen huisartsen en de ambulante GGZ lijkt in de loop van de jaren te zijn verbeterd: huisartsen waren bij de voormeting in de meeste opzichten het best op de hoogte van de gang van zaken bij de ambulante GGZ in vergelijking tot psychiatrie, vrijevestigden en de verslavingszorg. Iets meer dan de helft van de huisartsen was hiervan op de hoogte, terwijl niet meer dan 37-40% op de hoogte was van de hulpverlening van psychiatrie, vrijevestigden (psychologen, psychiaters/psychotherapeuten) en de verslavingszorg. Berichtgeving omtrent diverse stadia van de hulpverlening geschiedde het meest frequent door ambulante GGZ-instellingen en psychiatrische poliklinieken. De vrijevestigden en de verslavingszorg bleven hier duidelijk bij achter, maar de kwaliteit van de berichtgeving van deze instellingen werd wel als goed beoordeeld. De vrijevestigden werden 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 met betrekking tot de situatie

**voor** de versterkende maatregelen van kracht werden. De samenwerking binnen de eerstelijns verliep het beste tussen huisartsen en het AMW, gevolgd door de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Er was weinig samenwerking tussen het AMW en eerstelijnspsychologen. Op het gebied van samenwerking met de tweede lijn bleken huisartsen het beste samen te werken met de ambulante GGZ, in die zin dat ze het beste op de hoogte waren van de gang van zaken en berichtgeving over de hulpverlening. Ook AMW-instellingen hadden op management-niveau regulier overleg met de ambulante GGZ-instellingen, maar (nog) niet op uitvoerend niveau.

#### *Verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ*

*Huisarts:* De belangrijkste verwijzer binnen de eerstelijns was de huisarts. Naar schatting werden er door de huisarts ongeveer 17 per 1000 ingeschreven patiënten verwezen naar de eerstelijns (ongeveer evenveel naar het AMW als naar de eerstelijnspsycholoog). Het AMW en de eerstelijnspsychologen kregen de ‘lichtere gevallen’, zoals psychosociale problemen op het gebied van werk en relaties, en overspannenheid. Het AMW werd het meest ingeschakeld omdat de huisarts geen tijd heeft om de klachten van de betreffende patiënt te behandelen; de eerstelijnspsycholoog werd vooral vanwege gebrek aan deskundigheid van huisartsen ingeschakeld.

*AMW:* Het grootste deel van de AMW-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. Verwijzingen van eerstelijnspsycholoog naar AMW kwamen weinig voor.

*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.

Uit de voormeting bleek dat patiëntenstromen vanuit de huisarts naar het AMW en de eerstelijnspsychologen goed verliepen; tussen AMW en eerstelijnspsychologen wordt weinig verwezen.

#### *Verwijsstromen van eerste- naar tweedelijns GGZ*

*Huisarts:* Naar schatting werden er ongeveer 17 per 1000 naar de gespecialiseerde GGZ en verslavingszorg verwezen. Hiervan namen 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 ging naar de psychiatrie; de ambulante GGZ, psychiatrie en vrijgevestigden werden vooral vanwege gebrek aan deskundigheid van huisartsen ingeschakeld.

*AMW:* Doorverwijzing geschiedde in 1999 in 27% van de gevallen. Hiervan werd eenderde deel naar een GGZ-instelling (waaronder eerstelijnspsycholoog) doorverwezen, oftewel 9% van het totale aantal cliënten.

*Eerstelijnspsycholoog:* Vanuit de eerstelijnspsycholoog werd 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.

Patiëntenstromen naar de tweede lijn liepen vooral in de richting van ambulante GGZ-



instellingen. Alleen de eerstelijnspsycholoog verwees vaker naar een psychiater/psychotherapeut dan naar een ambulante GGZ-instelling.

Uit de gegevens van patiëntenstromen kan met betrekking tot de voormeting het volgende geconcludeerd worden: binnen de eerstelijns leken patiëntenstromen vanuit de huisarts naar het AMW en de eerstelijnspsychologen wel goed te verlopen, maar een patiëntenstroom tussen AMW en eerstelijnspsychologen was nauwelijks aanwezig. Patiëntenstromen naar de tweede lijn liepen vooral in de richting van ambulante GGZ-instellingen. Alleen de eerstelijnspsycholoog verwees vaker naar een psychiater/psychotherapeut dan naar een ambulante GGZ-instelling.

### *Hulpverlening*

*AMW:* De hulpverleningsgegevens van het AMW gaven inzicht in de caseload van uitvoerend AMW-ers voordat de versterkende maatregelen van kracht werden. Een fte uitvoerend AMW had in 1999 een caseload van 111 hulpverleningseenheden (bijv. een cliënt, een echtpaar, of ouder(s) met kind(eren)). De wachttijd vanaf het moment dat een cliënt zich aanmeldde tot het moment dat de hulpverlening kon starten was gemiddeld 24 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 samenwonend met partner en kind(eren) 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 hulpverleningseenheid lag gemiddeld op 7,5. Dit houdt in dat de frequentie van de hulpverlening gemiddeld ongeveer éénmaal per drie weken is.

*Eerstelijnspsycholoog:* 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 12 dagen, waarbij 91% 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, ongeveer één vijfde deel was alleenstaand. Het opleidingsniveau was 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 15, 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 ontbraken vorig jaar nog. Deze zijn over het eerste kwartaal van 2001 verzameld in het kader van de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk, en worden in deze rapportage gepresenteerd.

Wanneer de hulpverleningskenmerken tussen het AMW en de eerstelijnspsychologen vergeleken worden, voordat er sprake was van versterkende maatregelen, kan het volgende geconcludeerd worden. Het percentage autochtone cliënten lag bij het AMW iets lager dan bij eerstelijnspsychologen, maar qua leeftijd en geslacht kwamen beide populaties overeen. De disciplines hadden te maken met vergelijkbare problematiek voor zover deze GGZ-gerelateerd is. De wachttijd bij een eerstelijnspsycholoog was korter dan bij het AMW, de hoeveelheid contacten met een cliënt was bij de eerstelijnspsycholoog bijna dubbel zo groot. Ook de frequentie van de hulpverlening lag 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, waren deze voormetingen pas in drie van de vijf regio's afgerond en beschreven. Enige voorlopige conclusies inzake met name de samenwerking tussen eerstelijnspartijen en tussen eerstelijns GGZ en gespecialiseerde GGZ in deze drie regio's dienden zich voorzichtig aan.

Voordat er sprake was van versterkende maatregelen, was samenwerking min of meer identiek aan samenwerking rond verwezen patiënten. Deze kreeg 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 was er, in de zin van een verwijsrelatie, altijd wel tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ. In twee van de drie gevallen stemden AMW en GGZ activiteiten op elkaar af of deden ze die gezamenlijk. De eerstelijnspsychologen leken in de tot nu toe onderzochte casus een vrij geïsoleerde positie te hebben ten opzichte van de gespecialiseerde GGZ.

Op beleidsniveau leken er nogal wat verschillen te zijn tussen de tot nu toe beschreven regio's, waarin in twee gevallen geen overleg en afstemming plaats vond tussen partijen, in een ander geval diverse initiatieven bestonden en ook stimuleringsgelden AMW, Diabologelden, en consultatieprojecten genoemd werden om dat overleg en afstemming meer gestalte te geven.

De rapportage over de voormeting van de regionale casestudies is thans volledig, en wordt in dit tweede interimrapport integraal weergegeven (hoofdstuk 7).

## **1.4 Inhoud van de huidige rapportage**

Deze tweede interimrapportage heeft een beetje het karakter van een aantal capita selecta, die alleen in het grotere onderzoeksdesign een onderlinge samenhang hebben. We zien er daarom vanaf om een algemeen methode hoofdstuk te geven. Ieder hoofdstuk bevat een

eigen methodische verantwoording, waardoor ze alle los van elkaar te lezen zijn. In hoofdstuk 2 wordt een samenvatting gegeven van ieder hoofdstuk..

In het kader van de constante monitoring van de effectuering van de diverse versterkende maatregelen (betreffende de vraag naar **de realisatie van het programma**) wordt in hoofdstuk 3 een update gegeven van de stand van zaken op het gebied van de diverse maatregelen van VWS.

Zoals uit de samenvatting van de eerste interimrapportage bleek, ontbraken nog enige elementen aan de **voormeting** van de landelijke programma-evaluatie en de regionale casus beschrijving. Deze ontbrekende delen betreffen de hulpverlening op GGZ-gebied door de huisarts, een aantal gegevens omtrent de eerstelijnspsycholoog (samenwerking en deskundigheidsbevordering) die niet opgenomen waren in de enquête van 1998 waar we uit putten, en de nog ontbrekende case-studies in de laatste twee regio's die SGBO onderzocht heeft. Gegevens over de hulpverlening door de huisarts ten tijde van de voormeting leiden we af uit de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk en worden besproken in hoofdstuk 4. Gegevens omtrent samenwerking en deskundigheidsbevordering anno 2000 van eerstelijnspsychologen zijn retrospectief nagevraagd in de enquête onder deze beroepsgroep die we najaar 2002 hebben afgenomen. De resultaten staan in hoofdstuk 5. De integrale rapportage van de voormeting van de casestudies op regionaal gebied komt in hoofdstuk 7 aan de orde. De proces-evaluatie op lokaal niveau is het afgelopen jaar ook gestart door het Trimbos-instituut. De situatie die als voormeting wordt beschouwd wordt geschetst in hoofdstuk 8.

Nu alle elementen uit de voormeting verzameld zijn, is het ons mogelijk om een meer integrale analyse te maken van de situatie op het gebied van de eerstelijns GGZ voorafgaand of tijdens de startfase van de versterkende maatregelen. We brengen de verschillende elementen met elkaar in verband door per regio (Districts Huisartsen Vereniging) te bezien hoe deze regio's er voor stonden wat betreft capaciteit aan eerstelijns GGZ, deskundigheid, samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ en binnen de eerstelijns en verwijfsstromen. Deze regionale analyse staat in hoofdstuk 6.

Op het gebied van de **nameting** zijn de eerste resultaten te melden. De enquête die in het najaar van 2002 onder eerstelijnspsychologen werd afgenomen moet als nameting opgevat worden. Hoewel dit erg vroeg is, gezien de mate waarin diverse maatregelen geëffectueerd zijn (de eerstelijnspsycholoog is nog steeds niet voor iedere ziekenfondsverzekerde betaalbaar), was het om redenen van onderzoekslogistiek niet mogelijk om de meting later te laten geschieden. De resultaten staan in hoofdstuk 5.

Ten slotte is de verslaglegging van het lokale project te Harlingen, dat weliswaar geen onderdeel van ons evaluatieprogramma uitmaakt maar wel zeer verwante informatie oplevert, in een bijlage gegeven. In dit geval is er sprake van een integrale rapportage van **voormeting, interventie en nameting**.

In hoofdstuk 9 komen we tot een min of meer integrale beschouwing over de knelpunten die in de voormeting aan het licht zijn gebracht en de voorgedragen oplossingen. Deze

beschouwing zal ook richting moeten geven aan de planning van de analyses ten behoeve van de eindrapportage, waarin de situatie na invoering van de stimulerende maatregelen vergeleken wordt met de situatie daarvoor.

Op basis van het evaluatie-onderzoek zullen we in de eindrapportage conclusies trekken over veranderingen die zijn opgetreden in de periode tussen 2001 en 2003. Ook zullen we de realisatie van de diverse stimulerende maatregelen tot eind 2003 nauwkeurig in kaart brengen. We willen er bij voorbaat op wijzen dat de verwachting is dat realisatie van de maatregelen zo laat gestalte zal krijgen dat het effect in 2003 nog niet meetbaar zal blijken. Het is aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen om de in het onderzoek gevonden resultaten in die context te interpreteren.

## 2 Samenvatting

### 2.1 Inleiding

In de eerste interim rapportage van het onderzoek “Evaluatie versterking eerstelijns GGZ” is verslag gedaan van de voormeting met betrekking tot een aantal indicatoren voor een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ (huisartsen, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen). Deze indicatoren zijn onder te verdelen in directe en indirecte indicatoren. Directe indicatoren geven een rechtstreeks effect van de versterkende maatregelen weer, indirecte indicatoren geven de mate weer waarin het einddoel is bereikt. Directe indicatoren zijn: capaciteitstoename van het AMW en eerstelijnspsychologen, deskundigheidsbevordering van de eerstelijns op het gebied van de GGZ, verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en verbeterde samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Indirecte indicatoren zijn: toegenomen verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en afgenomen verwijsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ. In de eerste interim rapportage is verslag gedaan van de voormeting met betrekking tot de genoemde indicatoren. Daarbij ontbraken echter nog enkele voormetingsgegevens:

- deskundigheidsbevordering eerstelijnspsychologen
- samenwerking van eerstelijnspsychologen binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ
- GGZ-hulpverlening in de huisartspraktijk

In deze tweede interim rapportage is verslag gedaan van de resultaten van deze ontbrekende voormetingsgegevens (hoofdstuk 4 en 5). Bovendien is voor eerstelijnspsychologen de stand van zaken in 2002 beschreven, welke beschouwd wordt als een nameting (hoofdstuk 5). Tevens is een update gegeven van de stand van zaken op het gebied van de versterkende maatregelen van VWS (hoofdstuk 3). Ook zijn de voormetingsgegevens uit de eerste interim rapportage geanalyseerd op regionaal niveau (hoofdstuk 6). Verder is gerapporteerd over de regionale case-studies over samenwerking op beleidsmatig niveau (hoofdstuk 7) en op hulpverleningsniveau (hoofdstuk 8). Tenslotte bestaat hoofdstuk 9 uit een beschouwing waarin knelpunten in de eerstelijns GGZ in de startfase van de maatregelen besproken worden en de rol van de versterkende maatregelen hierbij. Hieronder is de inhoud van de genoemde hoofdstukken samengevat.

### 2.2 Hoofdstuk 3: Stand van zaken met betrekking tot de versterkende maatregelen

Met betrekking tot *Stimuleringsregeling voor het AMW* heeft VWS gemeenten de mogelijkheid geboden om een tussentijdse bijstelling van de subsidie aan te vragen. Slechts weinig gemeenten blijken verminderd gebruik te willen maken van de regeling.

Er is veel meer extra uitbreiding gevraagd dan er is ingeleverd. Er is blijkbaar behoefte aan meer uitbreiding dan met behulp van de Stimuleringsmaatregel mogelijk is. Uit de tussentijdse evaluatie van de *Consultatieregeling* blijkt dat er sinds 2001 een stabiele situatie opgetreden is. Het aantal consultatieprojecten is iets toegenomen, van 112 projecten in 2001 naar 120 in 2002. De Consultatiegelden worden vooral gebruikt om de projecten die in 2001 al liepen voort te zetten. Ook voor wat betreft de inhoud van de projecten is er weinig veranderd. De meeste projecten richten zich nog steeds op huisartsen, alhoewel er wel een lichte toename is van het aantal projecten waar het AMW en eerstelijnspsychologen bij de consultaties betrokken zijn. De GGZ-verpleegkundige wordt nog steeds het meest ingezet als consultatiegever.

Ook met betrekking tot samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zijn de koepelorganisaties van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen nog steeds actief. De projecten die bij het *samenwerkingsconvenant* horen (Korte Lijnen en de kwaliteitsprojecten bij huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen) zetten hun activiteiten volgens plan voort en lopen op schema. De medewerking van het veld neemt toe en de activiteiten komen steeds beter van de grond. Hetzelfde geldt voor de activiteiten met betrekking tot samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Het aantal deelprojecten van het *Diaboloproject* is aanzienlijk toegenomen: van 4 geïmplementeerde samenwerkingsdeelprojecten in 2001 tot 15 in 2002. Het aantal voorwaardenscheppende deelprojecten is eveneens toegenomen: van 3 in 2001 tot 9 in 2002.

Tenslotte lag bij het onderzoek "*Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen*" het zwaartepunt in 2002. In het afgelopen jaar kwamen cliënten in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Dit is geheel volgens schema verlopen, hoewel niet alle betrokken eerstelijnspsychologen even actief waren in het aanleveren van de benodigde cliëntengegevens. Inmiddels zijn alle gegevens verzameld en zijn er oorlopige resultaten gepresenteerd.

Concluderend kan vastgesteld worden dat de initiatieven die ontplooid zijn voor het bevorderen van de samenwerking binnen en kwaliteit van de eerstelijns GGZ nog steeds in volle gang zijn. Het lijkt erop dat de door VWS ingezette maatregelen hun vruchten beginnen af te werpen en dat er meer betrokkenheid is van de doelgroepen. Echter, een groot deel van de activiteiten zal pas in de loop van 2003 plaatsvinden. De effecten hiervan kunnen niet in het evaluatie-onderzoek gemeten worden.

### **2.3 Hoofdstuk 4: GGZ-hulpverlening in de huisartspraktijk**

De gegevens over verwijsstromen vanuit de huisarts en GGZ-hulpverlening in de huisartspraktijk zijn afgeleid uit de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS2).

#### *Verwijsstromen*

Het aantal doorverwijzingen van patiënten met psychische en sociale problematiek is laag: 6% van de patiënten wordt doorverwezen naar een GGZ-hulpverlener. In driekwart van de gevallen betreft het een verwijzing naar de tweedelijns GGZ. De werkelijke verwijscijfers zijn hoger dan de geregistreerde verwijscijfers, in verband met een onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en eerstelijnspsychologen. Bij patiënten

in de diagnosecategorie depressie wordt het meest verwezen naar de psychiatrie, bij angst en sociale problematiek wordt naar alle categorieën behalve het AMW verwezen, en bij stress verwijst de huisarts vooral naar de eerstelijnspsycholoog en vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut. Bij slaapproblemen wordt heel weinig verwezen. Er is onderscheid tussen verwijzingen bij symptoomdiagnoses (lichtere problematiek) en ziektediagnoses (ernstige problematiek). Huisartsen blijken bij de symptoomdiagnoses ‘depressief gevoel’ en ‘stress’ even vaak te verwijzen als bij de ziektediagnoses ‘depressie’ en ‘surmenage’. Bij angst is dat niet het geval: bij angststoornissen wordt vaker verwezen dan bij de symptoomdiagnose ‘angstig, nerveus gevoel’.

### *GGZ-hulpverlening*

Als onderdeel van een sterke eerstelijns GGZ heeft de huisarts een GGZ-poortwachtersrol toebedeeld gekregen. De versterking van de eerstelijns GGZ mag niet de werkbelasting van de huisarts verhogen, want dit kan negatieve gevolgen hebben voor zijn GGZ-poortwachtersrol. Daarom is gekeken naar het aandeel van GGZ-problematiek in de huisartspraktijk op de voormeting. Bij de nameting (eindrapportage 2004) wordt onderzocht of dat aandeel toegenomen is. Er is gekeken naar: welke psychische en sociale problemen voorkomen in de huisartsenpraktijk, hoe huisartsen omgaan met het voorschrijven van medicatie bij GGZ-problematiek en hoe de werkbelasting bij GGZ-problematiek is ten opzichte van somatische diagnoses.

Psychische en sociale problemen maken ongeveer 8% uit van het probleem aanbod bij de huisarts. De belangrijkste hiervan betreffen depressie, angst, stress/overspannenheid, slapeloosheid, relatieproblemen en werkproblemen. Contacten betreffende ernstige psychiatrische stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, psychosen en schizofrenie komen slechts sporadisch voor. Ook somatische problemen kunnen een psychische component hebben: dit is bij gemiddeld 20-30% van de consulten het geval. Vaak worden psychofarmaca (anti-depressiva, anxiolytica en hypnotica/sedativa) voorgeschreven, gemiddeld in 54% van patiënten met psychische of sociale problemen. Psychofarmaca worden bij angst en depressie bijna even vaak voorgeschreven bij symptomen (angstig of depressief gevoel) als bij diagnoses (“angststoornis” of “depressie”).

De duur van een consult bij psychische en somatische problematiek is gemiddeld 2 keer zo lang als een somatisch consult: bijna 20 minuten in plaats van de gebruikelijke 10 minuten. Ongeveer een vijfde van de huisartsen heeft extra ondersteuning op het gebied van GGZ-hulp. Patiënten met psychische en sociale problematiek bezoeken de huisarts ruim anderhalf keer zo vaak als patiënten met een andere diagnose, te weten iets meer dan 3 keer in een kwartaal. Ze komen met gemiddeld bijna 4 verschillende problemen, terwijl dit aantal bij ‘somatische’ patiënten ongeveer 2 is. Ook komen ze vaker voor hetzelfde probleem bij de huisarts: ruim anderhalf keer in plaats van 1,3 keer. Patiënten met een diagnose in de categorie slaapproblemen hebben het vaakst contact met een huisarts, namelijk bijna 5 keer in een kwartaal. Dit kan voor de slaapproblemen zijn, maar ook voor andere klachten. Patiënten met een diagnose depressie of angst hebben iets meer dan 4 keer in een kwartaal contact met de huisarts; bij patiënten met stress of sociale problemen is dat aantal lager. Binnen de groep patiënten met psychische en sociale problemen komen patiënten met depressie het vaakst voor hetzelfde probleem naar de huisarts; patiënten met sociale problemen het minst vaak.

Geconcludeerd wordt dat de meeste patiënten met psychische problemen die zich bij de huisarts aanmelden daar ook thuishoren. Deze relatief kleine groep vormt echter wel een relatief zware belasting voor de huisarts, zowel feitelijk als in subjectieve zin. Daarnaast bestaat de indruk dat patiënten met een diagnose als angst of depressie die in principe door de huisarts behandeld kan worden relatief weinig verwezen worden. Wanneer deze patiënten wel verwezen worden is er weinig differentiatie tussen patiënten met relatief lichtere en patiënten met relatief ernstige problematiek. Men zou verwachten dat de eerste groep in principe in de eerstelijns behandeld zou kunnen worden. Bovendien valt op dat patiënten met depressiviteitsklachten voornamelijk met medicatie behandeld worden, terwijl richtlijnen in eerste instantie een zekere terughoudendheid in deze aanbevelen.

## **2.4 Hoofdstuk 5: De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ**

In dit hoofdstuk wordt ten eerste de ontbrekende informatie van de voormeting aangevuld, dus de stand van zaken bij eerstelijnspsychologen op het gebied van deskundigheidsbevordering en samenwerking. Ten tweede is de stand van zaken op een tweede meting van alle directe en indirecte indicatoren weergegeven. Voor de evaluatiestudie wordt deze tweede meting beschouwd als een nameting. De gegevens zijn verzameld door middel van een enquête die het NIVEL in de periode tussen september en december 2002 heeft gehouden onder eerstelijnspsychologen.

### *Capaciteit*

*Ontwikkelingen:* Het aantal eerstelijnspsychologen is ten opzichte van 1998 toegenomen van 4,8 naar 6,2 per 100.000 inwoners. Blijkbaar is de vraag naar hulp door een eerstelijnspsycholoog zodanig dat het voor nieuwe eerstelijnspsychologen aantrekkelijk blijft om zich te vestigen.

### *Deskundigheidsbevordering*

*Situatie in 2002:* Bij- en nascholing vormt een vanzelfsprekend onderdeel van de functie van eerstelijnspsycholoog, niet alleen in de vorm van cursussen, maar ook in de vorm van opleidingen, intervisie en supervisie. Bijna alle respondenten hebben de afgelopen twee jaar bij- of nascholing gevolgd; gemiddeld besteedden ze daar anderhalf uur per week aan. Omgerekend in dagen was dit gemiddeld ongeveer 10 dagen per jaar. Veel voorkomende thema's waren diagnostiek m.b.v. psychologische tests en vragenlijsten, en systeemtheorieën. Probleemgebieden die het vaakst aan de orde kwamen waren onder meer depressiviteitsklachten, burnoutklachten, relatieproblemen, trauma/rouw/scheiding en fobieën/angsten. Van de 3 eerstelijns GGZ-disciplines besteden eerstelijnspsychologen de meeste tijd aan bij- en nascholing op het gebied van de GGZ.

### *Samenwerking*

*Situatie in 2002:* Slechts een kwart van de eerstelijnspsychologen ontvangt regelmatig een aanmeldingsbrief van de huisarts over doorverwezen patiënten. Er zijn weinig vaste afspraken gemaakt tussen eerstelijnspsychologen en het AMW over de berichtgeving over hulpverlening aan doorverwezen patiënten. De overlegfrequentie met huisartsen en



het AMW is voornamelijk incidenteel. Eerstelijnspsychologen overleggen vaker over patiënten dan over samenwerking.

*Ontwikkelingen:* Ten opzichte van het jaar 2000 is zowel de frequentie als de kwaliteit van het overleg met huisartsen en het AMW toegenomen. Ook zijn eerstelijnspsychologen beter bekend met verschillende hulpverleningsaspecten van het AMW dan twee jaar geleden. De kwaliteit van de berichtgeving van het AMW is echter nauwelijks toegenomen en blijft onvoldoende (rapportcijfer 4,3 in 2000 en 4,6 in 2002).

#### *Samenwerking met de tweedelijns GGZ*

*Situatie in 2002:* Net als binnen de eerstelijns GGZ wordt ook hier vooral overlegd over individuele cliënten, en veel minder over samenwerking. Eerstelijnspsychologen blijken het meest bekend te zijn met de ambulante GGZ. Ook van de hulpverlening van vrijgevestigden zijn ze redelijk op de hoogte.

Opvallend is dat eerstelijnspsychologen nog erg onbekend zijn met de hulpverlening door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Voor de verslavingszorg geldt hetzelfde. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat ze niet vaak te maken krijgen met verslavingsproblematiek, en dus niet vaak hoeven door te verwijzen naar de verslavingszorg. Met de tweedelijns GGZ zijn weinig afspraken gemaakt over berichtgeving m.b.t. hulpverlening aan doorverwezen cliënten, namelijk door niet meer dan een kwart van de respondenten. Echter, in de praktijk ontvangt de eerstelijnspsycholoog vaker bericht dan te verwachten zou zijn op basis van de afspraken. Er zijn dus niet altijd formele afspraken nodig om berichtgeving over de hulpverlening te ontvangen. De frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ is laag: slechts maximaal 13% van de eerstelijnspsychologen overlegt regelmatig met de ambulante GGZ, met de andere tweedelijnspartijen wordt nog minder overlegd.

*Ontwikkelingen:* Zowel de frequentie als de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ is de afgelopen twee jaar toegenomen.

#### *Verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen:* Er zijn geen veranderingen in verwijsstromen ten opzichte van de voormeting: cliënten komen voor meer dan tweederde deel via de huisarts bij een eerstelijnspsycholoog terecht. De rest komt voornamelijk op eigen initiatief; slechts 3% van de cliënten is doorverwezen via het AMW of de tweedelijns GGZ. Slechts een klein percentage (5%) van de cliënten wordt vanuit de eerstelijnspsycholoog doorverwezen naar het AMW.

#### *Verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ*

*Situatie in 2002:* 28% van de doorverwezen cliënten werd verwezen naar de ambulante GGZ en 20% naar de vrijgevestigde. Er was een grote restcategorie van verwijsbestemmingen, onder andere hersenletselteam fysiotherapie, herstellingsoord, psychiatrisch ziekenhuis en polikliniek psychiatrisch centrum. In 2002 werd 2% van de doorverwezen cliënten naar de verslavingszorg verwezen.

*Ontwikkelingen:* Er is een toename van het totaal aantal verwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog: in 1998 werd 7% van de cliënten doorverwezen, in 2002 was dit 11%. Het percentage verwijzingen naar het AMW is niet gewijzigd, het percentage

verwijzingen naar de ambulante GGZ of de vrijgevestigde is afgenomen. Uit de resultaten is echter niet af te leiden waar de extra doorverwijzingen naartoe zijn gegaan. Geconcludeerd wordt dat er sinds de invoering van de versterkende maatregelen een aantal ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Hulpverleners en cliënten lijken beter de weg naar de eerstelijnspsycholoog te vinden, de samenwerking met huisartsen en het AMW is verbeterd, er is een toename in frequentie en kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ, en de bekendheid van eerstelijnspsychologen met de SPV is toegenomen. Echter, ondanks deze positieve ontwikkelingen is de frequentie en kwaliteit van de samenwerking met huisartsen, AMW en tweedelijns GGZ nog niet optimaal, evenmin als de bekendheid met de verschillende GGZ-hulpverleners. Ook zijn er nog geen duidelijke aanwijzingen van afnemende verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, en is de verwijsstroom van AMW naar de eerstelijnspsycholoog niet toegenomen. Het is dus wenselijk om de samenwerking zowel binnen de eerstelijns GGZ als met de tweedelijns GGZ te blijven stimuleren.

## **2.5 Hoofdstuk 6: Regionale verschillen in de eerstelijns GGZ tijdens de voormeting**

De stand van zaken op het gebied van de eerstelijns GGZ tijdens de voormeting is op regionaal niveau onder de loep genomen. Daartoe zijn de voormetingsgegevens op het niveau van regio's (Districts Huisarts Verenigingen, ofwel DHV-en) in één databestand samengebracht. Er is gekeken naar regionale verschillen in activiteiten op het gebied van de versterkende maatregelen: de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW, de Consultatieregeling en verschillende samenwerkingsprojecten. Ook zijn regionale verschillen beschreven op de indicatoren capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijsstromen. Bovendien zijn de directe indicatoren (capaciteit en deskundigheidsbevordering) gecorrigeerd met de indirecte indicatoren (verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ).

### *Regionale verschillen in activiteiten in relatie tot indicatoren voor een sterke eerstelijns GGZ*

Uit de regionale analyse blijkt dat een aantal regio's op meerdere manieren actief bezig zijn op het gebied van versterking EGGZ: Noord Brabant NO, Den Haag en omstreken, Rotterdam en omstreken, Westland/Schieland/Delfland, en Kennemerland/Haarlemmermeer.

Met name in *Noord Brabant NO* gebeurt veel op het gebied van versterking van de eerstelijns GGZ. Deze regio maakt vergeleken met de andere regio's meer gebruik van de Consultatieregeling. Ook is hier het percentage AMW en eerstelijnspsychologen als consultatievrager relatief hoog, en hebben huisartsen meer uren dan gemiddeld besteed aan nascholing op het gebied van de GGZ. Bovendien loopt hier het samenwerkingsproject Korte Lijnen en het project "Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen". In deze regio zijn dus gezien de hoeveelheid activiteiten veel veranderingen te verwachten in de mate van samenwerking en in de verwijsstromen. Ook in de regio *Den Haag en omstreken* is men actief op het gebied van maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ. Hier wordt veel gebruik gemaakt van de Consultatieregeling en er liep eind 2001 een Diabolo-deelproject. Beide activiteiten

hebben betrekking op het stimuleren van de samenwerking tussen eerste- en de tweedelijns GGZ. De regio's *Rotterdam en omstreken* en *Stedendriehoek* zijn actief op het gebied van samenwerking via een Diabolo-deelproject. Ook wordt er in Rotterdam e.o. gewerkt aan de samenwerking met de tweedelijns GGZ via de Consultatieregeling. In *Westland/Schieland/Delfland* werkt men aan het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ via het project Korte Lijnen en een Diabolo-deelproject. In de regio's *Kennemerland/Haarlemmermeer* en *Limburg* tenslotte is men bezig met het stimuleren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ via het project Korte Lijnen.

Geconcludeerd wordt dat regio's die actief zijn op het gebied van maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ ten tijde van de voormeting al goed of beter dan gemiddeld samen te werken. Het is bij deze regio's dus moeilijk om effecten van de maatregelen op de samenwerking aan te tonen via de gekozen indicatoren. Bij de eindrapportage moet hiermee rekening gehouden worden door onder andere op gedetailleerder niveau de effecten van samenwerkingsprojecten op regionaal niveau te evalueren. Een verbeterde onderlinge samenwerking kan de drempel verlagen om meer patiënten binnen de eerstelijns GGZ te verwijzen in plaats van naar de tweedelijns GGZ. Waar een verbetering in de samenwerking bij de nameting moeilijk zal zijn aan te tonen, geldt dit niet voor veranderingen in verwijsstromen. Met name het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ blijkt in de meeste regio's relatief hoog te zijn. De verwachting is dat in deze regio's het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ zal toenemen onder invloed van het project Korte Lijnen, het project Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en de Diabolo-deelprojecten, terwijl tegelijkertijd het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ zal afnemen.

#### *Correlatie tussen directe en indirecte indicatoren voor een sterke eerstelijns GGZ*

Er is geen verband gevonden op de voormetingsgegevens tussen directe indicatoren (capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking) en indirecte indicatoren (verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ). Verklaringen hiervoor liggen vooral in de gekozen maten, de mogelijkheid dat de samenvattende maat voor samenwerking te grof is en het kleine aantal regio's waarop de correlatie gebaseerd is.

## **2.6 Hoofdstuk 7: Regionale casestudies op beleidsmatig niveau**

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van de bevindingen van het onderzoek naar de beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau, dat door SGBO is uitgevoerd. In vijf zorgregio's wordt de samenwerking tussen partijen in de eerstelijns GGZ (huisartsen, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijns psychologen), de tweedelijns GGZ, de gemeente(n) en het zorgkantoor onderzocht. De vijf casestudies zijn uitgevoerd in de periode augustus 2001 tot en met mei 2002. Omdat de start van de casestudies door omstandigheden is vertraagd, is de rapportage van dit deelonderzoek later dan gepland opgeleverd. In de tweede helft van 2003 worden de casestudies in dezelfde vijf regio's herhaald om te kijken welke ontwikkelingen zich verder in de samenwerking tussen de verschillende partijen hebben voorgedaan in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ.

Algemeen kan gesteld worden dat ten tijde van de voormeting de meeste partijen, ongeacht de regio, positief tegenover het programma Versterking eerstelijns GGZ en het doel van een sterkere eerstelijns GGZ staan. Nagenoeg geen enkele partij heeft overzicht over het totale programma van VWS. De partijen werken op verschillende schalen. Er is geen samenwerking op beleidsniveau in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ en de samenwerking is niet geprotocolleerd. De contacten zijn ad hoc, gebaseerd op persoonlijke ervaringen en relaties en vaak cliëntgebonden (op uitvoeringsniveau). Door de activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ worden de verschillende partijen tot samenwerking gebracht. Hoe meer initiatieven, hoe meer de partijen elkaar tegenkomen. De partijen hebben alleen zicht en voelen zich alleen betrokken bij de maatregelen waarmee ze zelf te maken hebben. Van de overige maatregelen weet men vaak het bestaan niet eens, laat staan dat men zich geroepen voelt de hele zaak aan te sturen. Dit betekent dus dat er geen *aansturing* plaatsvindt (en niet *kan* plaatsvinden) op de doelen van het programma van VWS. Er zijn een aantal factoren die door de gesprekpartners in de verschillende regio's genoemd worden als oorzaken hiervan:

- Verschillende financieringsstromen (hierdoor voelt men zich alleen verantwoordelijk voor het deel waarvoor men de financiering ontvangt). Kortom, de verschillende financieringsstromen staan een integrale benadering en samenwerking in de weg.
- Een aantal partijen krijgt geen vergoeding voor overleg: eerstelijns psychologen, huisartsen en GGZ-specialisten moeten dit in eigen tijd doen. Dit wordt door deze partijen als een probleem ervaren, ook vanwege het feit dat de werkdruk hoog is.
- Ontbreken van een gezamenlijk gedragen visie. Het vormt de basis van een goede beleidsmatige samenwerking ten einde te komen tot de doelstelling van het programma van VWS, namelijk een versterking van de eerstelijns GGZ.
- Een aantal partijen zien het nut van beleidsmatige samenwerking niet in

Er kan niet gesteld worden dat de ene regio veel verder is in de (beleidsmatige) samenwerking dan de andere cases. Het is wel een feit dat de cases waar meer initiatieven en projecten lopen, de verschillende partijen elkaar meer tegenkomen, maar op dit moment geeft dat nog geen zekerheid voor een voorsprong op (beleidsmatige) samenwerking wanneer de projecten mochten wegvallen.

Ook maken diverse partijen zich zorgen wat er zal gebeuren als de extra middelen ophouden.

## 2.7 Hoofdstuk 8: Regionale casestudies op hulpverleningsniveau

Dit hoofdstuk beoogt inzicht te geven in de strategieën en interventies die in de praktijk worden ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken. Het betreft een deelonderzoek waarbij gedurende twee jaar de ontwikkelingen binnen vier verschillende projecten die als algemene doelstelling de versterking van de eerstelijns GGZ hebben, te volgen en met elkaar te vergelijken. Drie hoofdvragen staan daarbij centraal: welke doelen worden voor de projecten geformuleerd en in hoeverre worden deze doelen gerealiseerd; in welke mate worden de landelijk geformuleerde doelen inzake versterking van de eerstelijns GGZ gerealiseerd; welke patiënten bereiken deze projecten; welke processen maken deze projecten door (wat zijn de ingezette middelen; wat zijn bevorderende dan wel belemmerende factoren)? In vergelijking met de andere deelonderzoeken die door het NIVEL en SGBO worden uitgevoerd, is in dit deelonderzoek een belangrijke plaats ingeruimd voor de ervaringen van de hulpverleners en patiënten zelf met de interventies ter versterking van de eerstelijns GGZ. De voor dit onderzoek geselecteerde projecten worden uitgevoerd in de (zorg)regio's die in het SGBO-deel van het evaluatie-onderzoek (hoofdstuk 7) worden onderzocht. De resultaten hebben betrekking op de eerste onderzoeksfase: een periodieke monitor van gegevens binnen de vier projecten over verwijstroom en over kenmerken van die patiënten voor wie samenwerking met of consultatie van andere eerstelijns hulpverleners of tweedelijns GGZ is gezocht, schriftelijk materiaal over de geselecteerde projecten en 47 diepte-interviews met sleutelfiguren in deze projecten.

De vier projecten vertonen in verschillende opzichten sterke overeenkomsten. Met betrekking tot de doelstelling willen de vier projecten volgens de projectplannen een snelle en adequate doorverwijzing van patiënten realiseren, het doorverwijzingsproces naar de gespecialiseerde GGZ bekorten en de drempel naar de GGZ verlagen. Ook wil men in het kader van de projecten de hulpverleners in de eerste lijn zoveel mogelijk ondersteunen alsmede hun deskundigheid ten aanzien van psychische en psychiatrische problematiek bevorderen. In drie van de vier projecten worden deze doelen in het brede kader van vermaatschappelijking van de GGZ geplaatst. Het lijkt er dan vooral om te gaan dat de gespecialiseerde GGZ uit haar ivoren toren treedt en haar aanbod afstemt op de vraag naar ondersteuning en zorg op het terrein van de GGZ binnen de eerste lijn. Voor één van deze drie projecten vormt de verbetering van de concurrentiepositie op de GGZ-markt een aanvullend kader waarbinnen het consultatieproject vorm krijgt. Het vierde project (project II) heeft primair een snelle en adequate hulpverlening op het oog. Dit project wijkt in verschillende opzichten af van de andere projecten. In tegenstelling tot de andere drie projecten streeft dit project geen groei na. Met betrekking tot de implementatiestrategie wordt in dit project van onderaf vormgegeven aan de versterking van de eerste lijn. De huisartsen zijn de initiatiefnemers, terwijl in de andere drie projecten een GGZ-instelling initiator is.

Ook de volgens het projectplan ingezette middelen geven vooral overeenkomsten te zien en een paar verschillen. In alle vier de projecten geldt de inzet van een SPV in de eerste lijn als een belangrijk middel om de doelen te bereiken. In een project zet men daarnaast relatief veel psychiateren in de eerste lijn. De SPV-en kunnen consultatie en advies bieden en in twee van de vier projecten ook een kortdurende behandeling aanbieden. Men richt zich in alle projecten inmiddels niet alleen op de huisartsen, zoals aanvankelijk wel

gebeurde, maar ook, zij het in mindere mate, op het maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologen.

Kijken we naar de processen die de projecten doormaken, dan valt - op projectniveau - op dat de consultatieprojecten aanvankelijk vooral op de lagere niveaus van de organisatie invulling kregen, maar dat inmiddels de Raden van Bestuur van de GGZ-instellingen een groot gewicht toekennen aan deze consultatieprojecten. Dat blijkt een belangrijke bevorderende factor, onder meer in de groei van de projecten. Binnen de initiërende GGZ-instellingen van drie projecten is inmiddels, mede als gevolg van de consultatieprojecten, een ingrijpend en gecompliceerd proces in werking gezet waarin wordt vormgegeven aan de inhoudelijke en organisatorische inbedding van de consultatieprojecten in de organisatie.

Onder de geïnterviewde professionals nemen we over het algemeen instemming met en enthousiasme over het consultatieproject waar. Opvallend is dat de verschillende professionals de doelen van de versterking van de eerstelijns GGZ anders interpreteren en vooral andere verwachtingen hebben van de consultatieprojecten. In de analyse van de interviews hebben we ons uitsluitend gericht op het koppel huisarts-SPV. Uit die analyse blijkt dat huisartsen, als gevolg van een grote taakbelasting, graag taken willen delegeren aan de SPV-en. Zij beschouwen het werk van de SPV-en als aanvullend op de huisartsenzorg. Hoewel dienstverlening aan de huisarts in eerste instantie ook een belangrijk uitgangspunt is in het werk dat de SPV-en verrichten in de eerste lijn, willen zij niettemin niet alleen taken van de huisarts overnemen, maar ook consulteren en adviseren.

Het is belangrijk om aan te tekenen dat in de in dit hoofdstuk gepresenteerde analyse de visies en ervaringen van het AMW en de ELP niet zijn meegenomen. In de volgende rapportage doen we van hun ervaringen met en visies op de versterking van de eerstelijns GGZ wel verslag. Datzelfde geldt ook voor de ervaringen van degenen die wellicht de belangrijkste toetssteen vormen voor de versterking van de eerstelijns GGZ: de cliënten.

## **2.8 Hoofdstuk 9: Beschouwing**

De resultaten van de voormeting en de casestudies laten zien dat er een aantal knelpunten bestaan in het functioneren van de eerstelijns GGZ. Als de versterkende maatregelen een positief effect hebben zouden deze knelpunten verminderd moeten zijn aan het eind van de evaluatieperiode, dus op de nameting. In de beschouwing zijn de gevonden knelpunten besproken. Vervolgens is ingegaan op de potentiële rol van de VWS-maatregelen ten aanzien van de knelpunten. Ten slotte is uiteengezet op welke aspecten de aandacht bij de evaluatie in de eindrapportage in 2004 gericht zal worden.

Knelpunten die gesignaleerd worden binnen de eerstelijns GGZ zijn : huisartsen hebben een gebrek aan tijd en een te groot takenpakket om de GGZ-poortwachtersrol optimaal te kunnen vervullen; de frequentie van overleg tussen hulpverleners binnen de eerstelijns GGZ is vrij laag en er is weinig overleg over structurele aspecten van samenwerking; ook op beleidsmatig niveau is de samenwerking niet geformaliseerd of geprotocoliseerd; huisartsen hebben last van de lange wachttijden bij AMW en eerstelijnspsychologen; er is een onduidelijke taakafbakening tussen AMW, eerstelijnspsycholoog en GGZ-verpleegkundige. Knelpunten in relatie tot de tweedelijns GGZ zijn: de eerstelijnspartijen

zijn relatief onbekend met de tweedelijns GGZ; de frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ is laag en er is weinig overleg over structurele aspecten van samenwerking, ook op beleidsmatig niveau; er zijn lange wachttijden bij ambulante GGZ, psychiatrie/PAAZ en vrijgevestigde; de drie eerstelijns GGZ-partijen zien elkaar (nog) niet of nauwelijks als samenwerkingspartners; er vindt geen aansturing plaats op de doelen van het programma van VWS, deels omdat er weinig motivatie is om tot beleidsmatige samenwerking te komen en deels omdat er geen eenduidige visie is op eerstelijns GGZ. Alle versterkende maatregelen afzonderlijk hebben de potentie om bij te dragen bij aan het verminderen van de geconstateerde knelpunten in de eerstelijns GGZ. Het uiteindelijke doel is te komen tot een stepped care benadering bij mensen met psychische problemen: een behandeling inzetten met middelen die zo licht mogelijk zijn, en pas wanneer dit faalt een zwaarder middel proberen. Er zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen bij de maatregelen, waaronder de volgende: niet iedere maatregel heeft een even expliciet effect op de gehanteerde indicatoren; effecten van de samenwerkingsprojecten kunnen alleen in die regio's gemeten worden waar deze projecten lopen; de versterkende maatregelen binnen de eerstelijns GGZ lijken deels ook gebruikt te worden om een goede uitweg naar de gespecialiseerde GGZ te creëren; de onderzoekstermijn is niet lang genoeg om effecten van de gehele stimuleringsperiode te kunnen evalueren; zonder continue aansturing op een gemeenschappelijk gedragen visie voor stepped care ontbreekt de basis om effecten van de maatregelen te bewerkstelligen. De beschouwing sluit af met een vooruitblik op effecten die aan het eind van de evaluatiestudie te verwachten zijn.





### 3 Activiteiten binnen de maatregelen en projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ

#### 3.1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft drie soorten maatregelen ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken:

Landelijke financiële maatregelen met een open inschrijving voor afzonderlijke eerstelijns-instellingen

Subsidiegelden voor de drie beroepsgroepen van de eerstelijns GGZ (huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen)

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. De laatste soort maatregelen is vormgegeven via het Diaboloproject.

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 kennisstelsel 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* (LVE) 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 samenwerkingsconvenant gebruikt als extra financiering voor het kwaliteitsbeleid GGZ. Bij eerstelijnspsychologen is tevens een onderzoek naar verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen gaande.

Onderzocht wordt of vergoeding van hulp door een eerstelijns-psycholoog via het ziekenfonds leidt tot meer doorverwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog. 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 op GGZ-gebied voor huisartsen ontwikkeld.

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*. Voor wat betreft de incidentele lokale projecten is via het *Diaboloproject* lopen in een aantal regio's experimenten op het gebied van samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ.

In de eerste interim rapportage van de evaluatiestudie Versterking eerstelijns GGZ (Meijer et al, 2002) is elk van de genoemde maatregelen en projecten beschreven. Daarbij is tevens ingegaan op de stand van zaken zoals die tijdens de voormeting (eind 2001) was. In het huidige hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de activiteiten die in het jaar 2002 hebben plaatsgevonden binnen elk van de genoemde maatregelen en projecten.

### **3.2 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW**

*Bron: VWS-registratie Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW*

Op grond van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk is aan alle gemeenten in het jaar 2000 de mogelijkheid geboden om subsidie aan te vragen voor het realiseren van een capaciteitsuitbreiding van het uitvoerend AMW. Doel van de regeling is uitbreiding van de capaciteit van het AMW als partner in de eerstelijns GGZ tot een niveau van 1 uitvoerend AMW per 6000 inwoners. Als de streefnorm van 1:6000 is bereikt, kunnen de middelen voor andere doelen binnen het AMW, maar wel ten gunste van de versterking van de eerstelijns GGZ, aangewend worden.

Uit de eerste interim rapportage (Meijer et al., 2002) blijkt onder meer dat 90% van de gemeenten een subsidie heeft aangevraagd. Ook blijkt dat de verwachte capaciteitsuitbreiding van uitvoerend AMW als gevolg van de regeling rond de 20% ligt. Maximaal 25% van de gemeenten verwacht de capaciteitsnorm van 1:6000 te halen. Medio 2001 was 54% van de totale capaciteit die met de stimuleringsgelden gerealiseerd zou moeten worden, reeds gerealiseerd.

Een aantal gemeenten heeft in de periode 2001/2002 te kennen gegeven meer of juist minder capaciteit te willen/zullen realiseren. Het Ministerie van VWS heeft gemeenten daarom halverwege het jaar 2002 de mogelijkheid geboden om een tussentijdse bijstelling van de uitkering aan te vragen. Elke gemeente was in de gelegenheid om een extra uitbreiding aan te vragen, dan wel om aan te geven dat ze in mindere mate gebruik zouden willen maken van de toegekende bedragen. Daarop hebben 264 van de 468 gemeenten gereageerd. Hiervan hebben 153 gemeenten aangegeven geen gebruik te willen maken van de mogelijkheid voor tussentijdse bijstelling. 86 gemeenten wilden een

extra uitbreiding met in totaal 44,4 fte's; 15 gemeenten hebben aangegeven verminderd gebruik te willen maken van de Stimuleringsregeling. Dit leverde 4,6 fte's op voor herverdeling.

Volgens de laatste cijfers van VWS (eind februari 2003) zullen de extra beschikbaar gekomen fte's worden verdeeld over 31 gemeenten. Hiervan krijgen er 27 een uitbreiding van 0,1 fte. Bij 4 gemeenten wordt een uitbreiding van 0,2 - 0,4 fte toegekend. Het gaat echter nog om voorlopige cijfers: in de loop van maart 2003 komen de definitieve cijfers beschikbaar.

### 3.3 Consultatieregeling

*Bron: Zantinge & Verhaak et al. (2002); Verhaak & Zantinge et al. (2003).*

Binnen het beleidsprogramma van VWS ter versterking van de eerstelijns GGZ is de consultatieregeling één van de maatregelen die al in een ver gevorderd stadium van feitelijke uitwerking is. Sinds 1999 wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. In 1999 was 2,72 miljoen euro beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2002 was jaarlijks 5,45 miljoen euro uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. In augustus 2002 zijn betrokken partijen door VWS geïnformeerd dat de regeling verlengd wordt tot en met 2005, met eveneens 5,45 miljoen euro per jaar. Sinds het begin van de regeling rapporteert het Steunpunt tussen de Lijnen jaarlijks aan de Stuurgroep tussen de Lijnen welke regio's en projecten gebruik maken van de regeling (monitoring) en hoe de consultaties er feitelijk uit zien (registratie van consultatieve bijeenkomsten).

Uit de laatste rapportages van het Steunpunt tussen de Lijnen blijkt dat zich het afgelopen jaar weinig veranderingen hebben voltrokken rondom de consultatieregeling. Omdat de hoogte van de consultatiegelden de afgelopen jaren gelijk is gebleven en in 2001 de gelden in de meeste regio's al volledig waren ingezet, was er na die tijd weinig ruimte voor extra projecten. Vanaf 2001 is er een stabiele situatie ontstaan rondom de consultatieregeling. De consultatieprojecten waarover wij in de vorige interim-rapportage rapporteerden zetten hun activiteiten grotendeels voort en slechts enkele nieuwe initiatieven zijn van start gegaan. De regeling loopt nog steeds volop en in alle regio's zijn consultatieprojecten gaande. Er waren in 2002 ongeveer 120 consultatieprojecten bekend, ten opzichte van 112 in 2001) waarvan rond de 80 projecten ook elk eerste consultatieve contact registreren. Maandelijks worden tussen de 1000 en 1500 registratieformulieren ingestuurd bij het Steunpunt tussen de Lijnen. Per project stelt men gemiddeld 1,2 fte beschikbaar vanuit de tweedelijns. De SPV wordt het meest ingezet, gemiddeld voor 0,78 fte, de psychiater en psycholoog/therapeut resp. voor 0,13 en 0,12 fte.

Ook wat betreft de inhoud van consultatieve bijeenkomsten is er weinig veranderd ten opzichte van vorig jaar. Wanneer we ontwikkelingen door de tijd heen beschouwen van begin 2000 tot halverwege 2002 aan de hand van de 30.000 registratieformulieren die in die periode verzameld zijn, kunnen we amper veranderingen ontdekken. Nog steeds is het zo dat veruit de meeste consultaties (84%) door huisartsen worden aangevraagd. Het

AMW (6%) en de eerstelijnspsycholoog (2%) hebben een veel kleiner aandeel. Toch is er wel sprake van een lichte toename in het aantal projecten waarbij de betrokkenheid van AMW of eerstelijnspsycholoog niet marginaal is (meer dan tien procent van de consultatie-aanvragen). In 2002 geldt dat voor 37% van de projecten wat het AMW betreft. Voor eerstelijns-psychologen geldt dit slechts voor 14% van de projecten. De SPV is de meest frequent optredende consultatiegever (67% van de consultaties) en wordt dat in de loop van de tijd alleen maar meer. Psychiaters zijn in de loop van de tijd relatief iets minder ingezet. Het grootste deel van de aanvragen voor een consultatief contact betreffen een contact waarbij de consultatievrager afwezig is; de SPV is dan meestal consultatievrager. Dit type consultatie neemt ook toe in de loop van de tijd. Telefonische consultaties en in mindere mate “klassieke consultatie” nemen in de tijd in lichte mate af. Relatief vaak blijkt consultatie gevraagd te worden voor 15-44 jarigen en relatief zelden voor kinderen. Stemmingsstoornissen en psychosociale problemen zijn de probleemcategorieën waarvoor door de tijd heen het meest consultatie wordt gevraagd, gevolgd door angststoornissen. Deze problematiek weerspiegelt het probleemaanbod aan psychische problemen in de eerstelijns. Minder frequent voorkomende problematiek als schizofrenie, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen en eetstoornissen komen relatief meer aan de orde dan angst en stemmingsstoornissen. In verhouding tot het vermoede voorkomen ervan worden somatoforme stoornissen en middelenmisbruik maar weinig ingebracht tijdens consultatieve bijeenkomsten.

De belangrijkste redenen voor een consultatief contact zijn gedurende de hele bestudeerde periode vooral de behoefte aan diagnostiek (36% van de gevallen; zelfs iets toegenomen met de tijd) en de behoefte aan overleg over een eventuele verwijzing (29% van de consultaties).

Bezien we de afloop van het eerste consultatieve contact, dan is er een driedeling: een kwart van de consultaties worden voortgezet in vervolcontacten (meestal zijn dit contacten met patiënt en SPV zonder consultatievrager), in een kwart wordt de behandeling voortgezet door de vrager (in geval van AMW of eerstelijnspsycholoog is dat in de helft van hun consultatieve vragen het geval) en een kwart leidt tot een verwijzing naar de specialistische GGZ. De mogelijkheid voor een consultatieve bijeenkomst leidt in het geval van stemmingsstoornissen en psychosociale problemen vaak tot een verwijzing naar de GGZ, in aanmerking nemend dat dit problematiek is die in principe binnen de eerstelijns behandeld moet kunnen worden.

Bij projecten waarbij sprake is van vervolconsultaties door de SPV worden gemiddeld de meeste patiënten per huisarts ingebracht. Projecten die zich toeleggen op ‘klassieke consultatie’ bieden de meeste mogelijkheden voor participatie door het AMW.

### **3.4 Samenwerkingsconvenant ter versterking eerstelijns GGZ**

De beschrijving van activiteiten met betrekking tot het samenwerkingsconvenant is bijna letterlijk overgenomen van een rapportage die ten behoeve van de Stuurgroep (02-087) is samengesteld: De “Rapportages Kwaliteitsprojecten eerstelijnsprojecten. Stuurgroep 02-087”. Op enkele punten is de informatie aangepast aan conceptversies van jaarverslagen die vanuit de afzonderlijke projecten voor VWS geschreven worden. Deze jaarverslagen waren ten tijde van deze tweede interim rapportage nog niet gereed. Voor meer

informatie over de inhoud van deze beschrijving verwijzen we naar de projectleiders van het betreffende project.

### **3.4.1 Activiteiten onderdeel MO-groep samenwerkingsconvenant (AMW)**

*Bron: LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003, Stuurgroep 02-087). Meer informatie is op te vragen bij de projectleider: Hilda van der Lee (MOgroep)*

De uitwerking van het samenwerkingsconvenant door de MO-Groep gebeurt via het project "AMW, partner in de eerstelijns GGZ". Het project richt zich op alle bij de MO-groep aangesloten organisaties die de functie Algemeen Maatschappelijk Werk uitvoeren en heeft een looptijd van 4 jaar. Er zijn 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. Voor een beschrijving van deze 3 deelprojecten wordt tevens verwezen naar Meijer et al., 2002.

#### *a Deskundigheidsbevordering*

In 2002 is de cursus psychopathologie/psychiatrie door acht AMW-organisaties afgenomen. Naar verwachting zal het aantal AMW-organisaties dat de cursus afneemt in 2003 zich uitbreiden. Dit is op basis van ervaringen van het NIZW dat verantwoordelijk was voor de ontwikkeling van de cursus. Het duurt altijd enige tijd voordat men de cursus afneemt. Een en ander houdt onder meer verband met de financiële ruimte in de begroting van AMW-organisaties. Organisaties hebben soms nog geen rekening gehouden met het cursus aanbod bij het opstellen van de begroting.

De cursus rapporteren is in 2002 beschikbaar gekomen. Er is nog geen informatie over het aantal organisaties dat gebruik maakt van dit cursusaanbod. Ook geldt hiervoor hetzelfde als bij de hiervoor genoemde cursus.

De cursus multidisciplinair samenwerken in de GGZ wordt ontwikkeld door STOEL, het opleidingsinstituut voor gezondheidscentra. Diaboloproject en het project AMW, partner in de eerstelijns GGZ zijn gezamenlijk opdrachtgever. De inhoud van de cursus wordt afgestemd op de resultaten en de leerpunten van het Diaboloproject en Korte Lijnen. De cursus wordt uitgevoerd op maat voor organisaties of bestaande teams. Het streven is zoveel mogelijk regionale samenwerkingsverbanden middels deze cursus op te leiden. Om de voortgang te monitoren en de implementatie te begeleiden is een Project Adviesgroep ingesteld. Hierin participeren de LVG, LHV, de opdrachtgevers, het NIZW en het Trimbos Instituut. Ook de LVE is uitgenodigd deel te nemen. Over de invulling van de vierde cursus wordt in het eerste kwartaal van 2003 een besluit genomen. Door NIZW is middels een folder de eerste twee cursussen opnieuw onder de aandacht van de AMW organisaties gebracht. Tijdens de conferentie van de NVMW is een presentatie gegeven van de reeds ontwikkelde cursussen.

#### *b Kennissysteem AMW (Deelproject casusconsult)*

Het doel van dit deelproject is het op toegankelijke wijze beschikbaar maken van praktische kennis voor uitvoerend maatschappelijk werkers: het delen van kennis op het

niveau van casuïstiek zowel intern in de AMW-organisaties als tussen AMW-ers en partners in de eerstelijns GGZ.

In 2002 zijn activiteiten uitgevoerd bij vijf pilotorganisaties. De activiteiten hebben betrekking op het aandragen van casussen die bruikbaar zijn voor andere uitvoerders in de eerstelijns GGZ. Eind 2001 is aan een extern bureau opdracht gegeven een second opinion uit te brengen over het concept casusconsult. Op basis van de bevindingen is gekozen voor een andere opzet van dit deelproject in 2003.

Met name het arbeidsintensieve karakter van het rond een casusdatabase opgebouwde systeem CasusConsult en de gebrekkige worteling in de lokale praktijken van elektronische cliëntdossiers en intercollegiale consultatie zijn knelpunten die om een grondige evaluatie van de “concept-casusdatabase” vragen. Met de opdrachtnemer zijn ideeën voor een wijziging in de aanpak besproken en is er overeenstemming bereikt over de door het project gewenste aanpak voor verdere ontwikkeling van casusconsult voor het AMW. De uitvoering van de gewijzigde aanpak vindt plaats in 2003 en 2004.

#### *c Implementatie Kwaliteitszorg AMW (HKZ normen voor AMW-organisaties)*

In 2002 is door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en de werkgroep gewerkt aan de laatste fase van het ontwikkelen van normen voor het AMW volgens de HKZ-systematiek. In het tweede kwartaal heeft de werkgroep haar werkzaamheden afgerond en is het schema vastgesteld door het Centraal College van deskundigen van de Stichting HKZ. In september 2002 is het HKZ-schema beschikbaar gekomen voor het AMW. Alle AMW-organisaties hebben een exemplaar van het schema ontvangen.

Het voorbereidende traject voor ondersteuning van de implementatie van de normen heeft er toe geleid dat in alle regio's kwaliteitskringen zijn gestart. 105 organisaties nemen deel (er zijn 154 AMW organisaties aangesloten bij de MO Groep). Alle kwaliteitskringen zijn voorzien van een trekker die gefinancierd wordt vanuit het project “AMW, partner in de eerstelijns GGZ”. De trekkers hebben deelgenomen aan een speciaal voor hen ontwikkelde tweedaagse training. In de training stond de werkwijze, het gebruik van de formats en hun rol en taakopvatting centraal. De kwaliteitskringen werken met formats die speciaal ontwikkeld zijn om de implementatie te ondersteunen. Er zijn drie formats beschikbaar: format nulmeting, format plan van aanpak en format registratie van de voortgang. Er is een telefonische helpdesk ingesteld. De helpdesk is drie dagdelen per week opengesteld.

Via de website [www.AMW-vangnet.nl](http://www.AMW-vangnet.nl) is een forum beschikbaar voor de deelnemers aan de kwaliteitskringen. Hier kunnen vragen worden gesteld en suggesties/good practices worden aangedragen.

In het vierde kwartaal 2002 is gestart met de voorbereiding van twee regionale studiedagen in februari 2003. De studiebijeenkomsten worden ingevuld op basis van algemene thema's op het terrein van de kwaliteit die via trekkers wordt aangedragen.

#### *Andere activiteiten*

In 2002 is aan het onderwerp kwaliteit een special van Vangnet besteed. In mei 2002 is de site AMW-vangnet.nl on line gekomen. Relevante informatie over de ontwikkelingen

in de eerste en tweedelijns GGZ worden geplaatst in de nieuwsrubriek of als te downloaden documenten.

In 2002 is ook de vragenlijst voorbereid voor het evaluatie-onderzoek. De vragenlijsten worden in december 2002 uitgezet voor de on-going fase. Afstemming vindt plaats met de overall evaluatie van het Ministerie van VWS.

Tenslotte heeft de begeleidingsgroep van het project in 2002 vijf maal vergaderd. Aan de begeleidingsgroep neemt nu ook een vertegenwoordiger van de LVE deel.

### **3.4.2 Activiteiten LVE-deel samenwerkingsconvenant (eerstelijnspsychologen)**

*Bron: LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003, Stuurgroep 02-087). Meer informatie is op te vragen bij de projectleider: Joke de Wit (LVE)*

De activiteiten van de LVE met betrekking tot het kwaliteitsproject hebben zich in 2002 gericht op: a) opbouw en structuur van de organisatie van eerstelijnspsychologen, b) kwaliteitsnetwerk, c) deskundigheidsbevordering, d) ICT en e) evaluatie van het kwaliteitsprogramma.

#### *a) Opbouw en structuur*

De LVE brengt sinds 1 januari 2001 per kwartaal een nieuwsbrief uit; daarnaast is gewerkt aan de realisatie van een nieuwe LVE-website ([www.lve.nl](http://www.lve.nl)). 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-en en de spreiding van eerstelijnspsychologen geïnventariseerd. Op basis van de rapportage van deze ronde is besloten om vooralsnog geen acties te ondernemen wat betreft de regio-indeling.

#### *b) Kwaliteitsnetwerk*

Om het kwaliteitsnetwerk te ontwikkelen is per 1 januari 2001 een kwaliteitsplatform ingesteld, dat bestaat uit acht 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. Op regionaal/lokaal niveau zijn, veelal onder begeleiding van de regionale kwaliteitsfunctionarissen, groepen gestart met de implementatie van kwaliteitsnormen aan de hand van het in 2001 ontwikkelde Voorbeeldhandboek Kwaliteit. Belangrijke onderwerpen m.b.t. het kwaliteitsbeleid waren in 2002: wet- en regelgeving, samenwerking met huisartsen, klachtenprocedure, cliënttevredenheidsonderzoek. In september 2001 is gestart met maandelijkse 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. Deze werkgroep, waaraan twee regionale kwaliteitsmedewerkers meewerken, zal naar verwachting in 2003 het eerste resultaat opleveren.

#### *c) Deskundigheidsbevordering*

De LVE organiseert jaarlijks themagerichte cursussen voor de achterban. Dit jaar was het thema "begeleide supervisie".

In januari 2002 heeft de Werkgroep Deskundigheidsbevordering eerstelijnspsychologen advies uitgebracht over een kader voor het werkveld van de eerstelijnspsycholoog, het huidige deskundigheidsbevorderingsaanbod en lacunes in het huidige aanbod. Dit rapport is intern uitgebreid besproken. Het resultaat is dat er een tweede werkgroep ingesteld zal worden die de aanbevelingen verder tot ontwikkeling gaat brengen. Ook zal het advies gebruikt worden als basis voor het accrediteren van het bij-/nascholingsaanbod voor de herregistratie van eerstelijnspsychologen. De voorbereidingen voor het instellen van een tweede werkgroep zijn in volle gang.

Verder is in 2002 een start gemaakt met het stimuleren van (wetenschappelijk) onderzoek/projecten/experimenten. Een werkgroep heeft een eerste aanzet voor een plan van aanpak opgesteld. In december 2002 zal dit plan binnen de LVE besproken worden.

#### *d) ICT*

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). Aansluitend zijn die mogelijkheden voor externe financiering van onderdelen van het stappenplan onderzocht. Externe financiering is niet tot stand gekomen. Het NIP is bereid gevonden een deel van de kosten voor de uitvoering van het stappenplan te financieren. Begin 2002 is een (externe) LVE-coördinator ICT aangesteld. Naast informatievoorziening aan de leden over ICT is gewerkt aan de voorbereidingen voor de instelling van een Klankbordgroep ICT, die de coördinator gaat adviseren en ondersteunen bij de uitvoering van het stappenplan.

#### *e) Evaluatie*

In samenspraak met de convenantpartners is Bureau Bartels verzocht om de evaluatie van het kwaliteitsprogramma ter hand te nemen. De eerste tussentijdse evaluatie vond plaats in september/oktober 2002. De resultaten hiervan zijn in bewerking. Alle ondernomen activiteiten worden na afloop geëvalueerd, waarbij Bureau Bartels steeds een adviserende rol vervult.

### **3.4.3 Activiteiten LHV-deel samenwerkingsconvenant (huisartsen)**

*Bron: LHV (2001); LHV/NHG-projectgroep GGZ (2003); LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003, Stuurgroep 02-087). Meer informatie is op te vragen bij de projectleider: Annette van der Laan (LHV).*

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, en voor een deel uit het samenwerkingsconvenant.

De activiteiten die ontplooid worden ter ondersteuning van huisartsen op het gebied van de eerstelijns GGZ zijn gericht op drie doelstellingen: a) het voortzetten van de vorming van beleid, b) het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbevordering, en c) het evalueren van de voortgang.



### *a Beleidsvorming*

Er is het afgelopen jaar in het Driepartijen-overleg (DPO) steeds aandacht geweest voor profilering van de GGZ-zorg door de huisarts en de randvoorwaarden daarvan. De huisartsen willen deze rol van spil in de (geestelijke) gezondheidszorg graag vervullen, mits wordt voldaan aan bepaalde randvoorwaarden. Dat wil zeggen betere verwijsmogelijkheden door: verbreding eerste lijn, eerstelijnspsycholoog in het ziekenfonds, meer AMW, voortzetting consultatieproject en duidelijke taak- en functieafspraken voor de SPV. Hier zal extra subsidie voor nodig zijn. De LHV heeft zich binnen het DPO sterk gemaakt voor vervulling van deze randvoorwaarden.

Op dit moment wordt gewerkt aan het in kaart brengen van GGZ-functies en –taken van de huisarts. Daarbij zal aansluiting worden gezocht bij de werkgroep die vanuit de Toekomstvisie het gehele takenpakket van de huisarts onder de loep neemt. Een en ander zou in de toekomst wellicht kunnen leiden tot het formuleren van een zogeheten GGZ-module, d.w.z. een overzicht van GGZ-taken die buiten het basispakket vallen en wellicht extra gefinancierd dienen te worden.

De LHV heeft het initiatief genomen voor het opzetten van een gezamenlijke GGZ-conferentie in 2004, om de resultaten van de kwaliteitsprojecten te presenteren en daarmee bij te dragen aan consolidatie. Tevens wordt gewerkt aan nieuwe projectdoelen voor de consolidatiefase voor de periode na 2004.

21 van de 23 districten hebben plannen ingediend voor 2002 en zijn met de uitvoering daarvan aan de slag gegaan. Alle districten hebben uitgebreid en terzake kundig advies gehad over de nadere operationalisering van hun plannen. Er is door NHG/LHV voorzien in een permanente adviesstructuur.

### *b Kwaliteitsbevordering en implementatie*

Diverse nieuwe GGZ-instrumenten (verwijsformulieren, protocollen, samenwerkingsmodellen, medisch inhoudelijke standaarden) zijn op dit moment het resultaat van de inspanningen binnen de diverse projecten. Via websites, NHG-producten, persoonlijke uitwisselingsmogelijkheden etc., komt steeds meer en steeds betere informatie ter beschikking van districten en van huisartsen.

Er heeft tweemaal een tweedaagse plaatsgevonden voor districtscoördinatoren. Inmiddels is besloten voor GGZ-medewerkers in de districten een cursus en functiegerichte training te organiseren. De opzet daarvan is gereed.

Binnen de LHV is ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid in het algemeen sinds april 2002 een kwaliteitscoördinator aangetrokken. Er wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe opzet van trainingen t.b.v. regionale medewerkers deskundigheidsbevordering. Medio 2002 werd, door de resultaten van de voormeting, duidelijk dat de behoefte aan een sociale kaart zeer groot is. Het projectteam heeft daarom besloten deze activiteiten te intensiveren en een deel van de onderbesteding hieraan toe te kennen. Afspraken met landelijke organisaties worden inmiddels gemaakt en enkele pilots worden op touw gezet. Het projectplan zal eind 2002 gereed zijn.

Het NHG heeft het grootste deel van het voor 2002 toegezegde kwaliteitsmateriaal gereed. Enkele richtlijnen lopen vertraging op door afstemming met multidisciplinaire richtlijnen, bijv. depressie.

Middelen uit de onderbesteding zijn toegekend aan het NHG om een uitgebreide inventarisatie te verrichten naar bestaand bijscholingsmateriaal binnen de districten en van derden.

De kaderopleiding GGZ - waarbinnen per district één of twee huisartsen worden opgeleid om de deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ-hulpverlening te stimuleren en mede uit te voeren - is in september 2002 gestart. Aantal deelnemers: 19. Modulen uit de opleiding zullen worden aangeboden aan huisartsinstituten. Onderdelen van de kaderopleiding zullen beschikbaar komen voor gebruik in de districten. Er is een financiële regeling opgezet om te stimuleren dat deelnemers aan deze kaderopleiding worden ingezet in de uitvoering van de districtsplannen.

### *c Evaluatie*

De onderzoekstrajecten van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) lopen op schema:

Module 1 is een onderzoek naar de taakopvatting, de samenwerking, werkbelasting, ervaren knelpunten en ondersteuningsbehoeften van huisartsen ten aanzien van de uitvoering van geestelijke gezondheidszorg. De definitieve resultaten van de voormeting (WOK/NIVEL enquête onder huisartsen) zijn in mei 2002 gepubliceerd in het rapport "De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg, de resultaten van een landelijke enquête". Verder is een monitoringsformulier ontwikkeld en zijn de kwaliteitsbevorderende activiteiten in kaart gebracht. De evaluatiegegevens hebben geleid tot aanpassing van de (landelijke) activiteiten: beleidsintensivering zal plaatsvinden t.a.v.: deelproject sociale kaart, stimuleringsregeling voor de deelnemers aan de kaderopleiding in districten, inventarisatie bestaand nascholingsmateriaal, registratiemateriaal, extra DKB-producten, onderzoek naar basistakenpakket en PR (onder andere slotconferentie Driepartijen).

Voor module 2, evaluatie van de invloed van kwaliteitsbevorderende maatregelen in de districten op het feitelijk handelen van de huisarts, worden gegevens geëxtraheerd uit de huisartsen informatie systemen (HIS-sen) bij LINH-praktijken over het feitelijk handelen van huisartsen bij patiënten met een psychische en/of psychosociale aandoeningen. Met consultregistratie wordt in 2003 gestart.

Module 3 is de evaluatie van de effectiviteit van de implementatie van Kaderopleiding GGZ. Er zijn focusgroep interviews gehouden met vertegenwoordigers van districten.

Begin 2003 zal verslaglegging worden gedaan van de uitkomsten van de interviews.

Module 4, evaluatie van potentieel effectieve implementatiestrategieën. Deze deelstudie loopt en bestaat uit 3 onderdelen: een literatuurstudie, een knelpuntenstudie en een experimentele/interventiestudie.

Module 5 gaat over de verwachtingen van de patiënt. In plaats van de oorspronkelijke module is eind december 2002 een klein onderzoek uitgevoerd onder patiënten. Er is gekozen om het NIVEL/consumentenbond te benaderen met het verzoek een vragenlijst uit te zetten onder het consumentenpanel.

Samengevat concludeert de projectgroep GGZ dat het kwaliteitsproject in 2002 succesvol is verlopen. In de aanloopfase van het project heeft het project veel weerstanden moeten overwinnen bij individuele huisartsen en districtsbesturen. Huisartsen waren niet genegen nog meer taken op zich te nemen en zagen het GGZ-project eerder als een bedreiging dan

als een kans. Dat is in de loop van 2002 wezenlijk anders geworden en ten goede gekeerd, mede door de inspanningen van het projectteam en door de aanpalende projecten (zoals Consultatieprojecten, Korte Lijnen, Diabolo e.d.). Er is aanmerkelijk meer draagvlak voor een rol van de huisarts in de hulpverlening bij psychische klachten: bijna alle districten participeren in het project. Dat heeft ook geleid tot vraag naar de diverse kwaliteitsbevorderende producten op dit terrein en tal van creatieve initiatieven. Een groot deel van het kwaliteitsmateriaal is gereed en aan de trainingen wordt gewerkt. Bovendien ging in 2002 de kaderopleiding GGZ daadwerkelijk van start. Daarnaast stond het uitvoeren van verandertrajecten in de districten in 2002 centraal.

#### 3.4.4 Uitwerking samenwerkingsconvenant via Korte Lijnen

*Bron: LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003, Stuurgroep 02-087); LHV, LVE, MOgroep (2003). Voor meer informatie over het project Korte Lijnen wordt verwezen naar de projectleider van Korte Lijnen: Margot Scholte (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.

Concreet betekent dit het ontwikkelen, testen, evalueren en implementeren van:

**1** Een *samenwerkingsmodel* welke waarborgen biedt voor een duurzame samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en afgestemd kan worden op de lokale of regionale situatie.

Dit samenwerkings-model bestaat uit een structuur voor samenwerking (wie, wat, waar en wanneer) en protocollen. De protocollen hebben betrekking op informatie-uitwisseling, verwijzing, gezamenlijke behandeling en rapportage. Dit samenwerkingsmodel wordt gerealiseerd met deskundige inbreng van de verschillende beroepsgroepen en de cliënten.

**2** Een *invoeringsrichtlijn* welke in de praktijk handreikingen biedt bij het opzetten van een samenwerkingsstructuur in een willekeurige regio.

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. Het project loopt in de regio's Haarlem, Delft, Den Bosch en Midden-Limburg (Weert/Roermond). In de pilotregio's wordt momenteel het ontwikkelde samenwerkingsmodel getest en geëvalueerd. Het is de bedoeling dat vanaf mei 2003 wordt gestart met het overgedragen van de systematiek naar nieuwe regio's.

Korte lijnen levert een aantal producten op die input vormen voor de op te zetten samenwerking in nieuwe regio's. Door de producten te automatiseren en vrij te geven wordt het andere regio's zo gemakkelijk mogelijk gemaakt om onderdelen over te nemen en aan te passen aan de lokale behoeften. In het projectplan zijn de volgende producten genoemd:

- invoeringsrichtlijn met: handreiking inventarisatie van de samenwerking; handreiking voor evaluatie en bijstelling
- samenwerkingsprotocollen met randvoorwaarden en praktische handvatten
- een samenwerkingsstructuur
- planningswijzer
- scholingsmateriaal voor nieuwe regiocoördinatoren

Het project Korte Lijnen loopt van 1 november 2000 t/m 31 december 2004 en is opgedeeld in tien fases. In het jaar 2001 zijn de eerste vijf fases afgerond: informeren achterbannen van de drie partijen (continue vanaf de start van het project), werving van pilot-regio's en aanstelling van regio-coördinatoren, oriëntatie op de aard en inhoud van de protocollen, en de ontwikkeling van een handreiking inventarisatie van de regio's (zie ook Meijer et al., 2002, pp 46-47). In 2002 hebben fase zes t/m acht plaatsgevonden. Deze bestond uit de volgende activiteiten:

*a Inventarisatie van de samenwerking in de regio's: 1 september 2001 – 1 februari 2002*

Geïnventariseerd werd wat in de regio's reeds voorhanden is aan protocollen of samenwerkingsafspraken tussen de verschillende eerstelijnspartijen. Maar ook informele, impliciete en individuele samenwerkingsafspraken waren van belang. Welke aspecten zijn afhankelijk van personen en welke aspecten horen bij een regeling of afspraak zelf? Is er samenwerking met cliëntenorganisaties gerealiseerd? Doel van deze inventarisatiefase was tweeledig. Enerzijds zicht krijgen op de stand van zaken van de samenwerking, waardoor helder wordt waar knelpunten en mogelijke weerstanden liggen en hier vroegtijdig op in kan worden gespeeld. Anderzijds het leggen van contacten met de disciplines en sleutelfiguren in de regio.

Rond de jaarwisseling ('01-'02) waren er in alle vier de regio's eerste conceptregio-inventarisaties klaar en in de loop van het voorjaar de definitieve inventarisaties met daarin (samengevat) een beschrijving van het werkgebied, inclusief een aantal demografische gegevens, het aanbod in de eerstelijns GGZ, de infrastructuur van de eerstelijns GGZ en een typering van de samenwerking. Tevens werd specifiek aandacht besteed aan randvoorwaarden en verbetervoorstellen. Op basis van de regio-inventarisatie heeft iedere regio een keuze gemaakt in locaties, waar extra ingezet zou worden op de versterking van de samenwerking. Voor iedere locatie is een verbeterplan gemaakt. Gemiddeld zijn er vier locaties per regio geselecteerd, waarbij motivatie het belangrijkste criterium was. Er is differentiatie aangebracht in stedelijk en landelijk en startende en ingezakte samenwerking.

De regiocoördinatoren merkten naar aanleiding van hun inventarisaties op dat de drie disciplines het nut van samenwerking over het algemeen wel zien maar dat huisartsen en eerstelijnspsychologen een investering in samenwerking (zonder kostenvergoeding) niet altijd vanzelfsprekend vinden. Dit beïnvloedt de motivatie en medewerking. In Korte Lijnen wordt zoveel mogelijk gewerkt met die huisartsen en eerstelijnspsychologen die niet alleen overtuigd zijn van de noodzaak en het nut van samenwerking, maar die ook bereid zijn te investeren. In tweede instantie wordt getracht de minder gemotiveerden over de streep te trekken met behulp van 'best practices'. Bij het AMW hangt het mede

van het beleid van de instelling af in welke mate maatschappelijk werkers kunnen investeren in samenwerking. In de betreffende regio's is dat geen probleem. Een ander signaal van de coördinatoren is dat er in de regionale praktijk verwarring bestaat over de diverse landelijke projecten (naast Korte Lijnen ook de Consultatieprojecten, Diaboloprojecten, ELP-ziekenfondsprojecten en evaluatieonderzoeken) en hoe deze zich tot elkaar verhouden.

*b Ontwikkelen voorlopig samenwerkingsmodel, conceptprotocollen en een eerste opzet voor de invoeringsrichtlijn: 1 januari 2002 – 1 juli 2002*

Op verschillende proeflocaties zijn kennismakings- c.q. startbijeenkomsten georganiseerd. Per locatie zijn werkgroepen geformeerd met een vertegenwoordiger van elke discipline en de regiocoördinator. Samen met deze werkgroepen zijn bottom up een voorlopige samenwerkingsstructuur en conceptprotocollen opgesteld die de verschillende samenwerkingsvormen moeten ondersteunen en uiteindelijk bestendigen. Het betreft hier protocollen en formulieren voor verwijzen, rapporteren en cliëntbespreking, die op onderdelen enkele regionale en lokale verschillen kennen. De conceptprotocollen werden uitgetoetst in de regionale situatie. Daarnaast werd tegelijkertijd een eerste opzet gemaakt voor een meer algemeen model voor samenwerking dat de basis vormt voor de verspreiding naar andere regio's. Dit algemene model zal globaler van opzet zijn en keuzemogelijkheden bevatten die zijn voortgekomen uit de proeflocaties, zodat het protocol per regio weer verder ingevuld kan worden, passend binnen de specifieke regionale situatie.

*c Testen en evalueren van het samenwerkingsmodel en invoeringsproces: 1 juni 2002 – 1 mei 2003*

Deze fase bestaat uit twee delen:

*c1 Voorbereiding testfase: 1 juni 2002 – 1 oktober 2002*

Voordat gestart kon worden met de uitvoering van de samenwerkingsstructuur en de protocollen moesten deze geïntroduceerd worden aan alle betrokkenen. De werkgroepen hebben hierin naar hun achterban een belangrijke rol gespeeld. Materiaal moest worden vermenigvuldigd en verspreid, betrokkenen moesten worden geïnstrueerd over het gebruik. Het kostte enige tijd om dit zorgvuldig te doen.

In deze fase werd ook nog eens goed naar de resultaten van de inventarisatie gekeken, met name waar het knelpunten en weerstanden betreft. Er is geïnvesteerd in die knelpunten, zoals de onbekend met elkaar en elkaars aanbod en de onderling slechte bereikbaarheid.

Aan het eind van het jaar werd in de vier regio's geëxperimenteerd met de protocollen/samenwerkingsafspraken. Er is met de locaties een experimentperiode van drie maanden afgesproken. Verwachte en ervaren knelpunten hierbij worden middels een procesevaluatie bijgehouden.

*c2 Test en evaluatie van het samenwerkingsmodel: 1 oktober 2002 – 1 april 2003*

De test en evaluatie van het samenwerkingsmodel betreffen zowel de structuur als de ontwikkelde protocollen. Aan het einde van de experimentperiode worden met behulp van evaluatieformulieren de ervaringen en resultaten geïnventariseerd. Deze worden op

een evaluatiebijeenkomst verder besproken en leiden zonodig tot bijstellingen van de protocollen en de structuur.

Gedurende het jaar zijn de activiteiten in de regio's systematisch bijgehouden. Er zijn regioplannen opgesteld, die inzicht geven in de stappen die iedere regiocoördinator zet om de samenwerking te versterken. Aan het eind van 2002 werd een start gemaakt met de beschrijving van de activiteiten in het kader van de regio-inventarisaties, waarin de gevolgde strategie per regio gewogen wordt en aanbevelingen, adviezen, tips en valkuilen worden gedestilleerd. Deze beschrijving vormt het startpunt voor een landelijke invoerings- en ondersteuningsrichtlijn en zal in de loop van 2003 uitgebreid worden.

Op een studiedag voor alle projectmedewerkers werd stil gestaan bij de benodigde samenwerkingsstructuur en de motivering van alle partijen hieraan deel te nemen. Actiepunten werden geformuleerd; hierin werd aangegeven hoe alle partijen te motiveren zijn tot het aangaan van samenwerkingsafspraken. Een tweede onderdeel van deze dag was dat projectmedewerkers (incl. regiocoördinatoren) met elkaar oplossingen bedachten hoe deze samenwerkingsstructuur verbreed kan worden in de betrokken regio's en hoe deze te continueren zijn na beëindiging van het Korte lijnen project. Hiervoor wordt begin 2003 per pilotregio een plan van aanpak opgesteld. De regionaal gekozen oplossingen en uitwerkingen zullen uiteindelijk opgenomen worden in de invoeringsrichtlijn.

### **3.5 Onderzoek “Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen”**

*Bron: IJland CM & Drouven LE (2002)*

#### *Onderzoeksopzet*

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2000 geld beschikbaar gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. 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 10 Euro per consult geldt. De geselecteerde pilotregio's zijn Noord Holland Noord en Noord Brabant Noordoost. Bij deze pilotregio's zijn in totaal 121 eerstelijnspsychologen 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 wordt in 2003 afgerond.

#### *Responsgroep*

In totaal zijn 104 eerstelijnspsychologen aangeschreven (47 uit de pilotregio Noord-Holland Noord en 57 uit de regio Noordoost Brabant). Uiteindelijk hebben 79 eerstelijnspsychologen gereageerd, wat een respons betekent van 76%. De respons van de eerstelijnspsychologen uit de regio Noord-Holland Noord was iets lager (74%) dan de respons in Noordoost Brabant (77%). Uit de gegevens blijkt dat in de periode 1 oktober 2001 t/m 30 september 2002 in totaal circa 3709 cliënten zijn uitbehandeld. Wanneer het totaal aantal cliënten wordt gespecificeerd naar de twee pilotregio's blijkt dat in de betreffende periode de eerstelijnspsychologen uit de regio Noord Holland Noord circa 1786 cliënten hebben uitbehandeld en in de regio Noordoost Brabant circa 1923 cliënten. De genoemde getallen hebben geen betrekking op de omvang van de regio's. De resultaten hebben betrekking op alle ziekenfondsverzekerde cliënten die in de periode oktober 2001 t/m 30 september 2002 zijn uitbehandeld.

#### *Resultaten evaluatieperiode 1 oktober 2001 t/m 30 september 2002*

De belangrijkste evaluatiepunten hebben betrekking op: a) opbouw cliëntenbestand van de eerstelijnspsychologen, b) achtergrondkenmerken van de cliënten (opleidingsniveau, culturele achtergrond, werksituatie e.d.), c) gemiddeld aantal sessies per cliënt en gemiddelde behandelduur, d) te behandelen problematiek van de cliënten en e) verwijzers naar eerstelijnspsychologen. Ten behoeve van de evaluatie zijn de gegevens van alle verzekerde cliënten (ziekenfonds en particulier) die in de periode van 1 oktober 2001 tot en met 30 september 2002 zijn uitbehandeld verzameld.

#### *a) opbouw cliëntenbestand*

Een verwachting was dat door verlaging van de financiële drempel mogelijk een verschuiving van doelgroepen zou plaatsvinden: Ook voor financieel minder draagkrachtigen zou deze vorm van hulpverlening meer toegankelijk moeten worden. Als indicatoren voor inkomensniveau is de verzekeringsvorm en het opleidingsniveau van cliënten gehanteerd. In het kader van het project kan een lichte verschuiving van de doelgroep worden geconstateerd in de te verwachten richting: in de afgelopen maanden is

de verhouding ziekenfondsverzekerde cliënten en particulier verzekerde cliënten bij eerstelijnspsychologen veranderd ten gunste van de ziekenfonds verzekerde cliënten. Er wordt een verschuiving van 10-15% geconstateerd.

In het kader van het project wordt getracht het effect van een eigen bijdrage in beeld te brengen. Een reden voor het invoeren van deze eigen bijdrage was onder meer om te onderzoeken of cliënten vaker een behandelingssessie verzuimen wanneer zij geen eigen bijdrage moeten betalen. Uit de resultaten tot nu toe blijkt dat de eigen bijdrage van 10 Euro geen effect heeft op het no-show gedrag van cliënten.

*b) achtergrondkenmerken van de cliënten (opleidingsniveau, culturele achtergrond, werksituatie e.d.),*

Uit de evaluatie blijkt dat gemiddeld 43% van de cliënten behoort tot de categorieën 'geen opleiding/basisschool' en 'LBO/MAVO'. Ten opzichte van de nulmeting wordt een lichte toename (3%) gezien van de cliënten uit deze categorieën. Met name het aantal cliënten uit de categorie 'HAVO/MBO/VWO' en 'HBO/WO' is hiermee 3% gedaald. Ook ten aanzien van deze twee laatste categorieën wordt een verschuiving geconstateerd. Zo blijkt met name het aantal cliënten uit de HAVO/MBO/VWO te zijn afgenomen en de cliënten uit de laatste categorie 'HBO/WO' te zijn gestegen.

*c) gemiddeld aantal sessies per cliënt en gemiddelde behandelduur*

Tijdens deze tweede evaluatie is geconstateerd dat het gemiddeld aantal sessies per behandeling per cliënt licht is afgenomen (gemiddeld 7,4 consulten) ten opzichte van de nulmeting (gemiddeld 8,0 consulten). Theoretisch betekent dit dat bij eenzelfde tijdbesteding van de eerstelijnspsycholoog meer cliënten worden geholpen. Dit wordt bevestigd door de resultaten ten aanzien van de behandelduur en de tijd tussen de sessies. In vergelijking met de nulmeting is de behandelduur namelijk toegenomen, het gemiddeld aantal contacten per behandeling afgenomen en de tijd tussen de behandelingen weer toegenomen. Ook hier geldt in theorie dat wanneer de behandelperiode wordt opgerekt en een eerstelijnspsycholoog een gelijk blijvende tijdbesteding kent er sprake is van een grotere caseload.

*d) te behandelen problematiek van de cliënten,*

Een andere vraag die in het kader van dit project beantwoord zou moeten worden is welke gevolgen de financiële maatregel heeft voor de klachtensoort van deze cliënten. Bij de klachtensoorten met het grootste aandeel cliënten is nauwelijks een verschuiving te zien. De belangrijkste klachtensoorten in volgorde van aandeel cliënten zijn: relatieproblemen, verwerking van rouw, depressie, burnout/overspannen, fobieën. Hierbij kan worden opgemerkt dat als wordt gekeken naar de tijdbesteding in aantal sessies de klachtensoort 'burnout/overspannen' van de vierde plaats naar de eerste plaats verschuift. De overige klachtensoorten verschuiven onderling niet van positie.



*e) verwijzers eerstelijnspsychologen*

Er is ook nagegaan of er een effect is in het verwijsgedrag van huisartsen ten gevolge van de invoering van de financiële verruiming. In vergelijking met de nulmeting blijkt dat de huisarts 10% meer cliënten verwijst naar eerstelijnspsychologen ten koste van 10% minder naar de RIAGG.

### **3.6. Activiteiten Diabolo project**

*Bron: Boer C (2002, 2003). Voor meer informatie wordt verwezen naar de projectleider (Cees Boer).*

Dit 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 binnen de eerstelijns-GGZ disciplines en tussen de eerste- en tweedelijns GGZ van de GGZ te vergroten en te verbeteren, zodat op lokaal niveau een samenhangend systeem van (samenwerkings) activiteiten ontstaat. Het betreft projecten gericht op *directe* samenwerking en projecten gericht op verbetering van de *voorwaarden* van samenwerking. Het Diabolo project loopt parallel aan het project Korte Lijnen, de werkzaamheden van het Steunpunt Tussen de Lijnen en de werkzaamheden van de Stuurgroep Tussen de Lijnen. De werkzaamheden die met dit Diabolo-project gemoeid zijn worden uitgevoerd door een landelijke coördinator, in overleg met en waar nodig in samenwerking met andere instanties en functionarissen.

*Activiteiten landelijke coördinator*

Sinds maart 2002 wordt de landelijke coördinator bijgestaan door een management-assistente. Er is in 2002 een begin gemaakt met het verzamelen van informatie omtrent “good practices” op het terrein van de samenwerking in de GGZ. Aan de hand van themagerichte workshops voor projectleiders wordt stelselmatig de belangrijkste informatie, waarover een brede consensus in het veld bestaat, bijeengebracht. De coördinator heeft zich ook bezig gehouden met PR op het terrein van de multidisciplinaire samenwerking. In 2002 is hiertoe een video ontwikkeld die gebruikt zal worden om aan het veld van potentiële samenwerkende hulpverleners te tonen. Ook is de landelijk coördinator betrokken bij de in Canada opgerichte werkgroep voor Shared Care, die onderzoek verricht naar goede en universeel bruikbare outcome meetinstrumenten.

*Diabolo-deelprojecten*

Eind 2002 waren er 25 deelprojecten. Deze deelprojecten zijn verdeeld over voorwaardenscheppende activiteiten (10) en inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten (15). De doelstelling was om in 2002 tot 20 inhoudelijke projecten te komen; deze doelstelling is niet gehaald. Dit had mede te maken met het stellen van kritische voorwaarden voor een deelproject; dat er sprake diende te zijn van een heldere doelstelling en resultaten, betrokkenheid van meerdere disciplines (dus niet alleen huisartsen en GGZ) met voldoende draagvlak en een reële begroting. Daardoor zijn in de loop van de voorbije twee jaar zo’n 15 potentiële projecten afgevallen.

De *voorwaardenscheppende deelprojecten* zijn gericht op a) facilitaire ondersteuning, b) scholing en c) informatieoverdracht annex onderzoek.

*a facilitaire ondersteuning*

Het doel voor facilitaire ondersteuning is het verzamelen van de kritische succes- en faalfactoren bij het ontwikkelen van ondersteuningsstructuren op de samenwerking in de eerstelijns. Er zijn vijf pilots met betrekking tot facilitaire ondersteuning. Deze leveren veel stof tot bespreking. De Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) heeft in 2002 in haar rol als landelijke regisseur voor dit onderdeel binnen het Diabolo-project deze pilots ondersteund en gevolgd, en tevens het initiatief genomen om zich als brancheorganisatie voor Facilitaire Organisaties te presenteren. De landelijk coördinator vanuit de LVG is het afgelopen jaar benut als vraagbaak over de verschillende factoren die van invloed zijn op het tot stand brengen van facilitaire punten bij regionale initiatieven.

*b scholing*

Op dit moment is de cursus “Multidisciplinair methodisch samenwerken in de GGZ” in een pilotfase. Dit is een sterk gemoduleerde cursus die gegeven kan worden aan meerdere groepen die op een verschillend niveau van samenwerking zijn. De eerste ervaringen hebben geleerd dat de bestaande materiaal voldoet. De Project Advies Groep buigt zich op dit moment over de verdere implementatie van de cursus na de pilotfase.

*c informatieoverdracht annex onderzoek*

Voor het onderdeel informatieoverdracht annex onderzoek zijn in 2002 op een tiental plaatsen in Nederland Diaboloformulieren in de praktijk onderzocht. Deze zijn bedoeld om de informatie-overdracht van verwijzer en behandelaar beter te stroomlijnen. Zij hebben tot doel om de communicatie en registratie van het primaire proces tussen hulpverleners te verbeteren. Door de voorgestructureerde wijze van presenteren lenen de formulieren zich ook goed voor een geautomatiseerde vorm van dataverzameling. Met deze dataverzameling moet men in staat zijn om op lokaal, regionaal en landelijk niveau cijfers te genereren die in de vorm van spiegelinformatie een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van kwaliteit van het werkproces. Ook moeten de cijfers een beter inzicht in de prevalentie van GGZ-problematiek in de eerste lijn geven, waardoor op landelijk en regionaal niveau op meer rationelere gronden het zorgaanbod kan worden gedefinieerd. Het verzamelen van gegevens via de Diaboloformulieren verloopt trager dan verwacht/gehoopt, maar laten wel de potentiële mogelijkheid zien van het verzamelen van relevant cijfermateriaal. Met het ontwikkelen en gebruiken van de Diaboloformulieren is aansluiting gezocht met de formulieren die ten behoeve van het Steunpunt Tussen de Lijnen gebruikt worden.

De meeste *inhoudelijke deelprojecten* zijn op dit moment gericht op het ontwikkelen van brede GGZ samenwerkingsnetwerken t.b.v. versterking van de eerstelijns GGZ voor reguliere zorgaanvragen. Veel van de kennis en ervaringen die in de verschillende inhoudelijke deelprojecten worden opgedaan blijven bij de hulpverleners en projectcoördinatoren in de verschillende regio's. De projectleiding van het Diabolo-project heeft in het afgelopen jaar een begin gemaakt om de kennis en ervaringen ook vanuit de regio's beschikbaar te krijgen op het landelijke niveau.

In tabel 3.1 staat een overzicht van de voorwaardenscheppende en inhoudelijke Diabolo-deelprojecten die per 31 december 2002 geïmplementeerd zijn.

Tabel 3.1. Aantal projecten behorend bij het Diabolo-project per 31 december 2002  
Bron: landelijke coördinator Diabolo-project, februari 2003.

Projectfase	Samenwerking	Voorwaardenscheppend	Totaal
Implementatiefase	15	9	24
Ontwerp/besluitfase	2	2	4
Idee/ontwerpfase	2	0	2
Ideefase	5	0	5

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

### 3.7 Samenvatting en conclusies

Uit de beschrijving van de Stimuleringsregeling voor het AMW blijkt dat slechts weinig gemeenten verminderd gebruik willen maken van de regeling. Er wordt veel meer extra uitbreiding gevraagd dan er wordt ingeleverd. Er is blijkbaar behoefte aan meer uitbreiding dan met behulp van de Stimuleringsmaatregel mogelijk is.

Met betrekking tot de Consultatieregeling is er sinds 2001 een stabiele situatie opgetreden. Het aantal consultatieprojecten is iets toegenomen van 112 in 2001 naar 120 in 2002. De Consultatiegelden worden vooral gebruikt om de projecten die in 2001 al liepen voort te zetten. Ook voor wat betreft de inhoud van de projecten is er weinig veranderd. De meeste projecten richten zich nog steeds op huisartsen, alhoewel er wel een lichte toename is van het aantal projecten waar het AMW en eerstelijnspsychologen daadwerkelijk bij de consultaties betrokken zijn. De SPV wordt nog steeds het meest ingezet als consultatiegever.

Ook met betrekking tot samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zijn de koepelorganisaties van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen nog steeds erg actief. De projecten die bij het samenwerkingsconvenant horen (Korte Lijnen en de afzonderlijke kwaliteitsprojecten) zetten hun activiteiten volgens plan voort en lopen op schema. De medewerking van het veld neemt toe en de activiteiten komen steeds beter van de grond. Hetzelfde geldt voor de activiteiten met betrekking tot samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Het aantal deelprojecten van het Diabolo-project is

aanzienlijk toegenomen: van 4 geïmplementeerde samenwerkingsprojecten in 2001 tot 15 in 2002. Het aantal voorwaardenscheppende projecten is eveneens toegenomen: van 3 in 2001 tot 9 in 2002.

Tenslotte lag bij het onderzoek “Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen” het zwaartepunt in 2002. In het afgelopen jaar kwamen cliënten in aanmerking voor deelname aan de pilot. Dit is geheel volgens schema verlopen, hoewel niet alle betrokken eerstelijnspsychologen even actief waren in het aanleveren van de benodigde cliëntengegevens. Inmiddels zijn alle gegevens verzameld en zijn er voorlopige resultaten gepresenteerd.

Concluderend kan vastgesteld worden dat de initiatieven die ontplooid zijn voor het bevorderen van de samenwerking binnen en kwaliteit van de eerstelijns GGZ nog steeds in volle gang zijn. Een groot deel van de activiteiten moet echter nog gaan plaatsvinden in het jaar 2003, maar het lijkt erop dat de door VWS ingezette maatregelen hun vruchten beginnen af te werpen en dat er meer betrokkenheid is van de doelgroepen. Verderop in deze tweede interim rapportage (hoofdstuk 6, 7 en 8) wordt overigens ingegaan op regionale verschillen met betrekking tot de maatregelen zoals die op de voormeting in kaart zijn gebracht.

Het doel van de evaluatiestudie “Evaluatie versterking eerstelijns GGZ” is om te onderzoeken of het totale pakket aan maatregelen daadwerkelijk effect heeft op de indicatoren voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijzingsstromen. In de eindrapportage wordt daartoe de stand van zaken voorafgaand aan de maatregelen (2001) vergeleken met de stand van zaken na afloop van de maatregelen (2003). Gezien de looptijd van het evaluatie-onderzoek zal de nameting echter voornamelijk de situatie in 2002 weergeven. Het feit dat een groot deel van de activiteiten in de loop van 2003 nog moet plaatsvinden heeft tot gevolg dat de effecten van de maatregelen niet optimaal geëvalueerd kunnen worden binnen de onderhavige evaluatiestudie. Om een volledig beeld te kunnen krijgen van de ontwikkelingen met betrekking tot de gebruikte indicatoren in de periode van de versterkende maatregelen is het noodzakelijk om een jaar na afloop van de maatregelen een tweede nameting af te nemen.

## 4 Hulpverlening in de huisartspraktijk, voormeting

### 4.1 Inleiding

In het beleidsprogramma VWS ter versterking van de eerstelijns GGZ is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. De huisarts krijgt een ‘GGZ-poortwachtersrol’ toebedeeld, die vraagt om snel tot een passend zorgaanbod voor patiënten met psychische problemen te komen. Een deel van de stimulerende maatregelen van de overheid is specifiek gericht op ondersteuning van de huisarts bij deze centrale rol.

Tegelijkertijd speelt de discussie over de groeiende werkbelasting van huisartsen in Nederland. Aangenomen wordt dat huisartsen het steeds drukker krijgen. Enerzijds is dit te verklaren vanuit een tekort aan huisartsen om de zorgvraag op te vangen, anderzijds kan dit te maken hebben met veranderde taken van de huisarts. De versterking van de eerstelijns GGZ en de rol die de huisarts daarbij speelt mag de werkbelasting van huisartsen dan ook niet verhogen. Wanneer het werk van de huisarts te veel onder druk komt te staan, kan dit negatieve gevolgen hebben voor de centrale poortwachtersrol die voor hem is weggelegd.

Vorig jaar is in de eerste interim-rapportage ingegaan op de situatie bij de eerstelijns GGZ-partijen voorafgaand aan de versterkende maatregelen van VWS. Bij zowel de voormeting als de vervolgmetingen richten we ons op een aantal indicatoren die in kaart moeten brengen of de eerstelijns versterkt wordt. We maken onderscheid tussen indicatoren die rechtstreeks een gevolg kunnen zijn van een specifieke maatregel en indicatoren waarop indirect effect te verwachten is naar aanleiding van de maatregelen. Directe indicatoren voor een versterking van de eerstelijns zijn een vergroting van de capaciteit, deskundigheidsbevordering en een verbeterde samenwerking binnen de eerstelijns en tussen de eerste- en tweedelijns. Indirecte indicatoren die aangeven of de versterking van de eerstelijns GGZ ook daadwerkelijk tot stand is gekomen zijn kenmerken van de hulpverlening en patiëntenstromen. Deze indirecte indicatoren zouden uiteindelijk ook aanwijzingen moeten geven of patiënten, gezien hun problematiek, op de juiste plaats behandeld worden.

In de eerste interim-rapportage van maart 2002 is ingegaan op de uitkomsten op directe indicatoren in de huisartspraktijk voorafgaand aan het stimuleringsprogramma van VWS. Er is ingegaan op deskundigheidsbevordering van huisartsen en samenwerking met de eerste- en tweedelijns GGZ. Capaciteitsvergroting van huisartsen is geen doel op zich van het beleidsprogramma van VWS; hier wordt in de evaluatiestudie geen aandacht aan besteed.

Omdat de gegevensverzameling onder huisartsen vorig jaar nog niet was afgerond, kon toen nog niet ingegaan worden op de uitkomsten op de indirecte indicatoren in de huisartspraktijk. Daarom komt in deze tweede interim-rapportage alsnog een voormeting

aan bod van de hulpverlening en patiëntenstromen vanuit het perspectief van de huisarts. We gaan daarbij in op het aanbod van psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk en de behandeling daarvan, zoals het zich afspeelde in het eerste kwartaal van 2001.

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk beantwoord worden zijn:

- 1 *Welke psychische en sociale problemen worden gediagnosticeerd in de huisartspraktijk?*
- 2 *Hoe schrijven huisartsen medicatie voor bij patiënten met psychische en sociale diagnoses?*
- 3 *Hoe verwijzen huisartsen bij patiënten met psychische en sociale diagnoses?*
- 4 *Hoe is de werkbelasting van huisartsen bij patiënten met psychische en sociale diagnoses, vergeleken bij patiënten met andere diagnoses?*
- 5 *Worden patiënten, gezien hun problematiek, op de juiste plaats behandeld?*

De eerste onderzoeksvragen worden bij de resultaten behandeld, de vijfde vraag komt terug in de conclusies van dit hoofdstuk.

Het hele hoofdstuk betreft een voormeting met gegevens uit de huisartspraktijk van het eerste kwartaal van 2001. In de eindrapportage van maart 2004 zullen we deze gegevens vergelijken met een nameting van gegevens uit de huisartspraktijk van het eerste kwartaal van 2003.

## 4.2 Methode

De gegevens voor de voormeting over hulpverlening en patiëntenstromen in de huisartspraktijk zijn hoofdzakelijk afkomstig uit de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) van het NIVEL. In de periode 2000-2002 zijn gegevens verzameld in 104 huisartspraktijken bij de 195 huisartsen die daar werkzaam zijn, bij ondersteunend personeel en ingeschreven patiënten. De 195 huisartsen vormen een representatieve steekproef van het totale aantal huisartsen in Nederland naar kenmerken als leeftijd, geslacht, regio, verhouding stad-platteland en achterstandsgebied. Alleen de praktijkvorm wijkt iets af: onder NS2 huisartsen zijn minder solisten vertegenwoordigd dan landelijk (32% versus 44%) (Schellevis et al, 2002).

De gegevens waarover in dit hoofdstuk gerapporteerd wordt zijn afkomstig van een registratie onder huisartsen die deelnemen aan de NS2. Gedurende een jaar hebben huisartsen van alle contacten die zij met patiënten hadden de diagnoses, voorgeschreven medicatie en verwijzingen geregistreerd in het HIS (Huisarts Informatie Systeem). Gedurende een periode van 6 weken zijn ook de verrichtingen in de huisartspraktijk en de consultduur geregistreerd. Alle deelnemende huisartspraktijken maken gebruik van een elektronisch medisch dossier. Onderzoek van Westert et al (2002) laat zien dat huisartsen die gebruik maken van een geautomatiseerde praktijkvoering geen verschillen in medisch handelen laten zien ten opzichte van huisartsen die minder intensief of geen gebruik maken van een elektronisch medisch dossier. Het uitgangspunt bij de gegevens van de

NS2 is hier dus een registratie onder huisartsen die een goed beeld geeft van de huisartsenzorg in Nederland.

Ter aanvulling worden gegevens gebruikt uit een landelijke enquête van de WOK en het NIVEL van 2001 over de rol van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg (Visscher e.a., 2002). Deze enquête is ingevuld door 1336 huisartsen en is in vorige interim-rapportage uitgebreid aan de orde gekomen.

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan morbiditeit, prescripties, verwijzingen en werkbelasting in de huisartspraktijk. Vervolgens zal worden ingegaan op de vraag of patiënten met psychische of sociale problemen op de juiste plaats behandeld worden. Hieronder wordt per onderwerp beschreven welke gegevens we gebruikt hebben. Het aantal praktijken dat betrokken is bij de analyses kan per onderwerp verschillen. Dit is afhankelijk van de kwaliteit van de gegevens en de periode waarover gegevens beschikbaar zijn. Alleen gegevens uit het eerste kwartaal van 2001 worden betrokken bij de analyses.

#### **4.2.1 Morbiditeit**

In deze voormeting wordt in kaart gebracht hoe vaak psychische en sociale problemen van patiënten gediagnosticeerd worden in de huisartspraktijk. We richten ons daarbij op de diagnoses die huisartsen bij patiënten gesteld hebben door middel van diagnosecodes volgens de International Classification of Primary Care (ICPC), (Lamberts et al, 1986). De focus ligt op diagnoses in het ICPC-hoofdstuk P (psychische problemen) en Z (sociale problemen).

Bij de beschrijving van morbiditeit in de huisartspraktijk gebruiken we de gegevens van 88 praktijken. Deze praktijken hebben hun contacten met patiënten gedurende het hele eerste kwartaal van 2001 vastgelegd en hebben kwalitatief voldoende geregistreerd.

We rapporteren over deelcontacten in de huisartspraktijk. Een deelcontact is een contact waarbij door de patiënt één probleem aan de orde wordt gesteld; een consult kan uit meerdere deelcontacten bestaan wanneer een patiënt meerdere problemen aan de orde stelt. Een deelcontact kan onderdeel zijn van een consult, een visite of een telefoontje met de huisarts of soms een praktijkassistent of -verpleegkundige.

Bij de 88 praktijken waarvan wij morbiditeitsgegevens beschikbaar hebben staan in totaal 342.182 patiënten ingeschreven.

#### **4.2.2 Prescripties**

De groep patiënten die in het eerste kwartaal 2001 een deelcontact heeft gehad met de huisartspraktijk waarbij een P of Z diagnose is gesteld, is nader geanalyseerd. Van deze patiënten is door de huisarts vastgelegd welke medicatie is voorgeschreven. We hebben een indeling gemaakt in 3 relevante groepen medicatie bij psychische en sociale problemen: anti-depressiva, anxiolytica (kalmeringsmiddelen) en hypnotica/sedativa (slaapmiddelen). Anti-depressiva zijn nog verder onderverdeeld in klassieke anti-

depressiva (TCA's, Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (Serotonine heropnameremmers). Er wordt inzichtelijk gemaakt hoe vaak deze medicatie wordt voorgeschreven bij patiënten met psychische en sociale problemen. Over de meest prevalent voorkomende P en Z diagnoses wordt apart gerapporteerd, namelijk depressie, slaapproblemen, angst, stress en problemen met de omgeving (relatie, werk). We beschikken over de prescriptiegegevens van 87 huisartspraktijken waar in totaal 14.834 patiënten bekend zijn die in het eerste kwartaal van 2001 een deelcontact met een P of Z diagnose hebben gehad. Deze 87 praktijken zijn onderdeel van de 88 praktijken waarover we morbiditeitsgegevens beschikbaar hebben. In totaal staan bij deze 87 praktijken 339.577 patiënten ingeschreven.

### 4.2.3 Verwijzingen

We rapporteren over de verwijzingen van 11.269 patiënten met een P of Z diagnose in het eerste kwartaal van 2001 in 63 huisartspraktijken, waar in totaal 245.519 patiënten staan ingeschreven. Daarbij maken we, net zoals bij de medicatiegegevens, onderscheid naar subgroepen van patiënten met veel voorkomende P en Z diagnoses. Uit de registratiegegevens in de huisartspraktijken is bekend of er in het eerste kwartaal 2001 verwezen is door de huisarts binnen de eerstelijns of naar de tweedelijns GGZ. Daarbij moeten we vermelden dat er altijd sprake is van onderrapportage. Huisartsen waren alleen verplicht om nieuwe verwijzingen van patiënten te registreren; herhaalverwijzingen of achteraf verwijzingen zijn niet of nauwelijks geregistreerd. Men was ook niet verplicht verwijzingen naar de vrijgevestigd psycholoog en het maatschappelijk werk te registreren. Verwijzingen binnen de eerstelijns zullen daarom ondervertegenwoordigd zijn in deze gegevens ten opzichte van tweedelijns verwijzingen. Vooral verwijzingen naar het AMW zijn veel minder vastgelegd dan in werkelijkheid het geval is. Het AMW is immers vrij toegankelijk. De huisarts zal patiënten wel adviseren naar het AMW te gaan maar een officiële verwijzing is niet verplicht.

### 4.2.4 Werkbelasting

Werkbelasting kan op allerlei manieren geoperationaliseerd worden. In de literatuur worden verschillende definities naast elkaar gebruikt (zie overzicht Groenewegen & Hutten, 1991). Allereerst wordt onderscheid gemaakt tussen subjectieve en objectieve werkbelasting. Subjectieve werkbelasting komt voort uit de beleving van de huisarts en wordt vaak gemeten door te kijken naar het gevoel van belasting van de huisarts, werkstress en arbeidssatisfactie. Objectieve werklast betreft de hoeveelheid tijd die de huisarts aan zijn werk besteedt. Zo wordt bijv. vaak gekeken naar het aantal consulten dat een huisarts voert of het aantal uren dat een huisarts werkt. Dit zijn maten waarmee in grote lijnen iets te zeggen is over 'drukke' en minder drukke huisartsen. Hierbij spelen allerlei factoren een rol, zoals bijvoorbeeld kenmerken van de praktijk (o.a. ondersteuning in de praktijk, solo of groepspraktijk), huisartskenmerken (zoals werkstijl, competentie) en patiëntkenmerken (o.a. leeftijd, geslacht, etniciteit, soort problematiek).



In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de invloed van de soort problematiek van de patiënt (psychisch/sociaal versus andere problematiek) op de werkbelasting van de huisarts. Daarbij maken we gebruik van **relatieve maten** van werklast; we proberen in kaart te brengen in hoeverre de werkbelasting voor patiënten met psychische of sociale diagnoses groter is dan voor problematiek in andere probleemcategorieën. Daarbij doen we geen uitspraken over de totale werkbelasting van de huisarts, zoals de totale tijdsinvestering van de huisarts of zijn algehele gevoel van werkbelasting, maar richten we ons op de vergelijking in werkbelasting tussen verschillende groepen patiënten. We gebruiken daarbij de onderstaande relatieve maten voor werklast. Allereerst :

- **Subjectieve werklast** van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problemen. Daarvoor gebruiken we gegevens uit de WOK/NIVEL-enquête uit 2001. Huisartsen hebben aangegeven of ze vinden dat de zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen veel meer tijd kost dan de zorg voor patiënten met uitsluitend somatische problemen.
- **Consultlengte** van contacten met een P of Z diagnoses versus andere contacten met andere diagnoses. In de WOK/NIVEL-enquête uit 2001 hebben huisartsen aangegeven hoeveel tijd zij normaliter per patiënt reserveren tijdens het afsprakenpreekuur en hoeveel tijd een consult met een patiënt met psychische of somatische problemen gemiddeld in beslag neemt.

De andere maten voor werklast worden berekend aan de hand van de gegevens van de contactregistratie van de Nationale Studie van de 88 praktijken waarover we ook morbiditeitsgegevens rapporteren. Bij deze 88 huisartspraktijken staan in totaal 342.182 patiënten ingeschreven, waarvan 147.096 patiënten in het eerste kwartaal 2001 contact hadden met de huisartspraktijk. 14.913 patiënten daarvan hadden in het eerste kwartaal van 2001 een deelcontact met een P of een Z diagnose en 125.254 patiënten kregen één of meer andere diagnoses. In onderstaande tabel zijn enkele patiëntgegevens opgenomen van de verschillende groepen patiënten, als achtergrond bij de interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk.

Tabel 4.1 Patiëntgegevens van patienten uit 88 huisartspraktijken die de huisartspraktijk hebben bezocht in het eerste kwartaal van 2001

	Patiënt met P of Z diagnose	Patiënt met andere diagnose(s)
	(N=14.913)	(N=125.254)
Gemiddelde leeftijd, waarvan:	47 (sd=21)	41 (sd=23)
0-14 jaar	7%	16%
15-24 jaar	7%	11%
25-44 jaar	34%	29%
45-64 jaar	31%	26%
65 jaar en ouder	21%	18%
% mannen	38%	43%
% ziekenfonds verzekerd	75%	71%

Onderstaande maten voor werklust zijn gebaseerd op de contactregistratie bij 88 huisartspraktijken. Gemiddelden worden vergeleken door middel van een T-toets.

- **Contactfrequentie** bij patiënten met een P of Z diagnose versus andere patiënten. De vraag is of patiënten met psychische of sociale problematiek de huisarts vaker bezoeken dan patiënten met ander soort problematiek. Gekeken is of het aantal (deel)contacten van de groep patiënten met een P of Z diagnose in het eerste kwartaal van 2001 significant afwijkt van het aantal (deel)contacten van de groep patiënten zonder P of Z diagnose. Patiënten waarvan de diagnose onbekend is en patiënten die de huisartspraktijk in die periode niet bezocht hebben zijn buiten de vergelijking gehouden.
- **Aantal problemen per consult** bij patiënten met P of Z diagnoses versus andere patiënten. Er is gekeken door middel van een T-toets berekend of er bij patiënten met een psychische of sociale diagnose meer problemen per consult aan de orde komen dan bij andere patiënten.
- **Aantal problemen per consult** bij een consult met een P of Z diagnose of bij consulten met andere diagnoses. Gekeken wordt of consulten waarbij een P of Z diagnose wordt gesteld uit meer deelcontacten bestaan dan andere consulten (T-toets).
- **Aantal problemen per ziekte-episode** bij een P of Z episode of bij andere episodes. Als patiënten meerdere keren contact hebben met de huisartspraktijk voor hetzelfde probleem, spreken we van één ziekte-episode. Gekeken is of een ziekte-episode met een psychische of sociale diagnose uit meer deelcontacten bestaat dan episodes met een andere diagnose in het eerste kwartaal van 2001 (T-toets).

De deelcontactfrequentie en het aantal problemen per ziekte-episode worden ook berekend voor patiënten met de 5 meest prevalentie subgroepen van diagnoses (zie 'prescriptie').

## 4.3 Resultaten

### 4.3.1 Morbiditeit in de huisartspraktijk

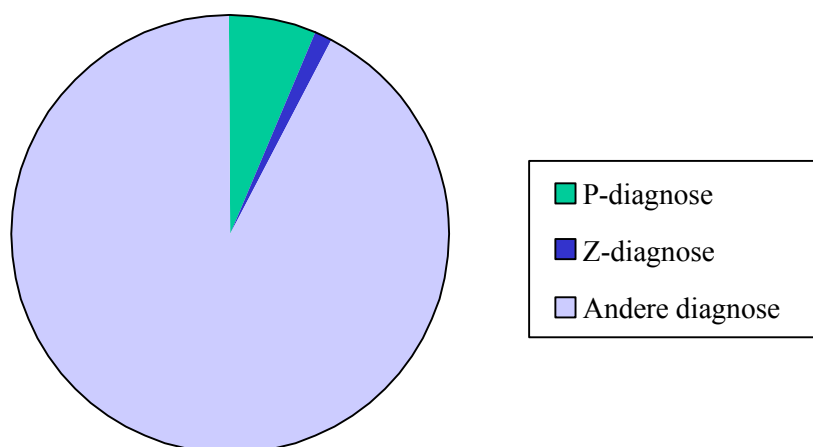
Tabel 4.2: Deelcontacten per ICPC hoofdstuk in de huisartspraktijk, eerste kwartaal 2001

ICPC hoofdstuk	Aantal deelcontacten /1000 ingeschreven patiënten	% van alle deelcontacten (N=316.779)
A: Algemeen	70,09	7,6
B: Bloed en bloedvormende organen	10,44	1,1
D: Tractus digestivus	67,00	7,2
F: Oog	22,17	2,4
H: Oor	39,81	4,3
K: Tractus circulatorius	86,74	9,4
L: Bewegingsapparaat	148,68	16,1
N: Zenuwstelsel	26,41	2,9
<b>P: Psychische problemen</b>	<b>60,33</b>	<b>6,5</b>
R: Tractus respiratorius	131,86	14,2
S: Huid en subcutis	113,46	12,3
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	37,15	4,0
U: Urinewegen	27,73	3,0

ICPC hoofdstuk	Aantal deelcontacten /1000 ingeschreven patiënten	% van alle deelcontacten (N=316.779)
W: Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	26,37	2,8
X: Geslachtsorganen vrouw	36,38	3,9
Y: Geslachtsorganen man	9,78	1,1
<b>Z: Sociale problemen</b>	<b>11,37</b>	<b>1,2</b>
Onbekende diagnose	78,72	-
Totaal aantal deelcontacten	995,6	100,0

In tabel 4.2 is zichtbaar hoe vaak in het eerste kwartaal van 2001 diagnoses in 18 hoofdcategorieën voorkomen. Ook is opgenomen welk deel van het totaal aantal deelcontacten psychische of sociale diagnoses betreft. Psychische en sociale diagnoses komen voor bij 7,7% van de deelcontacten. Psychische diagnoses komen vaker voor dan sociale diagnoses. Per 1000 patiënten zijn er 60 deelcontacten met een psychische probleem en 11 over een sociaal probleem in het eerste kwartaal van 2001. In figuur 4.1 is het aandeel van P en Z diagnoses op het totale aantal deelcontacten (rechter kolom van tabel 4.2) grafisch weergegeven.

Figuur 4.1: Aandeel van deelcontacten met een P- of Z- diagnose op het totale aantal deelcontacten in het eerste kwartaal van 2001



In tabel 4.2 en figuur 4.1 is gerapporteerd op het niveau van de deelcontacten. Een deelcontact maakt onderdeel uit van een contact met de huisarts of assistente; binnen één contact kunnen door de patiënt meerdere problemen aan de orde worden gesteld. Als de huisarts dan ook meerdere diagnoses stelt is er sprake van meerdere deelcontacten binnen één contact.

Het feit dat in 8% van de deelcontacten een psychische of een sociale diagnose wordt gesteld wil niet zeggen dat psychische factoren geen rol spelen bij de andere 92% van de contacten. Psychische factoren zullen bij meer problemen van patiënten een rol spelen, maar dit hoeft lang niet altijd te resulteren in een diagnose in het ICPC-hoofdstuk P of Z. Wanneer huisartsen aangeven bij hoeveel contacten met patiënten psychische factoren ook een rol spelen, wordt een beduidend hoger percentage dan 8% gegeven. Onderzoek op basis van materiaal van de eerste Nationale Studie van het NIVEL onder huisartsen in 1987/1988 zien dat huisartsen 31,7% van de deelcontactdiagnoses als niet puur somatisch beoordelen (Verhaak, 1995). Naast de ICPC-hoofdstukken ‘Psychische’ en ‘Sociale Problemen’, worden diagnoses in de hoofdstukken ‘Algemeen’, ‘Tractus digestivus’, ‘Bewegingsapparaat’, ‘Zenuwstelsel’, ‘Endocrien/metabolisme’ en ‘Geslachtsorganen man en vrouw’ in meer dan 25% van de gevallen als niet puur somatisch beoordeeld.

Tabel 4.3: Meest voorkomende P en Z diagnoses op deelcontactniveau per 1000 patiënten

	ICPC	Beschrijving	Aantal deelcontacten /1000 ingeschreven patiënten	% van alle P en Z deelcontacten
1	P76	Depressie	12,43	17,3
2	P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	8,40	11,7
3	P01	Angstig/nervuus/gespannen gevoel	7,39	10,3
4	P74	Angststoornis/angsttoestand	4,29	6,0
5	P78	Neurasthenie/surmenage	3,78	5,3
6	P03	Down/depressief gevoel	3,43	4,8
7	P02	Crisis/voorbijgaande stress-reactie	2,88	4,0
8	P17	Tabakmisbruik	1,96	2,7
9	Z12	Relatieprobleem met partner	1,88	2,6
10	Z05	Probleem met werksituatie	1,74	2,4

In tabel 4.3 is opgenomen welke diagnoses binnen de P en Z diagnoses het meest voorkomen. Depressie komt het meest voor, gevolgd door slapeloosheid, angstgevoelens/stoornissen en surmenage. Van de sociale problemen komen

relatieproblemen en problemen met de werksituatie het meest voor. Deze tabel vormt de basis voor een indeling in veel voorkomende P en Z diagnoses waarover we prescriptie- en verwijscijfers rapporteren. In bijlage 1 is de complete tabel met alle P en Z diagnoses opgenomen.

### 4.3.2 Prescriptie

In tabel 4.4 is opgenomen welke medicatie is voorgeschreven bij patiënten met een P of Z diagnose in de categorieën anti-depressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen. We beschikken over de gegevens van 87 huisartspraktijken; in totaal zijn in die praktijken 14.834 patiënten bekend die in het eerste kwartaal van 2001 een deelcontact hebben gehad met een P of Z diagnose.

Tabel 4.4: Prescripties in hoofdgroepen van medicatie bij 14.834 patiënten met een P of Z diagnose gedurende het eerste kwartaal 2001

<b>Prescripties per 1000 patiënten met een P of Z diagnose</b>	
N05B Kalmeringsmiddelen	462
N05C Slaapmiddelen	369
N06A Anti-depressiva, waaronder:	567
- N06AA TCA's	100
- N06AB SSRI's	352
Totaal van bovengenoemde categorieën	1399

Gemiddeld is er 1,4 recept uit de categorieën van tabel 4.4 voorgeschreven per patiënt met een P of Z deelcontact. Medicatie uit alle 3 de categorieën wordt voorgeschreven, waarvan anti-depressiva (vooral SSRI's) het meest. We gaan hieronder in meer detail in op de prescripties van patiënten met psychische of sociale problemen. Daarbij besteden we apart aandacht aan patiënten met de meest prevalent voorkomende psychische en sociale diagnoses, waarbij we de volgende indeling aanhouden:

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



Nadere analyses laten zien dat de bovengenoemde groepen van patiënten niet veel met elkaar overlappen (maximaal 7%). Dat betekent dat de patiënten dus te verdelen zijn over de vijf groepen van diagnoses; er is weinig sprake is van comorbiditeit tussen deze subgroepen van P en Z diagnoses gedurende het eerste kwartaal van 2001.

In tabel 4.5 is opgenomen hoeveel patiënten met een P of Z diagnose gedurende het eerste kwartaal 2001 één of meer prescripties in de 3 hoofdcategorieën van medicatie hebben gekregen.

Tabel 4.5: Percentage patiënten met prescripties in de categorieën anti-depressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen bij verschillende P en Z diagnoses in het eerste kwartaal van 2001

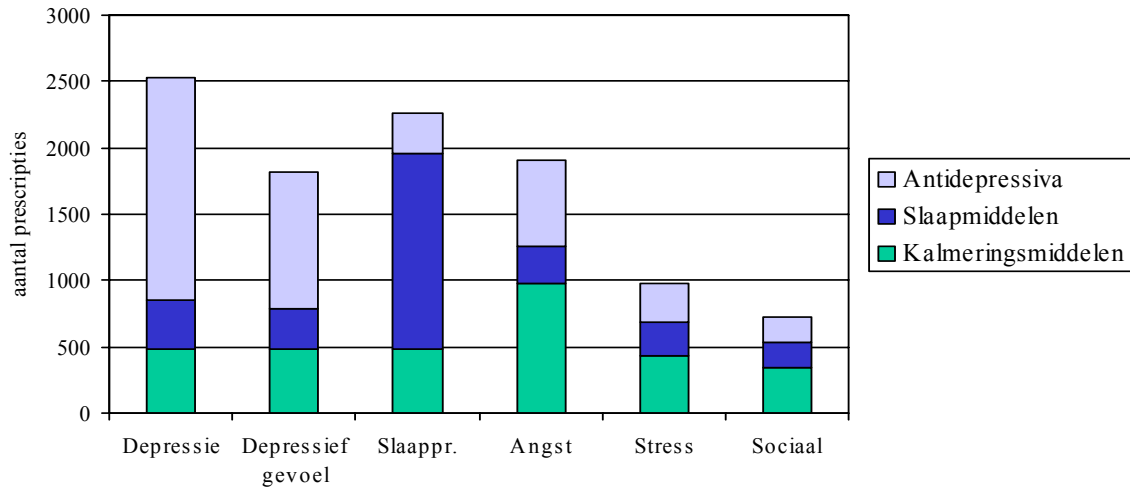
<b>Problematiek</b>	<b>% patiënten met prescriptie</b>
Alle P of Z diagnoses tezamen	54%
Depressie (P76)	83%
Depressief gevoel (P03)	65%
Slaapstoornissen (P06)	88%
Angststoornis (P74)	77%
Angstig gevoel (P01)	67%
Overspannenheid (P78)	36%
Acute stress (P02)	53%
Sociale problemen omgeving (Z05 en Z12)	30%

De patiënten met een diagnose ‘slaapstoornis’ krijgen relatief het meest recepten voorgeschreven. Bij 88% van deze patiënten is gedurende een kwartaal één of meer recepten voorgeschreven. Ook bij depressie en angst wordt relatief vaak medicatie voorgeschreven.

In figuur 4.2 is een overzicht gegeven van het aantal prescripties bij de meest voorkomende diagnose-categorieën. Het aantal prescripties is per diagnosecategorie gebaseerd op de totale groep patiënten in die categorie, waarbij dus ook de groep patiënten is opgenomen die in het eerste kwartaal van 2001 geen medicatie kregen voorgeschreven (zie tabel 4.5). Bij ‘depressie’ is onderscheid gemaakt tussen de diagnose ‘depressie’ en de symptoomdiagnose ‘depressief gevoel’.



Figuur 4.2: Aantal prescripties per 1000 patiënten met verschillende diagnoses in het eerste kwartaal 2001



Over het geheel genomen wordt er vaak medicatie voorgeschreven bij P en Z-diagnoses. Er worden -conform de verwachting- relatief veel anti-depressiva voorgeschreven bij depressie, slaapmiddelen bij slaapstoornissen en kalmeringsmiddelen bij angst.

Kalmeringsmiddelen zien we ook redelijk vaak terug bij stress en bij relatie- of werkproblemen.

Wanneer we de stoornis ‘depressie’ vergelijken met de symptoomdiagnose ‘depressief gevoel’, wordt in het eerste geval vaker psychofarmaca voorgeschreven. Dit is vooral aan de SSRI’s toe te schrijven (niet in figuur).

### 4.3.3 Verwijzingen

We beschikken over de verwijscijfers van 63 huisartspraktijken in het eerste kwartaal 2001. Hierover is al in de methodeparagraaf opgemerkt dat de verwijscijfers met betrekking tot Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) niet volledig zijn, omdat deze “verwijzing” in formele zin niet bestaat. De huisarts adviseert de patiënt om contact met het AMW op te nemen, maar het AMW is vrij toegankelijk. Een verwijfsbrief is niet nodig en binnen het huisartsregistratiesysteem LINH, dat door de tweede Nationale Studie gevolgd werd, is “verwijzing naar het AMW” geen verplichte rubriek, evenmin als verwijzingen naar de psycholoog.

Naast AMW en de (vrijgevestigd) psycholoog (niet verplicht) werden verwijzingen naar eerstelijns-psycholoog, psychiatrie, RIAGG (of nazaten daarvan) en vrijgevestigd psychotherapeut geregistreerd.

Bij de 63 huisartspraktijken waarover we verwijzingen rapporteren werd in het eerste kwartaal bij 11.269 patiënten een diagnose in het ICPC-hoofdstuk “Psychisch” of

Sociaal” gesteld. Per 1000 patiënten met een dergelijke diagnose zijn de verwijscijfers naar de onderscheiden verwijsmogelijkheden gegeven in tabel 4.6.

Tabel 4.6: GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een deelcontact waarin diagnose “Psychisch” of “Sociaal” gesteld werd in het eerste kwartaal van 2001.

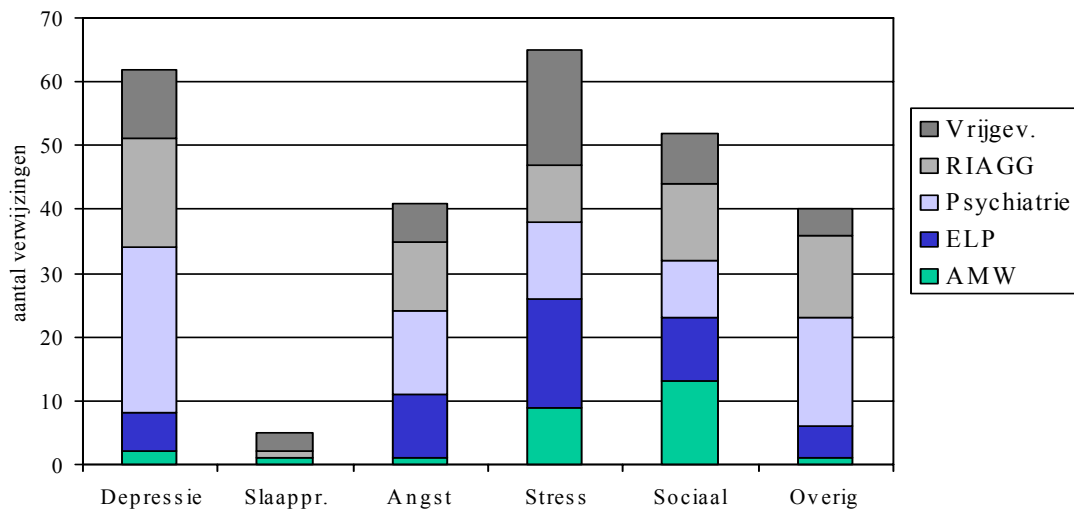
Verwijsdiscipline	Verwijzingen/1000 patiënten met P of Z diagnose
Eerstelijns	
- AMW	5
- Eerstelijnspsycholoog	10
Tweedelijns	
- Psychiatrie	21
- RIAGG	15
- Vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut	10
Totaal	60

In het eerste kwartaal werd 6% van alle patiënten waarbij een diagnose “psychisch” of “sociaal” gesteld werd, verwezen. Zoals gezegd is er bij de eerstelijnsverwijzingen sprake van een onderregistratie. We komen hier in de discussie op terug.

In deze registratie is driekwart van de GGZ-verwijzingen een verwijzing naar de tweedelijns-GGZ. Figuur 4.3 laat zien hoe de verwijzingen naar de verschillende disciplines bij de meest voorkomende diagnoses verdeeld zijn.

Figuur 4.3: Aantal verwijzingen per verwijsbestemming per 1000 patiënten bij

verschillende diagnoses



De meeste verwijzingen vinden plaats bij de diagnoses stress/surmenage en down gevoel/depressie. De veel voorkomende symptoomdiagnose “slaapproblemen” leidt nauwelijks tot een verwijzing. Vijf procent van alle patiënten waarbij een sociaal probleem is geconstateerd wordt verwezen en vier procent waarbij sprake is van de diagnose “nervus/angststoornis.

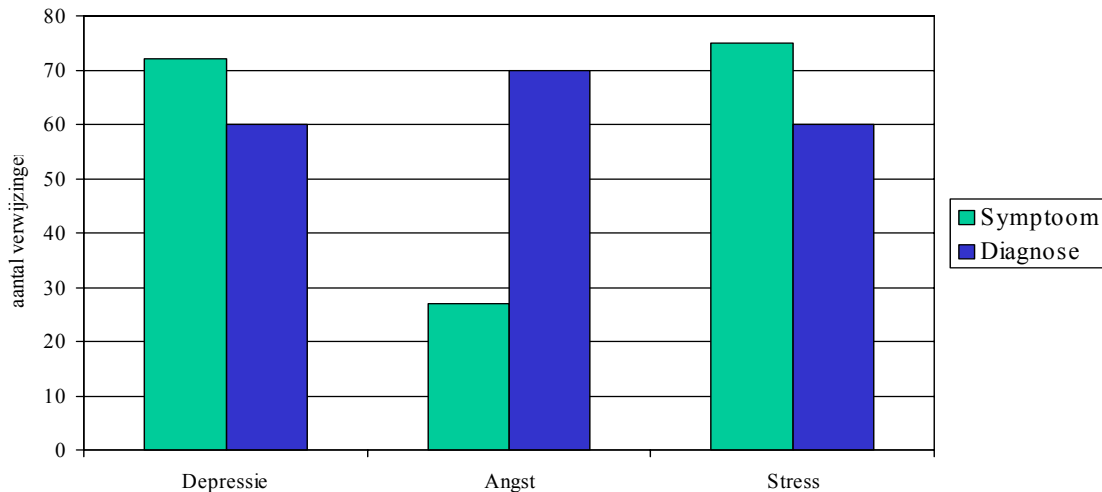
In geval van depressie wordt het meest naar de psychiatrie verwezen. Bij stress en surmenage staat de eerstelijnspsycholoog en de vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut vooraan. Sociale problematiek is min of meer gelijk verdeeld over alle verwijsmogelijkheden. Dit geldt voor angst ook, behalve dat hierbij het AMW buiten beschouwing blijft. De categorie “overige P en Z diagnoses” bevat bij verwijzingen naar de psychiatrie veel diagnoses “overig”, hetgeen duidt op zeldzamer (of voor de huisarts niet te diagnosticeren) aandoeningen; ook aandoeningen van kinderen komen voor bij verwijzingen naar de psychiatrie. “Overige diagnoses” gaan behalve naar psychiatrie ook veel naar de RIAGG. Hier zijn het onder andere diagnoses met betrekking tot kinderen, dementie en persoonlijkheidsstoornissen.

Zoals gezegd moet bij de interpretatie van deze figuur rekening gehouden worden met de onderrapportage waar het advies om met het AMW contact op te nemen betreft. Het AMW zal met name bij stress en sociale problematiek een grotere rol spelen dan hier is weergegeven.

In figuur 4.3 zijn bij depressie, angst en stress de symptoom diagnoses (respectievelijk down/depressief gevoel, nerveus/gespannen, en stress) over een kam geschoren met de ziektediagnoses depressie, angststoornis en surmenage/overspannenheid. Men zou, heel grof genomen, kunnen stellen dat de symptoomdiagnose op een lichtere vorm van problematiek wijst dan de ziektediagnose. Om na te gaan in hoeverre dit onderscheid een verschil betekent wanneer beide categorieën uit elkaar worden genomen is in figuur 4.4

weergegeven wat het aantal verwijzingen/1000 patiënten is wanneer symptoomdiagnoses en ziektediagnoses onderscheiden worden.

Figuur 4.4: Aantal verwijzingen per 1000 patiënten in het eerste kwartaal 2001: symptoom en diagnose vergeleken



In geval van depressie en stress/overspannenheid worden meer patiënten verwezen bij de symptoomdiagnoses “down gevoel” en “stress”, dan wanneer er een ziektediagnose “depressie” of “overspannenheid/surmenage is genoteerd. In het geval van angst geldt dit niet: patiënten worden vaker verwezen met een “angststoornis” dan met de symptomen “angstig, nerveus”.

#### 4.3.4 Werkbelasting

In deze paragraaf wordt ingegaan op de werkbelasting die patiënten met psychische of sociale problemen voor de huisarts met zich meebrengen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de subjectieve werklast van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problemen, de lengte van de consulten en de (deel)contactfrequentie van patiënten met psychische of sociale problemen.

##### Subjectieve werklast

In de WOK/NIVEL enquête van 2001 heeft 87% van de 1336 huisartsen aangegeven het eens te zijn met de stelling dat de zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen veel meer tijd vraagt dan de zorg voor patiënten met uitsluitend somatische problemen. Ongeveer één vijfde van de huisartsen (19%) gaf in diezelfde enquête aan ondersteuning op het gebied van GGZ in de praktijk te hebben.

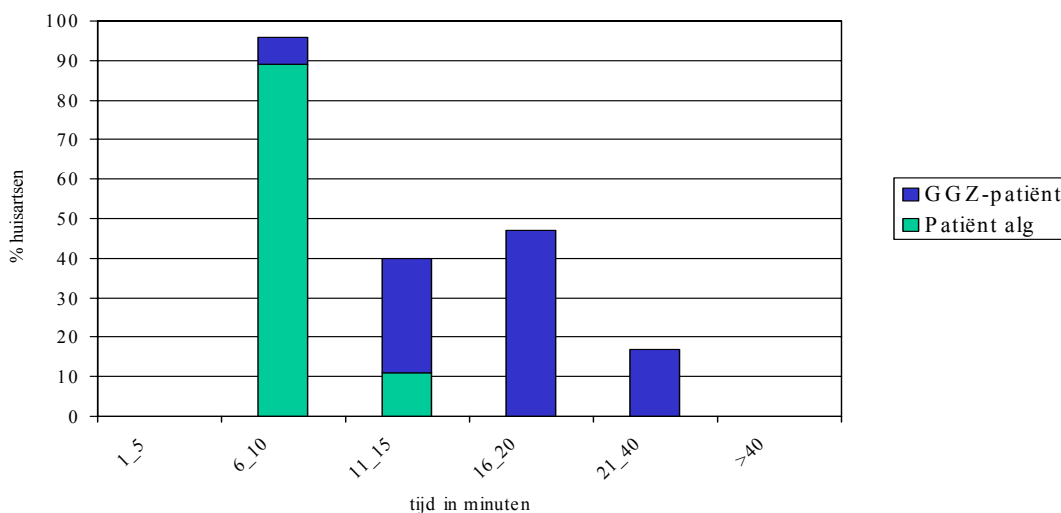
De vraag is waar de extra tijdsinvestering van huisartsen aan patiënten met psychische problemen mee te maken heeft: duren de consulten van patiënten met psychische of sociale problemen langer? Hebben deze patiënten vaker contact met de huisartspraktijk?

### Consultduur per patiënt

In figuur 4.5 is opgenomen hoeveel tijd huisartsen in het algemeen uittrekken voor een consult en hoeveel tijd een consult met patiënten met psychische of psychosociale problemen gemiddeld in beslag neemt, volgens eigen opgave van de huisartsen (WOK/NIVEL-enquête 2001). Uit figuur 5 blijkt dat er gemiddeld 10 minuten wordt uitgetrokken voor een consult; een consult van een patiënt met psychische of psychosociale problemen duurt gemiddeld 19 minuten, volgens opgave van de huisartsen. Een GGZ consult duurt gemiddeld dus bijna 2 keer zo lang.

89% van de huisartsen trekt 6 tot 10 minuten uit voor een consult. Bij een consult met psychische of psychosociale problemen is de spreiding groter: bijna de helft van de huisartsen geeft aan hier gemiddeld 16-20 minuten mee bezig te zijn; 29% heeft daar 11 tot 15 minuten voor nodig en 17% van de huisartsen geeft aan dat een consult met psychische/sociale problematiek 21 tot 40 minuten in beslag neemt. Slechts 7% van de huisartsen geeft aan in 6-10 minuten een consult met een GGZ-patiënt af te kunnen ronden, de tijd die gemiddeld wordt uitgetrokken voor een consult.

Figuur 4.5: Gemiddelde consultduur bij een algemeen consult en bij een consult met patiënten met psychische of psychosociale problematiek



### Contactfrequentie en aantal problemen per consult

Als maat voor de werklast hebben we ook gekeken naar de contactfrequentie van patiënten bij de huisarts en het aantal diagnoses dat binnen een consult wordt gesteld. Hoe vaker een patiënt contact opneemt met de huisartspraktijk, hoe belastender dat zal zijn voor de huisarts. Ook zal een consult meer belastend zijn voor de huisarts wanneer er meerdere problemen aan de orde komen dan wanneer het consult uit maar één deelcontact bestaat.

Gekeken is of er verschillen zijn in contactfrequentie en het aantal diagnoses per consult tussen patiënten met een P of Z diagnose en andere patiënten. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen patiënten die in het eerste kwartaal van 2001 een deelcontact hebben

gehad met een P of Z diagnose en patiënten die in het eerste kwartaal van 2001 wel contact hebben gehad met de huisartspraktijk, maar een diagnose in een ander ICPC hoofdstuk hebben gekregen. In de methodeparagraaf zijn de kenmerken van de deze groepen patiënten in meer detail weergegeven.

In tabel 4.7 zijn de verschillen zichtbaar tussen patiënten met een P en Z diagnose en andere diagnoses. We maken gebruik van de registratiegegevens van 88 huisartspraktijken waarin in totaal 342.182 patiënten staan ingeschreven. De analyses zijn gebaseerd op de groep van 147.096 patiënten die in het eerste kwartaal 2001 de huisartspraktijk hebben bezocht. 14.913 daarvan hebben in dat kwartaal 1 of meerdere deelcontacten met een P of Z diagnose gehad. Daarnaast is in tabel 4.7 een vergelijking gemaakt tussen consulten waarbij een P of Z diagnose is gesteld en consulten met andere diagnoses. Tenslotte is gekeken naar verschillen tussen ziekte-episodes met een psychische of sociale diagnose en episodes met andere diagnoses.

Tabel 4.7: Gemiddelde contactfrequentie en aantal diagnoses per consult bij patiënten, consulten en episodes met en zonder P of Z diagnose **in het eerste kwartaal van 2001**

	<b>Patiënt met P of Z-diagnose (N=14.913)</b>	<b>Patiënt met andere diagnose(s) (N=125.254)</b>
Gemiddeld aantal diagnoses (=deelcontacten)	3,83 (3,26)	2,22 (1,82)*
Gemiddeld aantal contacten	3,15 (2,59)	1,96 (1,53)*
Gemiddeld aantal diagnoses per contact	1,25 (0,46)	1,14 (0,35)*
	<b>Consult met P of Z diagnose (N=24.035)</b>	<b>Consult met andere diagnose(s) (N=271.375)</b>
Gemiddeld aantal diagnoses per contact	1,14 (0,44)	1,08 (0,31)*
	<b>Episode met P of Z diagnose (N=15.758)</b>	<b>Episode met andere diagnose (N=217.294)</b>
Gemiddeld aantal deelcontacten per episode	1,57 (1,18)	1,31 (0,84)*

\* p<.000

(..) = standaardafwijking

In tabel 4.7 zijn groepen patiënten vergeleken die in het eerste kwartaal van 2001 contact hebben gehad met de huisartspraktijk. Het blijkt dat patiënten met een P of Z diagnose meer (deel) contacten hebben gehad met de huisartspraktijk dan andere patiënten. Gemiddeld heeft een patiënt met een P of Z diagnose 3,15 keer in één kwartaal contact

met de huisartspraktijk en krijgt bij die consulten gemiddeld 3,83 diagnoses van de huisarts. Zij bezoeken de huisarts ruim anderhalf keer zo vaak als patiënten met andere diagnoses, die 1,53 keer per kwartaal contact opnemen met de huisartspraktijk en daarbij 1,82 diagnoses krijgen.

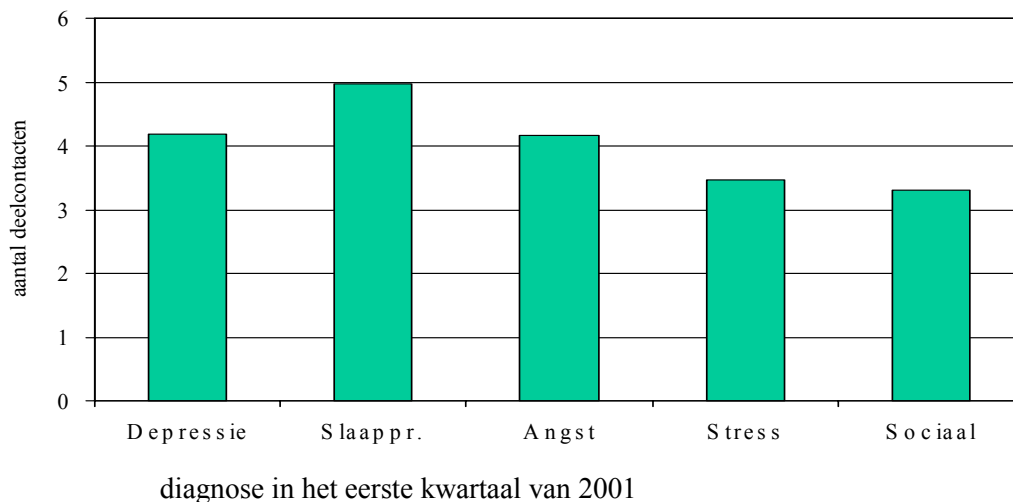
Wanneer we alleen kijken naar de contacten waarbij een P of Z probleem wordt gediagnosticeerd, blijkt dat bij deze contacten gemiddeld iets meer diagnoses worden gesteld dan bij andere contacten maar dit verschil is klein (1,14 diagnose bij een contact met een P of Z diagnose versus 1,08 diagnose bij een ander consult).

Als patiënten meerdere keren contact hebben met de huisartspraktijk voor hetzelfde probleem, spreken we van één ziekte-episode bij de huisarts. In bovenstaande tabel is gekeken of ziekte-episodes met een P of Z diagnose uit meer deelcontacten bestaan dan episodes met een andere diagnose in het eerste kwartaal van 2001. Dit blijkt het geval te zijn; een ziekte-episode met een P of Z diagnose bestaat gemiddeld uit ruim anderhalf deelcontact, terwijl episodes met andere diagnoses gemiddeld uit 1,31 contact bestaan. We kijken hier alleen naar de deelcontacten die hebben plaatsgevonden in het eerste kwartaal van 2001; in werkelijkheid zullen ziekte-episodes langer duren, als naar een langere periode dan een kwartaal wordt gekeken.

Bij de resultaten in tabel 4.7 is niet gecorrigeerd op patiëntkenmerken. Wellicht dat andere patiëntkenmerken een rol kunnen spelen bij het verklaren van verschillen tussen de groep patiënten met P en Z-diagnoses versus andere diagnoses. Patiënten uit de P of Z groep zijn gemiddeld iets ouder dan de groep met andere diagnoses (47 versus 41 jaar), iets vaker ziektenfonds verzekerd (75% versus 71%) en iets vaker vrouw (62% versus 57%). In de methodesectie zijn deze verschillen in een tabel weergegeven.

In figuur 4.6 is een onderverdeling gemaakt in het aantal deelcontacten per patiënt wanneer de patiënt in het eerste kwartaal van 2001 één van eerder genoemde clusters van P of Z diagnoses heeft gekregen. Daarbij wordt het totale aantal deelcontacten in een kwartaal tijd bedoeld, dus inclusief deelcontacten waarbij een andere diagnose wordt gesteld.

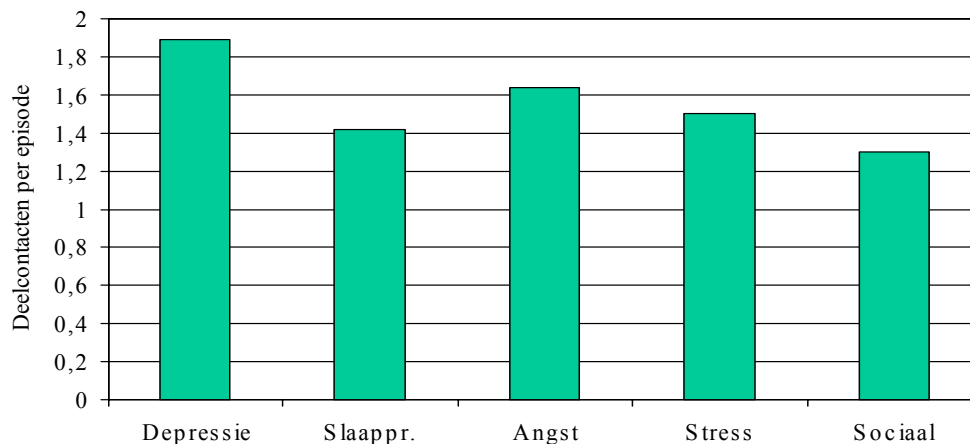
Figuur 4.6: Aantal deelcontacten bij patiënten met verschillende categorieën van P en Z



Patiënten met een diagnose in de categorie ‘slaapproblemen’ hebben gedurende een kwartaal de meeste deelcontacten met de huisartspraktijk, gemiddeld bijna 5 keer, gevolgd door patiënten met een diagnose ‘depressie’ of angst’ (iets meer dan 4 keer een deelcontact). Patiënten met stress of sociale problemen hebben relatief minder deelcontacten. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de leeftijd van de patiënten binnen de diagnosecategorieën hier een rol bij kan spelen. Patiënten met de diagnose ‘slaapproblemen’ hebben gemiddeld een hogere leeftijd dan patiënten in de andere diagnosecategorieën. Oudere mensen hebben vaak meer gezondheidsproblemen dan jongere mensen, waardoor zij sowieso vaker de huisarts zullen bezoeken. Patiënten met stress of sociale problemen zijn gemiddeld juist jonger dan patiënten met een diagnose ‘slaapproblemen’, ‘angst’ of ‘depressie’.

Ook het aantal deelcontacten per ziekte-episode is nader beschouwd voor patiënten met diagnoses in de P of Z hoofdstukken. In figuur 4.7 zijn de verschillen per subgroep van P en Z diagnose zichtbaar. Daaruit blijkt dat binnen een episode depressie de meeste deelcontacten plaatsvinden, bij een episode sociale problemen (werk/relatie) het minst.

Figuur 4.7: Gemiddeld aantal deelcontacten per episode bij patiënten met verschillende categorieën van P en Z diagnoses in het eerste kwartaal van 2001



#### 4.4 Conclusies

De voormeting met betrekking tot de hulpverlening van de huisarts leidt tot de volgende conclusies.

Psychische en sociale problemen komen weliswaar veelvuldig voor in de huisartspraktijk, maar maken slechts een relatief klein deel van het totale probleem aanbod uit: ongeveer één dertiende van alle deelcontacten van een huisarts (8%) betreft een psychisch of sociaal probleem. De belangrijkste hiervan vallen onder de kopjes “depressie”, “angst”, “stress/overspannenheid”, “slapeloosheid” en sociale problemen, waarvan relatieproblemen en werkproblemen de belangrijkste zijn. Contacten betreffende ernstige



psychiatrische stoornissen die in het algemeen specialistische behandeling behoeven, zoals persoonlijkheidsstoornissen, psychosen en schizofrenie worden bij minder dan één op de duizend patiënten aangetroffen.

Dat wil niet zeggen dat somatische problemen die in de huisartspraktijk naar voren komen niet ook een psychische component kunnen hebben. Onderzoek uit de eerste Nationale Studie in de huisartspraktijk laat bijvoorbeeld zien dat huisartsen bijna eenderde van de deelcontacten als niet puur somatisch beschouwt. Ook uit de rapportage over de WOK/NIVEL-enquête van 2001 blijkt dat huisartsen hebben aangegeven bij gemiddeld 20% van de consulten te maken te hebben met psychische of psychosociale problematiek van patiënten (Visscher et al, 2002).

Het gegeven dat veruit de meeste psychische problemen die in de huisartspraktijk worden gezien betrekking hebben op angst, depressie en psychosociale problemen met betrekking tot werk en relatie komt overeen met wat hierover in de epidemiologische literatuur over de huisartspraktijk bekend is (vgl. Bijl et al, 1997, Lamberts 1991, Verhaak 1995)

Bij psychische en sociale diagnoses wordt in veel gevallen psychofarmaca voorgeschreven. Gemiddeld wordt gedurende een kwartaal bij 54% van de patiënten met een P of Z diagnose psychofarmaca voorgeschreven in de categorieën anti-depressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen. Vooral bij slaapstoornissen en depressie wordt vaak medicatie voorgeschreven, resp. bij 88% en 78% van de patiënten met de betreffende diagnose.

Ook bij patiënten met een diagnose angst wordt bij 70% één of meerdere recepten voorgeschreven. Conform de verwachting worden er veel anti-depressiva voorgeschreven bij depressie, slaapmiddelen bij slaapproblemen en kalmeringsmiddelen bij angst. Kalmeringsmiddelen worden ook redelijk vaak voorgeschreven bij stress en bij relatie- of werkproblemen. In het algemeen worden psychofarmaca bij angst en depressie bijna even vaak voorgeschreven wanneer de arts als diagnose een symptoom (angstig of depressief gevoel) noteert dan wanneer hij de diagnose “angsstoornis” of “depressie” stelt.

In tegenstelling tot het veelvuldig voorschrijven van psychofarmaca, zijn de aangetroffen verwijscijfers laag. In totaal worden in onze registratie in het eerste kwartaal van 2001 6% van de patiënten met een P of Z diagnose verwezen naar een GGZ-discipline. In drie kwart van de gevallen betreft dat een verwijzing naar de tweedelijns GGZ. Bij patiënten in de diagnosecategorie depressie wordt het meest verwezen naar de psychiatrie, bij angst en sociale problematiek wordt naar alle categorieën behalve het AMW verwezen en bij stress wordt vooral naar de eerstelijnspsycholoog en vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut verwezen. Bij slaapproblemen wordt heel weinig verwezen. Hierbij moet rekening gehouden worden met de onderrapportage waar we eerder op gewezen hebben. Vooral wat het AMW betreft zal het verwijscijfer te laag zijn. Bij bijvoorbeeld sociale problemen en stress zal vaker naar het AMW worden verwezen dan hier vermeld. Bij vergelijking van deze verwijscijfers met andere verwijscijfers blijkt ook dat de hier gerapporteerde verwijscijfers te laag zijn.

Zo rapporteerden we in het eerste interimrapport op basis van schattingen van huisartsen in een enquête met name een veel hoger verwijscijfer voor AMW en eerstelijnspsycholoog (Meijer et al, 2002).

In de presentatie van de verwijscijfers is in dit hoofdstuk onderscheid gemaakt tussen verwijzingen bij symptoom- en ziektediagnoses. Een opvallende bevinding is dat bij de symptoomdiagnoses ‘depressief gevoel’ en ‘stress’ even vaak wordt verwezen als bij de ziektediagnoses ‘depressie’ en ‘surmenage’. Bij angst is dat niet het geval: bij angststoornissen wordt vaker verwezen dan bij de symptoomdiagnose ‘angstig, nerveus gevoel’. Daarbij moet opgemerkt worden dat de mogelijkheid bestaat dat het onderscheid tussen symptoom- en ziektediagnoses niet door alle huisartsen duidelijk is vastgelegd in de registratie; wellicht registreren sommige huisartsen meer in termen van diagnoses en anderen meer in symptomen.

Een consult met een patiënt met psychische of sociale problemen duurt volgens schattingen van de huisarts gemiddeld bijna 2 keer zo lang -bijna 20 minuten- als een reguliere afspraak van 10 minuten. Ook uit de literatuur over werkbelasting blijkt dat consulten met patiënten met psychische problematiek en sociale problematiek gemiddeld langer duren dan andere consulten (Wilson, 1991, Deveugele, 2002). Uit onze gegevens blijkt ook dat patiënten met een P of Z diagnose vaker de huisarts bezoeken dan patiënten met andere diagnoses, ruim 3 keer versus bijna 2 keer. In totaal worden er ook meer diagnoses gesteld door de huisarts, in totaal bijna 4 bij patiënten met een P of Z diagnose tegenover ruim 2 bij patiënten met andere diagnoses. Binnen de P en Z diagnoses hebben patiënten met de diagnose ‘slaapproblemen’ de meeste deelcontacten met de huisartspraktijk, gemiddeld 5 per kwartaal, gevolgd door angst en depressie (ruim 4 deelcontacten). Patiënten met relatie/werkproblemen of stress hebben gemiddeld iets meer dan 3 deelcontacten in een kwartaal tijd. Hierbij hebben we opgemerkt dat dit deels te verklaren is vanuit de leeftijd van de patiënten: ouderen krijgen vaker de diagnose ‘slaapproblemen’ terwijl patiënten met relatie/werkproblemen gemiddeld jonger zijn. Een ziekte-episode met een P of Z diagnose bestaat binnen een kwartaal uit 1,57 deelcontact, versus 1,31 deelcontact bij een ziekte-episode met een andere diagnose. Bij een ziekte-episode depressie zijn er relatief de meeste deelcontacten met de huisartspraktijk, bijna 2, terwijl episodes ‘slaapproblemen’ en relatie/werkproblemen in respectievelijk 1,3 en 1,4 deelcontacten aan de orde komen. Bij de vergelijking tussen de groepen P en Z-patiënten versus andere patiënten is bij de resultaten opgemerkt dat niet is gecorrigeerd voor andere patiëntkenmerken, die eventueel verschillen in werklast tussen de 2 groepen kunnen verklaren. Overigens zijn deze verschillen, voor zover in kaart gebracht, niet groot.

Op basis van deze bevindingen uit een periode (1<sup>e</sup> kwartaal 2001) die we ten opzichte van de versterkende maatregelen van VWS nog als voormeting beschouwen, concluderen we dat in principe de meeste patiënten met psychische problemen die zich bij de huisarts aanmelden daar gezien hun probleemaanbod ook wel thuishoren. Tegelijk moet ook vastgesteld worden dat deze relatief kleine groep (nog geen 10% van het probleemaanbod in een huisartspraktijk) een relatief zware belasting vormen, zowel in subjectieve zin (gemiddeld schatten artsen er meer dan tweemaal zoveel tijd aan kwijt te zijn) als volgens de registratie. Niet alleen brengt een episode met een psychische of sociale diagnose meer deelcontacten met zich mee, een patiënt met een dergelijke episode heeft ook meer dan anderhalf keer zoveel contacten met de huisarts en brengt tijdens een contact ook meer

problemen naar voren dan een patiënt met alleen maar somatische diagnoses. Daarnaast bestaat de indruk dat patiënten met een diagnose als angst of depressie die in principe door de huisarts behandeld kan worden relatief weinig verwezen worden, en wanneer ze verwezen worden dat er dan weinig differentiatie plaats vindt tussen mensen met een volledige diagnose en mensen die alleen “een depressief gevoel” melden. Men zou verwachten dat deze laatste groep in principe in de eerstelijns behandeld zou kunnen worden, omdat het aantal symptomen klaarblijkelijk te weinig is om tot een diagnose “depressieve stoornis” te besluiten.

Met betrekking tot depressie valt het op dat deze patiënten in de grote meerderheid met medicatie behandeld worden, terwijl richtlijnen in eerste instantie een zekere terughoudendheid in deze aanbevelen. Nadere analyse zou moeten uitwijzen in hoeverre in eerste instantie deze terughoudendheid wel wordt betracht en er pas na het niet verdwijnen van de klachten op medicatie wordt overgegaan. Het is niet goed voorstelbaar dat voor alle 83% van de patiënten met een diagnose “depressie” die psychofarmaca voorgeschreven krijgen zou gelden. Het hoge voorschrijfcijfer komt overeen met gegevens uit ander recent onderzoek (Verhaak et al, 2002).

Ook voor angststoornissen en slaapstoornissen wordt in de overgrote meerderheid van de gevallen medicatie voorgeschreven, waar de richtlijn spreekt van “uitsluitend voorschrijven bij frequente en hevige angstverschijnselen” respectievelijk “voorkom chronisch gebruik door spaarzaam voorschrijven”.

Het is interessant om de komende jaren na te gaan in hoeverre een betere samenwerking met eerstelijns-GGZ, meer consultatieve mogelijkheden en een gerichte deskundigheidsbevordering van invloed zijn op de geconstateerde verwijsstromen, farmacotherapeutische aanpak en de mate waarin psychische problemen bijdragen tot de subjectieve en objectieve werkdruk van de huisarts.

## 5 De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ

### 5.1 Inleiding

In de eerste interim-rapportage (Meijer et al., 2002) is een beeld geschetst van de eerstelijns GGZ zoals die functioneerde vóórdát de maatregelen die het Ministerie van VWS heeft uitgezet ter versterking van de eerstelijns GGZ van kracht waren. Deze stand van zaken is onderdeel van de evaluatiestudie waarin wordt onderzocht of het pakket aan versterkende maatregelen leidt tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ. De eerste interim rapportage wordt in dat kader beschouwd als een voormeting. Als indicatoren voor het tot stand komen van een meer samenhangende en sterkere eerstelijns GGZ is gekozen voor directe en indirecte indicatoren. De directe indicatoren zijn voorwaardenscheppend om tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ te komen. Ze geven een rechtstreeks effect van de versterkende maatregelen weer: toegenomen capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen, toegenomen deskundigheid op GGZ-gebied van de eerstelijnsdisciplines, toegenomen samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ. De indirecte indicatoren weerspiegelen de mate waarin het einddoel van het pakket aan maatregelen is bereikt: toegenomen verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ, afgenomen verwijsstromen van de eerste- naar de tweedelijns GGZ, en behandeling van patiënten waar ze, gezien hun problematiek, goed behandeld kunnen worden (oftewel: hulpverleningskenmerken).

In de eerste interim-rapportage zijn de voormetingsgegevens van bovengenoemde indicatoren beschreven voor huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen. Voor eerstelijnspsychologen zijn gegevens gebruikt van een enquête die in 1998 door het Trimbos Instituut (Ti) is gehouden onder alle eerstelijnspsychologen. Het doel van die enquête was destijds om zicht te krijgen op de hulpverlening door eerstelijnspsychologen, en bevatte onderwerpen zoals takenpakket, werkwijze, cliëntkenmerken, voorkomende problematiek en type hulpverlening. Delen uit die enquête waren ook geschikt om voor de voormeting van de onderhavige evaluatiestudie te gebruiken, te weten voor wat betreft de directe indicator capaciteit en de indirecte indicatoren verwijsstromen en hulpverleningskenmerken. De enquête bevatte geen gegevens over de andere indicatoren die ten behoeve van de evaluatiestudie gekozen zijn: toegenomen deskundigheid op GGZ-gebied en samenwerking. Over deze indicatoren zijn in de eerste interim rapportage dus geen voormetingsgegevens beschreven van eerstelijnspsychologen.

In dit hoofdstuk over de eerstelijnspsycholoog als partner van de eerstelijns GGZ wordt ten eerste de ontbrekende informatie van de voormeting aangevuld, dat is de stand van zaken bij eerstelijnspsychologen op het gebied van deskundigheidsbevordering en samenwerking. Ten tweede is de stand van zaken op een tweede meting van alle directe

en indirecte indicatoren weergegeven. Voor de evaluatiestudie wordt deze tweede meting beschouwd als een nameting. De gegevens zijn verzameld door middel van een enquête die het NIVEL in de periode van september tot december 2002 heeft gehouden onder eerstelijnspsychologen. Deze enquête was specifiek gericht op alle indicatoren van de evaluatiestudie. De vragen over verwijsstromen en hulpverleningskenmerken waren zoveel mogelijk afgestemd op die van de Ti-enquête uit 1998, om de resultaten van 2002 (nameting) te kunnen vergelijken met die van 1998 (voormeting). Daarnaast bevatte de NIVEL-enquête 2002 nieuwe vragen over indicatoren die in de Ti - enquête van 1998 ontbraken: activiteiten met betrekking tot bij- en nascholing en samenwerking met andere GGZ-disciplines. Om toch een beeld te krijgen van ontwikkelingen op het gebied van samenwerking binnen de periode van de versterkende maatregelen is retrospectief gevraagd naar de situatie in het jaar 2000.

Dit hoofdstuk betreft dus zowel de stand van zaken bij eerstelijnspsychologen op delen van de voormeting (1998 dan wel 2000) als de stand van zaken op de nameting (eind 2002).

Vraagstellingen zijn:

- 1 *Wat is de capaciteit van eerstelijnspsychologen in 2002? Zijn er veranderingen in de capaciteit ten opzichte van 1998?*
- 2 *Wat volgen eerstelijnspsychologen aan bij- en nascholing met betrekking tot GGZ-problematiek?*
- 3 *Hoe is de samenwerking van eerstelijnspsychologen met huisartsen, het AMW en de tweedelijns GGZ? Is deze samenwerking toegenomen binnen de periode van de versterkende maatregelen?*
- 4 *In welke mate zijn de verwijsstromen van eerstelijnspsychologen naar het AMW en de tweedelijns GGZ veranderd binnen de periode van de versterkende maatregelen?*
- 5 *In welke mate is de hulpverlening van eerstelijnspsychologen veranderd binnen de periode van de versterkende maatregelen?*

In paragraaf 5.2 worden verwachtingen geformuleerd ten aanzien van de vraagstellingen. Vervolgens wordt in de methodesectie (paragraaf 5.3) beschreven hoe de resultaten verkregen zijn. Daarbij komen ook de kenmerken en representativiteit van de responsgroep aan de orde. Daarna worden in paragraaf 5.4 de resultaten van de enquête besproken. De volgende thema's komen achtereenvolgens aan bod: algemene gegevens (beroepsregistraties, type praktijk, aantal uren werkzaam e.d.), deskundigheidsbevordering, samenwerking binnen de eerstelijns, samenwerking met de tweedelijns GGZ, verwijsstromen en hulpverlening. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en conclusies (paragraaf 5.5).

## **5.2 Verwachtingen ten aanzien van de vraagstellingen**

### *Vraagstelling 1: capaciteit*

De verwachting is dat de capaciteit van eerstelijnspsychologen in 2002 is toegenomen ten opzichte van 1998. Sinds het begin van de jaren '80 is het aantal eerstelijnspsychologen verdubbeld en de beroepsgroep is nog steeds in ontwikkeling. Eerstelijnspsychologen zijn

mede als gevolg van de versterkende maatregelen actief bezig met het verbeteren van de kwaliteit en organisatie van de zorg en met een betere profilering van hun beroepsgroep. Andere hulpverleners kunnen daardoor beter bekend zijn met het hulpaanbod van eerstelijnspsychologen en daarom vaker cliënten naar een eerstelijnspsycholoog verwijzen. Ook potentiële cliënten zijn mogelijk beter bekend met de eerstelijnspsycholoog, waardoor ze gemakkelijker de weg daar naartoe weten te vinden. Deze toegenomen vraag naar hulp maakt het naar verwachting voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijker om zich te vestigen.

#### *Vraagstelling 2: bij- en nascholing*

We verwachten dat eerstelijnspsychologen actief zijn in bij- en nascholing met betrekking tot GGZ-problematiek. De beroepsgroep is sterk gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, onder andere middels registratie- en kwalificatieregelingen, waarvoor bij- en nascholing noodzakelijke voorwaarden zijn.

#### *Vraagstelling 3: samenwerking met huisartsen en het AMW*

Verwacht wordt dat de samenwerking van eerstelijnspsychologen met huisartsen en het AMW is toegenomen ten opzichte van de voormeting als gevolg van de versterkende maatregelen: er lopen verscheidene projecten die de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ stimuleren (Korte Lijnen, Diaboloproject). Ook de samenwerking met de tweedelijns GGZ is naar verwachting toegenomen, omdat verschillende versterkende maatregelen daarop gericht zijn (Diaboloproject en Consultatieregeling).

#### *Vraagstelling 4: verwijsstromen*

Voor wat betreft de verwijsstromen is de verwachting dat de verwijsstromen tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen zijn toegenomen ten opzichte van de voormeting. Een betere profilering van eerstelijnspsychologen als gevolg van het kwaliteitsbeleid (zie hoofdstuk 3 van dit rapport) kan ertoe leiden dat huisartsen beter kunnen inschatten welke patiënten door de eerstelijnspsycholoog kunnen worden behandeld, in plaats van door de tweedelijns GGZ. Ook zal het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" verwijzingen van huisarts naar de eerstelijnspsycholoog stimuleren.

De hypothese is dat verwijsstromen van eerstelijnspsychologen naar het AMW niet of nauwelijks zijn toegenomen. De versterkende maatregelen zijn namelijk onder meer gericht op het stimuleren van de GGZ-poortwachtersrol van de huisarts (Heiligers & Verhaak, 2000), waardoor patiënten direct bij de goede hulpverlener terechtkomen (in dit geval AMW dan wel eerstelijnspsycholoog). Verwijsstromen van het AMW naar eerstelijnspsychologen zijn naar verwachting wel iets toegenomen. Het AMW is vrij toegankelijk, dus iedereen met problemen op het gebied van psychisch of sociaal functioneren kan zich daar rechtstreeks aanmelden. Een betere profilering van de eerstelijnspsycholoog leidt er mogelijk toe dat het AMW beter kan inschatten welke patiënten beter op hun plaats zijn bij de eerstelijnspsycholoog, waardoor ze daar meer patiënten naar doorverwijzen. Een toegenomen samenwerking tussen AMW en eerstelijnspsycholoog zou deze verwijsstroom eveneens kunnen stimuleren.

We verwachten dat de verwijsstromen van de eerstelijns GGZ naar de tweedelijns GGZ zijn afgenomen ten opzichte van de voormeting. De GGZ-poortwachtersrol van de huisarts zou ertoe moeten leiden dat patiënten rechtstreeks naar de tweedelijns GGZ verwezen worden, en niet eerst bij een eerstelijnspsycholoog terechtkomen.

#### *Vraagstelling 5: hulpverlening*

Door een betere profilering van eerstelijnspsychologen en activiteiten ter stimulering van de samenwerking kunnen andere hulpverleners beter op de hoogte zijn van het hulpaanbod van eerstelijnspsychologen en daarom vaker cliënten naar een eerstelijnspsycholoog verwijzen. Ook potentiële cliënten zijn mogelijk beter bekend met de eerstelijnspsycholoog, waardoor ze gemakkelijker de weg daar naartoe weten te vinden. De wachttijd wordt door deze toegenomen vraag naar hulp mogelijk langer ten opzichte van de voormeting. Bovendien kan het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsycholoog" ertoe leiden dat de eerstelijnspsycholoog ook toegankelijker wordt voor de wat minder draagkrachtigen, omdat de financiële drempel voor deze hulp is verlaagd. Dit wordt mogelijk zichtbaar door een iets lager opleidingsniveau van de cliënten. Echter, het project loopt slechts in twee regio's, zodat de kans dat er op landelijk niveau effecten zichtbaar worden vrij klein is. Voor andere aspecten van hulpverlening hebben we geen specifieke hypothesen.

### **5.3 Methode**

#### **De enquête**

De enquête bestond uit twee delen. Deel A bevatte vragen over de werkzaamheden van de respondent als eerstelijnspsycholoog, (wensen tot) bij- en nascholing, diverse aspecten van samenwerking met andere GGZ-partners uit de eerste- en tweedelijns GGZ, verwijsstromen en hulpverlening. Deel B bevatte vijf korte, identieke formulieren met vragen over cliënten van de respondent. De respondent is gevraagd om gegevens voor vijf opeenvolgende ambulante cliënten in te vullen. Criteria voor de selectie van cliënten staan vermeld in de vragenlijst zelf. Gevraagd werd naar demografische kenmerken en naar kenmerken van de hulpverlening, zoals hulpvragen, wijze van behandelen en doorverwijzingen.

De vragen sluiten zoveel mogelijk aan op enquêtes die eerder gebruikt zijn in het kader van deze evaluatiestudie. De vragen over werkzaamheden en hulpverlening zijn waar mogelijk afgestemd op de vragen uit de Trimbos-enquête van 1998. De vragen bij het thema samenwerking sluiten aan bij de enquête die in 2001 bij huisartsen is afgenomen door WOK/NIVEL (zie Meijer et al, 2002).

Vóór verzending is de enquête ter beoordeling voorgelegd aan de Begeleidingscommissie. Na aanpassing op basis van het commentaar is de enquête bij wijze van proef ingevuld door vijf eerstelijnspsychologen. Deze personen zijn geselecteerd uit hoofde van hun functie als coördinator van een ROEP (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen). Het idee daarachter was dat zij voldoende betrokken waren bij de ontwikkelingen binnen hun beroepsgroep om de vragen kritisch en zorgvuldig door te nemen. Op basis van hun commentaar heeft de enquête zijn definitieve vorm gekregen.

De enquête is in de eerste week van september 2002 verzonden. Er is twee keer een schriftelijke herinnering verstuurd naar de respondenten die op dat moment nog geen enquête hadden geretourneerd, te weten 4 weken na verzending en 7 weken na verzending.

### **Data-analyse**

Alle data zijn geanalyseerd met het statistiekprogramma SPSS. Er is voornamelijk beschrijvende statistiek toegepast: frequentieverdelingen, gemiddelden en percentages. Bij het thema samenwerking zijn verschillen getoetst tussen het jaar 2000 en 2002. Wanneer het verschillen in gemiddelde waarden betref (gemiddeld percentage, gemiddeld rapportcijfer) is een gepaarde t-toets uitgevoerd. Bij deze toets wordt rekening gehouden met het feit dat de antwoorden voor 2000 en 2002 van dezelfde respondent afkomstig zijn. Voor het toetsen van verschillen tussen antwoorden op de enquête uit 1998 en die op de huidige enquête is een one-sample t-toets uitgevoerd. Wanneer het verschillen in verdelingen betref is een Mc Nemar-toets uitgevoerd: een non-parametrische toets die met name geschikt is om verhoudingsverschillen tussen voor- en nameting te toetsen. Deze toets is gebruikt om te toetsen of de verhouding tussen het aantal respondenten dat wel / niet op de hoogte was van verschillende aspecten van hulpverlening verschilt tussen 2000 en 2002.

### **Doelgroep**

De vragenlijst is verstuurd naar de privé-adressen van alle gekwalificeerde en aspirant-gekwalficeerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). De doelgroep is benaderd namens de LVE. De totale ledenlijst bestond anno augustus 2002 uit 1284 leden. 388 LVE-leden waren op dat moment geen gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog en ook niet in opleiding daarvoor, en behoorden daardoor niet tot de doelgroep. De vragenlijst is uiteindelijk verstuurd naar 896 eerstelijnspsychologen.

### **Respons**

Van de 896 verstuurde enquêtes zijn er 517 geretourneerd (58%). Hiervan hebben 99 respondenten de enquête niet ingevuld, maar wel een reden vermeld waarom ze niet wilden meewerken.

Van de 418 respondenten die de enquête hebben ingevuld (47% van de verstuurde enquêtes) hebben er 382 de enquête geheel ingevuld en 38 gedeeltelijk. De belangrijkste reden waarom eerstelijnspsychologen de enquête niet hebben ingevuld was dat het teveel tijd in beslag zou nemen (42 keer genoemd). 14 personen gaven aan dat ze in de periode van de enquête niet werkzaam waren als eerstelijnspsycholoog; bij 10 personen speelden persoonlijke omstandigheden een rol en 8 personen vonden de lijsten te moeilijk of te bewerkelijk om in te vullen. Andere redenen om de lijsten niet in te vullen waren ziekte (6 keer genoemd), te weinig vertrouwen in het waarborgen van de anonimiteit (5 keer genoemd), te weinig betrokkenheid bij het vak (4 keer genoemd), enquêtemoedigheid (4 keer genoemd) en een te kleine praktijk om de in te vullen gegevens op te baseren (2 keer genoemd). Verschillende respondenten hebben meer dan één reden vermeld.



### **Beschrijving van de doelgroep**

De respondenten zijn evenredig verdeeld over de regio's van Nederland. Relatief veel respondenten komen uit Noord-Nederland en de regio Amsterdam, maar dit geldt ook voor de totaal aangeschreven groep. Van de respondenten is 6% geen lid van een Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen (ROEP). Bij de totaal aangeschreven doelgroep is dit 8%. Ook hierin is geen selectie opgetreden.

In de responsgroep zitten 33% mannen en 68% vrouwen, in de aangeschreven groep is dit resp. 35% en 65%. De man/vrouw verhouding van de responsgroep is dus gelijk aan die van de aangeschreven groep.

Zevenentachtig procent van de respondenten is werkzaam in één praktijk; 13% in twee praktijken, en één psycholoog heeft aangegeven in drie praktijken te werken.

Drieënvijftig procent is (o.a.) werkzaam in een solopraktijk. De respondenten werken gemiddeld 27,5 uur per week (SD 9,4) als eerstelijnspsycholoog en zijn gemiddeld 8.4 jaar gevestigd als eerstelijnspsycholoog (SD 6,0, variërend van 0 - 27 jaar). Tweeënzestig procent is alleen werkzaam als eerstelijnspsycholoog. Het merendeel (86%) beschouwt deze functie als hoofdfunctie, 14% als nevenfunctie. Zestien procent is naast eerstelijnspsycholoog ook werkzaam als psychotherapeut, 9% als psycholoog en 17% heeft een andere functie.

Van de respondenten is 96% gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog; ongeveer 4% is nog bezig met de kwalificatie. Deze verhouding is gelijk aan die in de totaal aangeschreven groep. Bijna alle eerstelijnspsychologen (99%) staan bij het NIP ingeschreven als eerstelijnspsycholoog. Ook is het merendeel geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog (80%) en 16% is nog van plan zich te registreren als gezondheidszorgpsycholoog. Twintig procent van de eerstelijnspsychologen heeft ook een registratie als psychotherapeut, en een even groot percentage als klinisch psycholoog.

## **5.4 Resultaten**

### **5.4.1 Vraagstelling 1: capaciteit**

Bij de LVE stonden anno augustus 2002 praktijken van 1013 eerstelijnspsychologen geregistreerd. Het betreft praktijken van alle gekwalificeerde en aspirant-gekwalificeerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van het NIP, dus óók van eerstelijnspsychologen die geen lid zijn van de LVE. Deze groep is dus groter dan de aangeschreven groep (n=896), omdat daarvoor alleen LVE-leden geselecteerd zijn. Het betreft 561 solopraktijken en 168 groepspraktijken. Gemiddeld werken er volgens de NIP/LVE-registratie 2,6 eerstelijnspsychologen in een groepspraktijk. 20% van de bovengenoemde 1013 eerstelijnspsychologen is ook werkzaam in een tweede praktijk; deze zijn niet in het bovengenoemde aantal praktijken opgenomen.

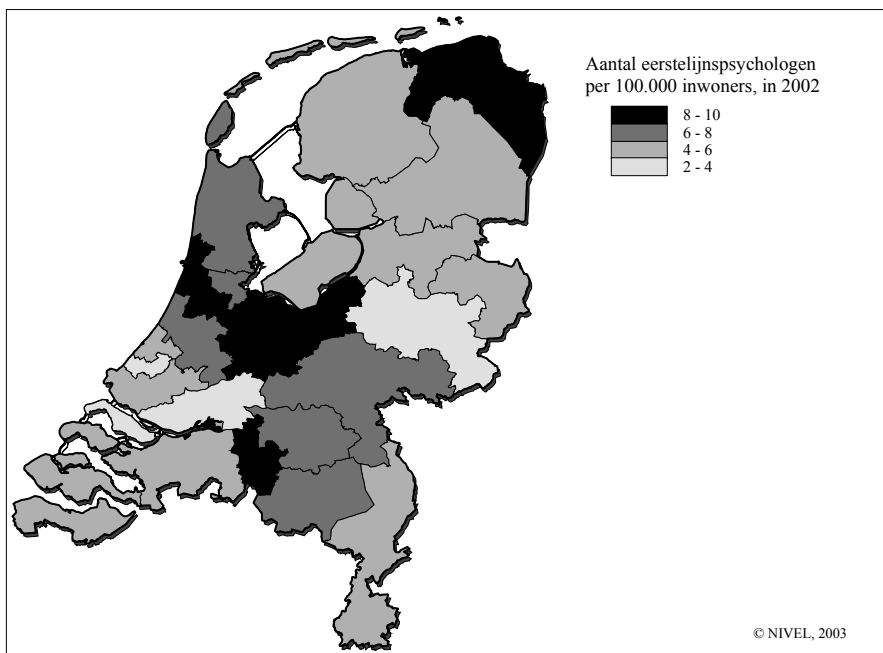
In Nederland werken gemiddeld 6,2 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners (figuur 5.1). De capaciteit van eerstelijnspsychologen is toegenomen ten opzichte van 1998: toen waren er gemiddeld 4,8 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners (Wentink et al.,

2002).

Er is een grote spreiding in vestiging. In het Gooi/Eemland/NW Veluwe is het aantal eerstelijnspsychologen relatief hoog, evenals in Groningen, Midden-Brabant en Utrecht (resp. 9.9, 9.2, 9.2 en 8.7 per 100.000 inwoners). In de regio's Westland/Schieland/Delfland, Zuid-Holland Zuid, Zwolle-Flevoland en Zeeland zijn relatief weinig eerstelijnspsychologen (resp. 3.8, 3.9 en 4.1 per 100.000 inwoners). Het totale aantal eerstelijnspsychologen (los van het inwonersaantal) is het hoogst in de regio Groot Gelre.

De huidige spreiding van eerstelijnspsychologen is globaal genomen vergelijkbaar met 1998. Uit de enquêtegegevens van het Trimbos-Instituut blijkt dat ook toen het aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners het hoogst was in regio Utrecht en het laagst in Zuid-West Nederland. Een exacte vergelijking is niet mogelijk, omdat een andere regio-indeling is gehanteerd.

Figuur 5.1: Aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2002 en verdeling over DHV-en.



#### 5.4.2 Vraagstelling 2: bij- en nascholing

##### *Thema's voor bij- en nascholing op het gebied van de GGZ*

Bij- en nascholing vormt een vanzelfsprekend onderdeel van de functie van eerstelijnspsycholoog, niet alleen in de vorm van cursussen, maar ook in de vorm van opleidingen, intervisie en supervisie. Dertig procent van de eerstelijnspsychologen volgt bij- en nascholing op het gebied van GGZ in het kader van een opleiding, resulterend in een kwalificatie of diploma. Daarvan is 13% nog bezig met de opleiding tot

eerstelijnspsycholoog en ruim 33% met de opleiding voor gezondheidszorgpsycholoog. Minimaal 27% van de genoemde opleidingen betreft de opleiding tot psychotherapeut, en eveneens 27% valt onder een restcategorie, zoals bijvoorbeeld een opleiding tot intervisor, supervisor of mediator.

Het volgen van bij- en nascholing in het kader van een opleiding heeft invloed op de hoeveelheid tijd die aan nascholing wordt besteed. Respondenten die een opleiding volgen besteden gemiddeld 200 uur per jaar aan bij- en nascholing, terwijl dit voor respondenten die geen opleiding volgen 88 uur per jaar is. Eerstelijnspsychologen besteden meer tijd aan bij- en nascholing op het gebied van GGZ dan andere disciplines in de eerstelijns. Huisartsen volgden in 2000 bijvoorbeeld gemiddeld 12 uur per jaar bij- en nascholing op het gebied van GGZ (Visscher et al., 2002, Meijer et al., 2002). De respondenten gaven aan per week gemiddeld 1,5 uur te besteden aan bij- en nascholing. Dit is vrijwel evenveel als in 1998: toen besteedden eerstelijnspsychologen gemiddeld 1,3 uur per week aan bij- en nascholing.

Eennegentig procent van de respondenten heeft de afgelopen 2 jaar bij- of nascholing gevolgd. Hoofdthema's zijn diagnostiek en behandeling: resp. 76% en 68% van de respondenten heeft hierover de afgelopen 2 jaar cursussen gevolgd. Drieëntwintig procent heeft in de afgelopen 2 jaar bij- of nascholing gevolgd op het gebied van andere thema's, zoals beleidsgerelateerde GGZ, bedrijfsgerichte cursussen, intervisie- of coachingscursussen, of cursussen m.b.t. ethiek, filosofie of zingeving. Eerstelijnspsychologen hebben gemiddeld over 2,9 thema's bij- en nascholing gevolgd. Thema's waarover de respondenten bij- en nascholing gevolgd hebben en voor de toekomst zouden wensen staan vermeld in bijlage 2, tabel 1.

Het grootste deel van de respondenten (92%) heeft ook wensen tot bij- of nascholing in de toekomst. Daarvan denkt 86% deze de komende 2 jaar daadwerkelijk te gaan volgen.

### *Problematiek*

Depressiviteitsklachten, burnout-klachten, relatieproblemen, trauma/rouw/scheiding en fobieën/angsten zijn probleemgebieden die de afgelopen 2 jaar het meest aan de orde zijn gekomen in bij- en nascholingscursussen. Bij 49 - 62% van de respondenten is deze problematiek in een cursus behandeld (zie bijlage 2, tabel 2). Respondenten hebben gemiddeld over 6,7 probleemgebieden bij- en nascholing gevolgd. Problematiek m.b.t. relaties, trauma/rouw/scheiding en burn-out zijn de meest gewenste onderwerpen voor bij- en nascholing (door resp. 40%, 26% en 24% van de respondenten genoemd). Ook identiteits- en zelfbeeldproblematiek, gezinsproblemen, seksuele problemen en levens- en zingevingsproblemen zijn veelgewenste onderwerpen (door resp. 21%, 20%, 19% en 19% van de respondenten genoemd). De wens om bij-/nascholing te volgen op het gebied van gedragsproblemen, assertiviteitsproblemen en verslavingsproblematiek is relatief laag (elk door 5% van de respondenten genoemd).

### *Intervisie en supervisie*

Bijna alle respondenten hebben intervisie (97%). Daarvan heeft 7% intervisie in het kader van de kwalificatie tot eerstelijnspsycholoog (begeleide intervisie). De frequentie van intervisie is gemiddeld 17 keer per jaar. De intervisie vindt in de meeste gevallen plaats

met andere eerstelijnspsychologen (74%). Achtendertig procent van de respondenten gaf aan dat de intervisie (ook) binnen de eigen groepspraktijk plaatsvindt. Andere genoemde opties (24%) zijn: intervisie met andere - niet eerstelijns - psychologen, psychotherapeuten of psychiaters. Tweeëntwintig procent van de respondenten krijgt supervisie. De frequentie daarvan is gemiddeld 2,5 keer per maand.

Bij zowel intervisie als supervisie komen vooral casuïstiek en diagnostiek aan de orde, te weten bij resp. 97% en 79% van de respondenten. Andere onderwerpen die regelmatig besproken worden zijn praktijkvoering en kwaliteit (72%), ethiek (68%), methoden en technieken (64%) en aanmelding en intake (61%). Deze onderwerpen komen bij intervisie vaker aan de orde dan bij supervisie.

Persoonlijk functioneren als onderwerp bij supervisie wordt door 70% van de respondenten genoemd. Bij intervisie lijkt dit onderwerp beduidend minder vaak besproken te worden: ongeveer 4% van de respondenten heeft het persoonlijk functioneren genoemd binnen de antwoordcategorie 'anders' (het was i.t.t. bij de vraag naar supervisie geen aparte antwoordcategorie, en daarmee mogelijk een reden voor het lage percentage).

### **5.4.3 Vraagstelling 3: Samenwerking met huisartsen, het AMW en de tweedelijns GGZ**

#### *Samenwerking met huisartsen en het AMW*

Eerstelijnspsychologen werken samen met gemiddeld 18,4 huisartsen (SD 17,3). Driekwart werkt samen met tenminste 10 huisartsen. Tien procent werkt samen met tenminste 30 huisartsen. Slechts 1% van de respondenten werkt met geen enkele huisarts samen.

De eerstelijnspsychologen werken samen met gemiddeld 1,3 AMW-instellingen (SD 1,5). 18% van de respondenten werkt met geen enkele AMW-instelling samen, 57% met 1 AMW-instelling. Een kwart van de respondenten werkt samen met meer dan 1 AMW-instelling.

#### *Frequentie van overleg*

Aan de respondenten is gevraagd met hoeveel huisartsen en met hoeveel AMW-instellingen ze nooit, incidenteel dan wel regelmatig overleg hebben over individuele patiënten. De eerstelijnspsychologen blijken met de meeste huisartsen en AMW-instellingen waarmee ze samenwerken incidenteel overleg te hebben: met gemiddeld 68% van de huisartsen en 75% van de AMW-instellingen (Tabel 5.1). Regelmatig overleg hebben de respondenten met slechts 12% van de huisartsen en 7% van de AMW-instellingen. Het percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee regelmatig overleg is, is niet toegenomen ten opzichte van het jaar 2000. Echter, het percentage dat nooit overleg heeft met huisartsen en AMW-instellingen is t.o.v. 2000 afgenomen ten gunste van het percentage waarmee incidenteel overleg is ( $p < .01$  voor huisartsen en  $p < .05$  voor AMW-instellingen). Vergeleken met het jaar 2000 is de frequentie van overleg met de andere twee eerstelijnsdisciplines dus toegenomen.

Ook m.b.t. overleg over samenwerking hebben eerstelijnspsychologen vooral incidenteel overleg, namelijk met 46% van de huisartsen en met 49% van de AMW-instellingen. Het percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee nooit overleg over samenwerking is, is bijna even hoog, namelijk 43% en 38%. Wanneer de frequentie van overleg over samenwerking tussen 2002 en 2000 vergeleken wordt, is dezelfde trend te zien als bij het overleg over patiënten. Het percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee nooit overleg is over samenwerking is afgenomen ten gunste van het percentage incidenteel overleg ( $p < .05$ ).

Tabel 5.1: Gemiddeld percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee eerstelijnspsychologen nooit, incidenteel dan wel regelmatig overleg hebben

	Gemiddeld % huisartsen en AMW-instellingen waarmee overleg is			
	Overleg over patiënten		Overleg over samenwerking	
	2000 (n=189-317)	2002 (n=253-365)	2000 (n=129-216)	2002 (n=170-263)
<i>Met huisarts</i>				
nooit	22 <sup>a</sup>	19 <sup>a</sup>	48	43
incidenteel	65 <sup>b</sup>	68 <sup>b</sup>	40 <sup>c</sup>	46 <sup>e</sup>
regelmatig	13	12	11	11
<i>Met AMW</i>				
nooit	21 <sup>c</sup>	16 <sup>c</sup>	51 <sup>f</sup>	38 <sup>f</sup>
incidenteel	69 <sup>d</sup>	75 <sup>d</sup>	42	49
regelmatig	6	7	5	11

<sup>a, b, d</sup>  $p < .01$ ; <sup>c, e, f</sup>  $p < .05$

Eerstelijnspsychologen overleggen minder frequent over samenwerking dan over individuele patiënten. De respondenten hebben met 43% van de huisartsen nooit overleg over samenwerking is, terwijl ze met 19% van de huisartsen nooit overleg hebben over patiënten ( $p < .01$ ). Bovendien is het percentage huisartsen waarmee incidenteel en regelmatig overleg over samenwerking is, lager dan wanneer het overleg over patiënten betreft ( $p < .01$ ).

Bij AMW-instellingen is er alleen verschil in het percentage waarmee incidenteel overleg is: het percentage AMW-instellingen waarmee incidenteel overleg is over samenwerking is lager dan wanneer het incidenteel overleg over individuele patiënten betreft ( $p < .01$ ). De andere verschillen zijn niet significant.

Het overleg met huisartsen heeft meestal betrekking op medicatie, noodzaak tot

verwijzing en diagnosestelling / probleemverheldering (genoemd door resp. 91%, 82% en 77% van de respondenten). Het overleg met het AMW heeft vooral betrekking op de noodzaak tot verwijzing (genoemd door 76% van de respondenten).

Tabel 5.2: Oordeel over kwaliteit van overleg met huisartsen en AMW

Rapportcijfer 1-10 (n=128-366)				
	Kwaliteit overleg over cliënten		Kwaliteit overleg over samenwerking	
	2000	2002	2000	2002
Huisartsen	7,0 (SD 1,1) <sup>a</sup>	7,3 (SD 0,9) <sup>a</sup>	6,4 (SD 1,7) <sup>c</sup>	6,6 (SD 1,7) <sup>c</sup>
AMW	5,7 (SD 2,1) <sup>b</sup>	6,0 (SD 2,0) <sup>b</sup>	5,0 (SD 2,3) <sup>d</sup>	5,3 (SD 2,2) <sup>d</sup>

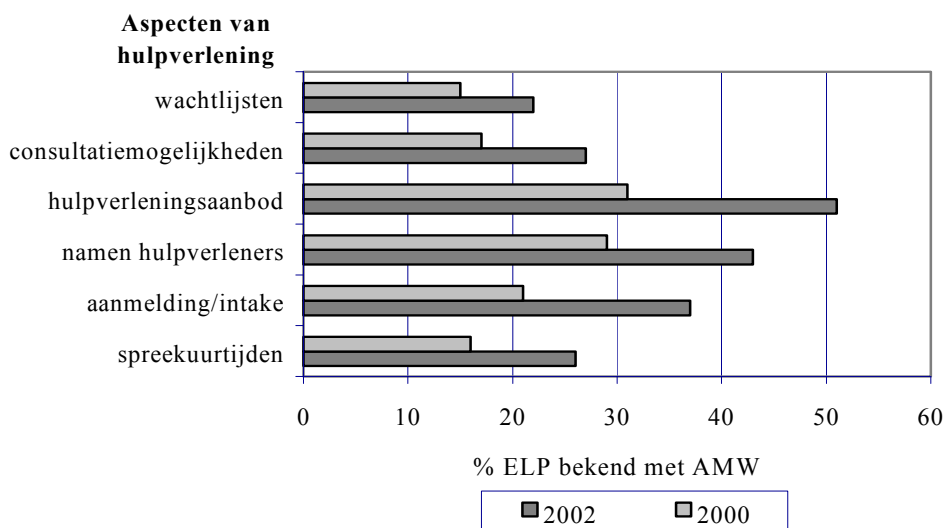
<sup>a, c</sup>  $p < .01$ ; <sup>b, d</sup>  $p < .05$

De kwaliteit van het overleg met zowel huisartsen als AMW-instellingen wordt in 2002 hoger gewaardeerd dan in 2000 (Tabel 5.2). De kwaliteit van overleg met huisartsen is sterker toegenomen dan met AMW-instellingen. Het oordeel van eerstelijnspsychologen over de kwaliteit van overleg is gerelateerd aan de frequentie van overleg: hoe vaker ze overleggen, hoe hoger de kwaliteit van dat overleg gewaardeerd wordt ( $p < .05$ ).

#### *Bekendheid met het AMW*

Gevraagd is of de respondenten op de hoogte zijn van verschillende aspecten van de hulpverlening bij het AMW (Figuur 5.2). Eerstelijnspsychologen blijken het meest op de hoogte te zijn van het hulpverleningsaanbod bij het AMW; dit geldt voor 51% van de respondenten. Ook de namen van hulpverleners zijn redelijk bekend, nl. bij 43% van de respondenten. De bekendheid met het AMW is op alle aspecten toegenomen sinds 2000 ( $p < .01$ ).

Figuur 5.2: Percentage eerstelijnspsychologen (ELP) dat op de hoogte is van verschillende aspecten bij het AMW (n=404)



#### *Berichtgeving over hulpverlening*

Het grootste deel van de eerstelijnspsychologen heeft vaste afspraken over terugkoppeling van informatie naar huisartsen: 85% heeft afspraken over beëindiging van de hulp of nazorg, 83% over het resultaat van de hulp, 77% over de intake, en 53% over de voortgang van de hulp. Bij 8-9% van de respondenten bestaan afspraken over terugkoppeling van informatie naar het AMW.

Ook over informatierugkoppeling van het AMW naar eerstelijnspsychologen zijn weinig afspraken gemaakt, te weten bij 4-9% van de respondenten. In 88-92% van de gevallen ontvangt de eerstelijnspsycholoog zelden tot nooit bericht van het AMW na verwijzing daar naartoe; slechts 3-7% krijgt meestal wel bericht, en 4-6% krijgt soms bericht van het AMW. De kwaliteit van de berichtgeving van het AMW wordt als onvoldoende beoordeeld: op een schaal van 1-10 krijgt de berichtgeving een 4,6. Vergeleken met 2000 oordeelden de respondenten niet anders: de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW kreeg toen een 4,3.

Ook de berichtgeving van huisartsen aan de eerstelijnspsycholoog na verwijzing van een patiënt is niet optimaal: slechts 28% van de respondenten ontvangt in dat geval meestal een aanmeldingsbrief van de huisarts. Tweeënvijftig procent van de respondenten ontvangt soms een aanmeldingsbrief, terwijl 20% deze zelden of nooit krijgt.

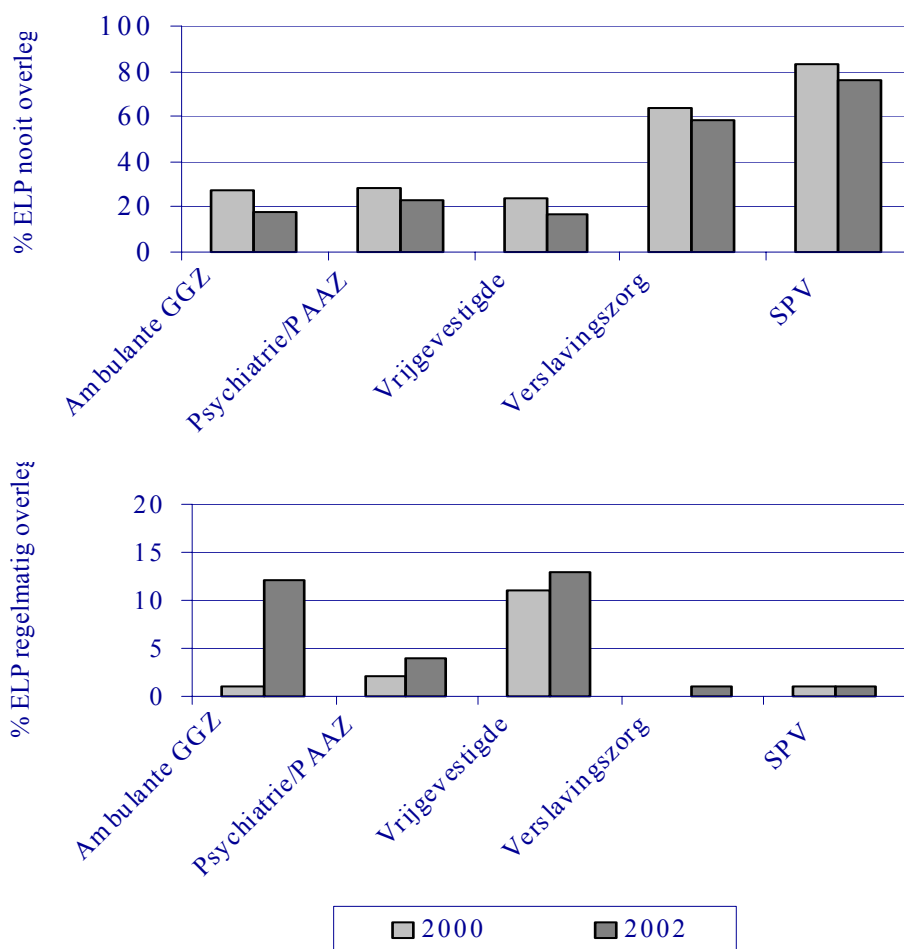
#### *Samenwerking met de tweedelijns GGZ*

De tweedelijns GGZ bestaat uit de ambulante GGZ (voorheen RIAGG), psychiatrie/PAAZ, vrijevestigden, verslavingszorg en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Onder een vrijevestigde wordt verstaan: een (niet eerstelijns-) psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut.

Binnen de tweedelijns GGZ overleggen eerstelijnspsychologen het meest frequent met vrijevestigden en de ambulante GGZ. Met deze hulpverleners overlegt resp. 13% en 12% van de eerstelijnspsychologen regelmatig over cliënten, terwijl dit met de andere hulpverleners uit de tweede lijn maximaal 4% is (Figuur 5.3 en bijlage 2, tabel 3). Met de SPV en de verslavingszorg wordt zelden overlegd: resp. 76% en 58% van de

respondenten geeft aan nooit overleg te hebben met deze hulpverleners. De frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ is wel verbeterd t.o.v. het jaar 2000, met name met de ambulante GGZ. Het percentage eerstelijnspsychologen dat regelmatig met hen overlegt is gestegen van 1% naar 12% ( $p < .01$ ) en het percentage eerstelijnspsychologen dat nooit overleg heeft met hen is afgenomen van 27% naar 18% ( $p < .01$ ). Bij de andere hulpverleners uit de tweedelijns GGZ is een vergelijkbare trend te zien.

Figuur 5.3: Gemiddeld percentage respondenten dat resp. nooit en regelmatig overleg heeft met tweedelijns GGZ-instellingen over individuele cliënten (n=326-354)



Met de tweedelijns GGZ wordt vaker overlegd over hulpverlening aan cliënten dan over samenwerking. Als het gaat over samenwerking wordt er met de tweedelijns GGZ vooral overlegd over verwijscriteria (door 23% van de respondenten met de ambulante GGZ, 22% met de vrijgevestigden, 20% met de psychiatrie/PAAZ, 9% met de verslavingszorg en 5% met de SPV).



Veel voorkomende onderwerpen van overleg over cliënten met de ambulante GGZ zijn: behandeling door tweedelijns GGZ (61%), hulpverlening na behandeling door de eerstelijnspsycholoog (54%) en verwijzingen (54%). Met de vrijgevestigden en met de verslavingszorg wordt vooral overlegd over verwijzingen (door resp. 51% en 21% van de respondenten).

De kwaliteit van het overleg met vrijgevestigden krijgt de hoogste waardering (Tabel 5,3.), zowel wat betreft cliëntgebonden onderwerpen (7,2) als samenwerkingsonderwerpen (6,7). Ook in 2000 kregen vrijgevestigden de hoogste waardering voor de kwaliteit van overleg. Het overleg over cliëntgebonden zaken wordt hoger gewaardeerd dan overleg over samenwerking.

Vergeleken met 2000 is de kwaliteit van het overleg voor alle hulpverleners uit de tweedelijns GGZ toegenomen. De kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg en de SPV is door weinig respondenten beoordeeld. Dit komt waarschijnlijk door het feit dat eerstelijnspsychologen niet veel te maken hebben met deze hulpverleners. Net als binnen de eerstelijns GGZ is het oordeel over de kwaliteit van het overleg gerelateerd aan de frequentie van overleg: hoe vaker eerstelijnspsychologen overleggen met de betreffende hulpverlener, hoe hoger de kwaliteit van dat overleg beoordeeld wordt ( $p < .01$ ).

Tabel 5.3: Oordeel van eerstelijnspsychologen over de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ

GGZ-hulpverleners	Rapportcijfer 1-10			
	Overleg over cliënten		Overleg over samenwerking	
	2000 (n=48-252)	2002 (n=70-306)	2000 (n=35-158)	2002 (n=51-197)
Ambulante GGZ	5,7 <sup>a1</sup>	6,3 <sup>a1</sup>	5,0 <sup>a2</sup>	5,8 <sup>a2</sup>
Psychiatrie/PAAZ	6,5 <sup>b1</sup>	6,8 <sup>b1</sup>	5,9 <sup>b2</sup>	6,2 <sup>b2</sup>
Vrijgevestigden	7,0 <sup>c1</sup>	7,2 <sup>c1</sup>	6,4 <sup>c2</sup>	6,7 <sup>c2</sup>
Verslavingszorg	5,7 <sup>d1</sup>	6,0 <sup>d1</sup>	4,7	5,3
SPV	4,5 <sup>e1</sup>	5,7 <sup>e1</sup>	3,9	5,0

a1, b1, c1, a2, b2, c2  $p < .01$ ; d1, e1  $p < .05$

Als belangrijkste reden dat eerstelijnspsychologen geen contact hebben met de tweedelijns GGZ werd genoemd dat er geen aanleiding toe was, omdat er geen verwijzingen naar de betreffende hulpverlener waren. Een andere reden was dat de verwijzingen via de huisarts lopen, zodat er geen rechtstreeks contact met de tweedelijns nodig is. Een veelgenoemde reden voor het ontbreken van contact met de ambulante GGZ was dat deze instelling ontoegankelijk en hoogdrempelig zou zijn (door 21% van de betreffende respondenten genoemd). Bij de afwezigheid van contact met vrijgevestigden

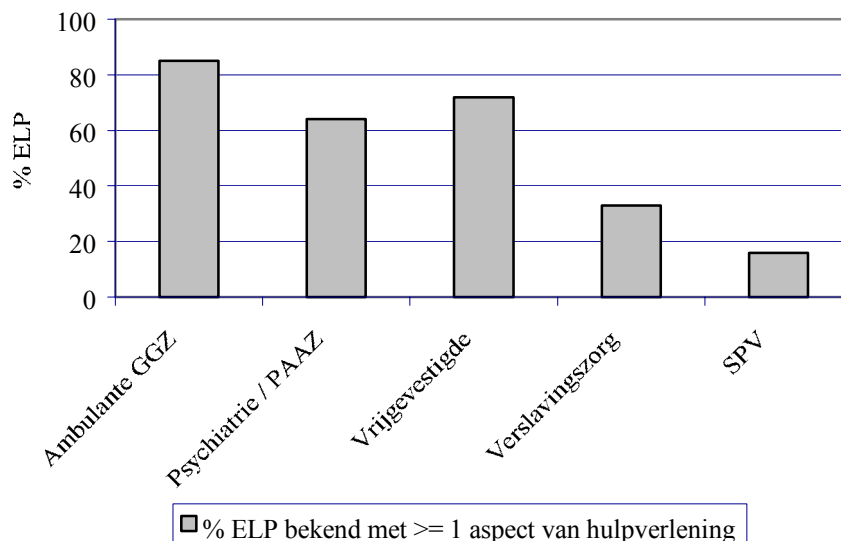
en de SPV bleek ook onbekendheid met de hulpverlening een rol te spelen (door resp. 14% en 18% van de betreffende respondenten genoemd). Als andere reden voor het ontbreken van contact met de SPV werd regelmatig genoemd dat deze niet rechtstreeks, maar alleen via de ambulante GGZ toegankelijk is (door 13% van de betreffende respondenten genoemd).

#### *Bekendheid met tweedelijns GGZ*

Gevraagd is in hoeverre de respondenten op de hoogte zijn van de spreekuurtijden, aanmeldings-/intakeprocedure, namen van de hulpverleners, hulpverleningsaanbod, consultatiemogelijkheden en wachtlijsten bij de verschillende tweedelijns GGZ-instellingen. De eerstelijnspsychologen blijken het meest bekend te zijn met de ambulante GGZ (Figuur 4.4 en bijlage 2, tabel 4). Gemiddeld is 85% van hen op de hoogte van tenminste één van de genoemde aspecten van de hulpverlening binnen de ambulante GGZ. Ter vergelijking: bij vrijgevestigden ligt dit gemiddelde op 72% en bij de psychiatrie op 64%. De bekendheid met de verslavingszorg en SPV is erg laag: slechts 33% en 16% geeft aan op de hoogte te zijn van verschillende aspecten van hulpverlening bij deze instellingen.

Bij de ambulante GGZ zijn eerstelijnspsychologen het beste op de hoogte van de aanmeldings-/intakeprocedure en het hulpverleningsaanbod: resp. 76% en 74% van de eerstelijnspsychologen is hiervan op de hoogte. Met de namen van hulpverleners en de spreekuurtijden zijn ze minder goed bekend (43% en 35%). Bij de vrijgevestigden zijn ze het beste op de hoogte van de namen van de hulpverleners (66% van de respondenten).

Figuur 5.4: Percentage eerstelijnspsychologen dat bekend is met hulpverleningsaspecten van de tweedelijns GGZ (n=338)



Wanneer gekeken wordt naar het aantal eerstelijnspsychologen dat bekend is met

tenminste één hulpverleningsaspect, dan blijkt dat 85% van de respondenten bekend is met de ambulante GGZ. Tweeënzeventig procent is bekend met tenminste één hulpverleningsaspect van vrijgevestigden en 64% met de psychiatrie/PAAZ. Slechts 16% van de respondenten is bekend met de hulpverlening van de SPV.

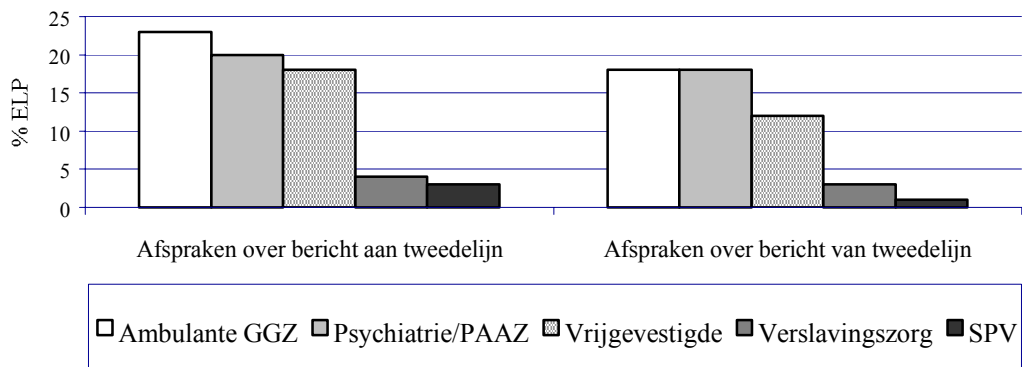
Ook uit het gemiddeld aantal hulpverleningsaspecten blijkt dat de respondenten het beste bekend zijn met hulpverlening bij de ambulante GGZ: ze zijn op de hoogte van gemiddeld 3,1 hulpverleningsaspecten. Ook met de vrijgevestigde lijken ze redelijk goed bekend: daarbij zijn ze op de hoogte van gemiddeld 2,7 hulpverleningsaspecten. Van de hulpverlening bij de verslavingszorg en de SPV zijn ze het minst goed op de hoogte: bij deze hulpverleners zijn ze bekend met gemiddeld minder dan 1 hulpverleningsaspect (resp. 0,8 en 0,4).

#### *Afspraken over berichtgeving*

Over het geheel genomen bestaan er weinig vaste afspraken over de berichtgeving van eerstelijnspsychologen aan de tweedelijns GGZ. Bij 23% van de eerstelijnspsychologen zijn afspraken gemaakt over berichtgeving aan de ambulante GGZ (Figuur 4.5); over berichtgeving aan de psychiatrie/PAAZ en de vrijgevestigde zijn afspraken gemaakt door resp. 20% en 18% van de respondenten. Met de verslavingszorg en de SPV zijn zelden afspraken gemaakt, dit is slechts bij 3-4% van de respondenten het geval. Afspraken over berichtgeving van de tweedelijns GGZ aan eerstelijnspsychologen volgen een vergelijkbare trend.

De afspraken over berichtgeving van eerstelijnspsychologen aan de tweedelijns GGZ hebben het meest betrekking op de intake van de patiënt (bij 4-23% van de respondenten). Over de voortgang van de hulpverlening worden het minst vaak afspraken gemaakt (bij 1-7% van de respondenten). Berichtgeving m.b.t. resultaat van de hulp en einde hulpverlening komt iets vaker voor (resp. 2-13% en 1 - 13%).

Figuur 5.5: Percentage respondenten met vaste afspraken over berichtgeving aan en van de tweedelijns GGZ (n=305-312)

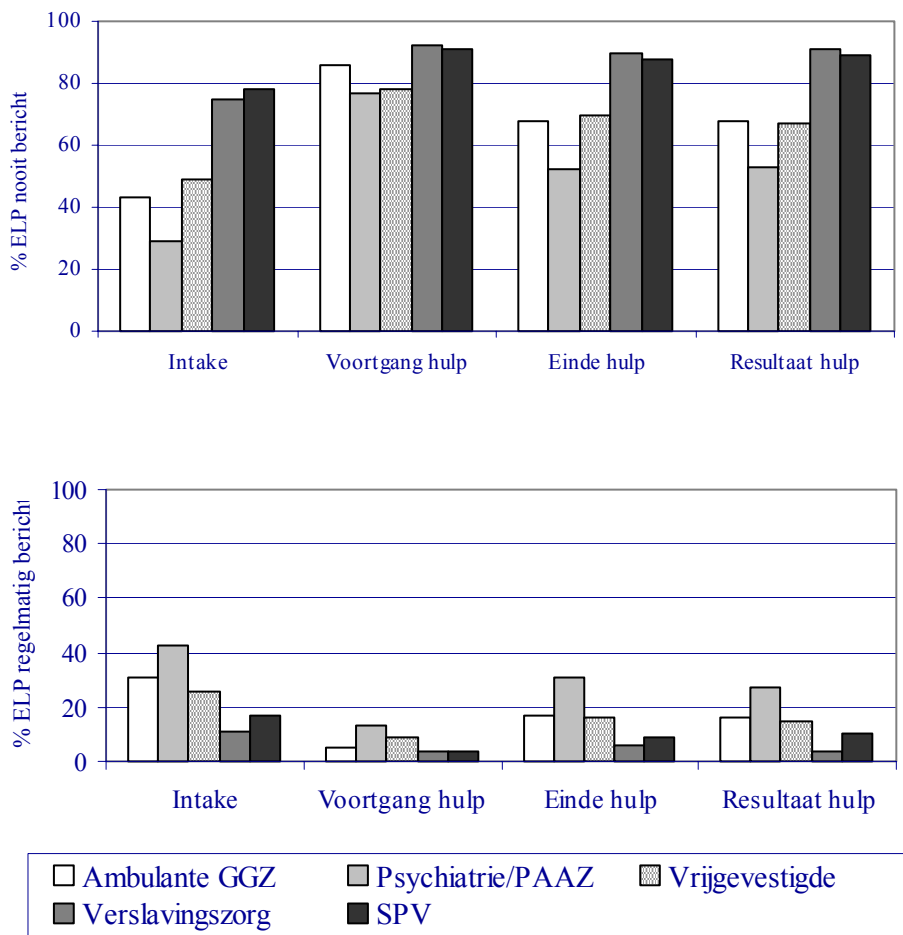


#### *Frequentie waarmee berichtgeving is ontvangen*

Aan de respondenten is gevraagd hoe vaak ze bericht ontvangen van de tweedelijns GGZ

wanneer een cliënt naar de betreffende GGZ - hulpverlener is verwezen. Daarbij is gevraagd naar berichtgeving met betrekking tot de intake van de cliënt, voortgang van de hulpverlening, einde hulpverlening en resultaat van de hulp. Van de genoemde onderwerpen hebben de respondenten het vaakst bericht ontvangen over intake van de cliënt (Figuur 5.6). Die berichtgeving ontvangen ze vaker van de psychiatrie/PAAZ dan van de andere hulpverleners; 43% van de respondenten heeft dergelijke berichtgeving ontvangen. Ook over einde van de hulpverlening, resultaat van de hulp en voortgang van de hulp ontvangen ze vaker bericht van de psychiatrie/PAAZ dan van de andere GGZ-hulpverleners (door resp. 31%, 27% en 13% van de respondenten). In het algemeen wordt berichtgeving over de voortgang van de hulp het minst vaak ontvangen.

Figuur 5.6: Percentage eerstelijnspsychologen (ELP) dat resp. nooit en vaak bericht heeft ontvangen van de tweedelijns GGZ (n=90-268)



De kwaliteit van de berichtgeving (Tabel 5.4) van de psychiatrie/PAAZ wordt het hoogst gewaardeerd (6,6); die van de SPV het laagst (4,8). Vergeleken met 2000 is de kwaliteit van de berichtgeving gestegen.

Tabel 5.4: Oordeel van eerstelijnspsychologen over de kwaliteit berichtgeving van de tweedelijns GGZ

Tweedelijns hulpverlener	Rapportcijfer 1-10 (n=32-191)	
	2000	2002
Ambulante GGZ	5,4 <sup>a</sup>	5,8 <sup>a</sup>
Psychiatrie/PAAZ	6,4 <sup>b</sup>	6,6 <sup>b</sup>
Vrijgevestigde	6,0 <sup>c</sup>	6,2 <sup>c</sup>
Verslaving	4,3	4,9
SPV	3,6 <sup>d</sup>	4,8 <sup>d</sup>

<sup>a, b, c</sup>  $p < .01$ ; <sup>d</sup>  $p < .05$

#### *Samenwerking via projecten*

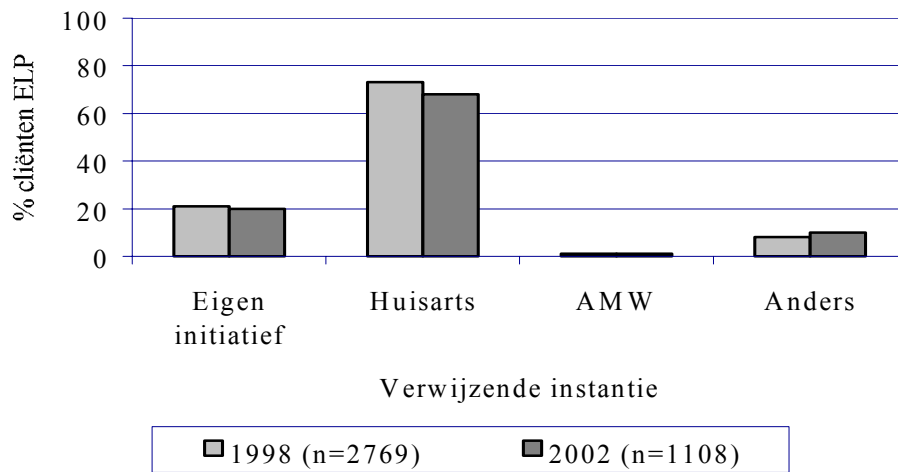
Vierenveertig procent (n=158) van de respondenten is betrokken bij een samenwerkingsproject met de eerstelijns- dan wel tweedelijns GGZ. Hiervan is 52% betrokken bij een consultatieproject vanuit de tweedelijns. Bij 22% van de respondenten gaat het om een ander samenwerkingsproject met de tweedelijns, bij 37% om projecten ter bevordering van samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, bij 20% om een kwaliteitsbevorderend project rond eerstelijnspsychologen en de eerstelijns GGZ. Van de respondenten die hebben aangegeven dat ze betrokken zijn bij een project is 30% (n=51) betrokken bij meer dan één project (maximaal 4).

#### 5.4.4 Vraagstelling 4: Verwijsstromen

##### *Instream*

Cliënten komen in 68% van de gevallen via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog terecht, en in een vijfde deel van de gevallen op eigen initiatief of dat van de directe omgeving (Figuur 5.7). Ten opzichte van 1998 zijn hierin geen verschuivingen opgetreden. Eén procent van de cliënten wordt verwezen door het AMW. In 2002 werd 2% van de cliënten doorverwezen via een andere eerstelijnspsycholoog, in 1998 was dat 1%. In 2002 werd 2% van de cliënten doorverwezen via de tweedelijns GGZ. Van 1998 zijn hierover geen gegevens bekend. De categorie "tweedelijns GGZ" is daarom opgenomen in de categorie "anders". Andere personen / instellingen die tot de categorie "anders" behoren zijn onder andere: bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werker of arbodienst, ziekenhuis, (para)medisch specialist en school.

Figuur 5.7: Initiatiefnemer voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog

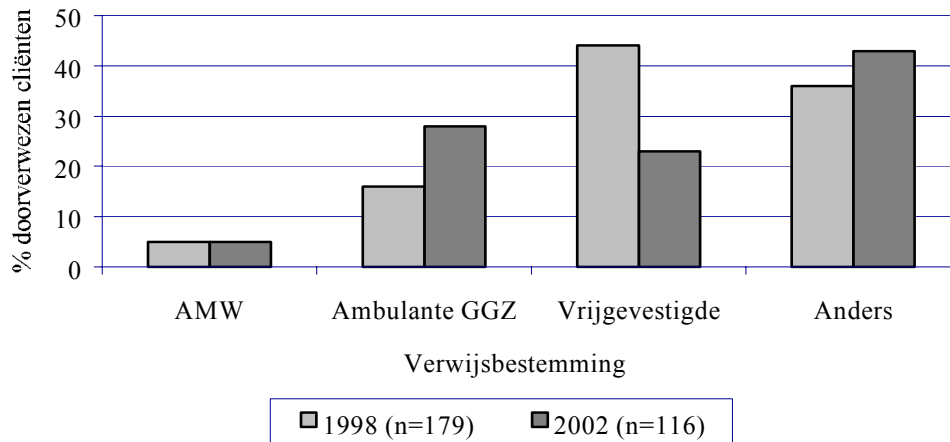


#### *Uitstroom*

De eerstelijnspsycholoog verwees in 2002 11% van zijn cliënten door naar een andere hulpverlener. In 1998 was dat 7%. Er is dus een toename van het totale aantal verwijzingen. Het grootste deel van de doorverwezen cliënten werd verwezen naar de ambulante GGZ (28%) en de vrijgevestigde (20%) (Figuur 5.8). Eerstelijnspsychologen verwijzen weinig door naar het AMW, te weten in 5% van de doorverwijzingen; dit is 0,6% van het totale aantal cliënten. Dit is niet veranderd ten opzichte van 1998. Er is een grote restcategorie. In 2002 bestond deze uit bijvoorbeeld een hersenletselteam fysiotherapie, herstellingsoord, psychiatrisch ziekenhuis en polikliniek psychiatrisch centrum. Ook de verslavingszorg valt hieronder. In 2002 werd 2% van de doorverwezen cliënten naar de verslavingszorg verwezen. Van 1998 zijn hierover geen gegevens. Zowel van 1998 als van 2002 is onbekend welk percentage van de restcategorie uit doorverwijzingen naar een andere tweedelijns GGZ-instelling bestaat. Ten opzichte van 1998 is het percentage verwijzingen naar de vrijgevestigde afgenomen van 44% naar 20%, terwijl het percentage verwijzingen naar de ambulante GGZ is gestegen van 16% naar 28%.

Bij 31% van de doorverwezen cliënten vond de verwijzing plaats na afloop van de behandeling; bij 52% van de doorverwijzingen was dit tijdens de behandeling; bij 17% van de cliënten vond doorverwijzing al direct na het intakegesprek plaats. De belangrijkste redenen om door te verwijzen waren de ernst van de problematiek (39%: problematiek te ernstig, te hardnekkig) en het feit dat de problematiek buiten de expertise van de eerstelijnspsycholoog viel (24%: bijv. persoonlijkheidsproblematiek of verslavingsproblematiek). In 6% van de gevallen had de doorverwijzing te maken met belemmerende factoren vanuit de persoon van de cliënt, zoals inzicht en motivatie.

Figuur 5.8: Verwijsbestemming van cliënten bij de eerstelijnspsycholoog, uitgedrukt in percentage van doorverwezen cliënten



Bij 77% van de cliënten werd de behandeling ten minste gedeeltelijk vergoed via de verzekering van de cliënt. In 13% van de gevallen betaalde de cliënt de behandeling geheel via eigen middelen en in 4% werden de onkosten via de werkgever vergoed. Bij 2% van de cliënten werd de behandeling tenminste gedeeltelijk vergoed via het project 'Financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen' van Hoeksma, Homans en Mentink (zie hoofdstuk 3 voor uitleg over dit project).

#### 5.4.5 Vraagstelling 5: Hulpverlening

##### *Capaciteit en wachttijd*

De respondenten gaven aan gemiddeld 35 uur per week te werken als eerstelijnspsycholoog. Daarvan besteden ze gemiddeld 23 uur aan cliëntgebonden taken zoals diagnostiek, behandeling, begeleiding en advisering. Ze blijken gemiddeld 7 uur per week te besteden aan indirect cliëntgebonden taken, zoals rapportage, overleg en financiële administratie, en 5 uur aan niet-cliantgebonden taken zoals beleid en management, bij- en nascholing en het geven van onderwijs.

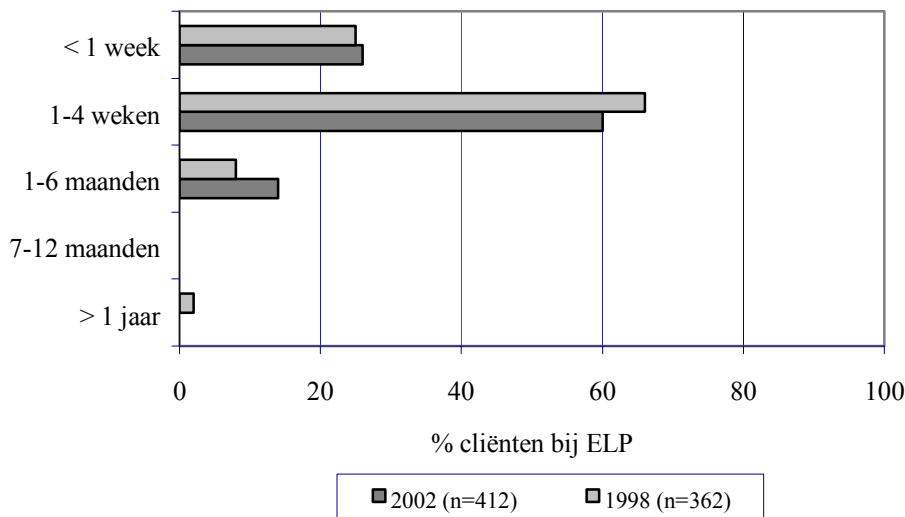
Dit komt overeen met de situatie in 1998: toen werd gemiddeld 33 uur gewerkt, waarvan eveneens het grootste deel, te weten 22 uur, werd besteed aan cliëntgebonden taken. Er werd gemiddeld 5 uur gebruikt voor indirect cliëntgebonden taken en 5 uur voor niet-cliantgebonden taken. Een eerstelijnspsycholoog heeft gemiddeld 21 zittingen per week; in 1998 waren dit er 19.

Tabel 5.5: Gemiddeld aantal cliënten en aantal zittingen per eerstelijnspsycholoog

	1998 (n=313-362)	2002 (n=319-399)
Aantal cliënten momenteel in zorg	44 (SD 25,3)	48 (SD 30,5)
Aantal nieuwe cliënten	89 (SD 69,6)	85 (SD 53,6)
totaal aantal cliënten in zorg	onbekend	111 (SD 67,3)
Aantal zittingen per week per eerstelijnspsycholoog	19 (SD 7,6)	21 (SD 7,4)

Ten opzichte van 1998 is de wachttijd bij eerstelijnspsychologen gestegen ( $t=7.4$ ,  $p < .01$ ): in 1998 moesten cliënten gemiddeld 12 dagen wachten op een intakegesprek, nu is dat gemiddeld 17 dagen. In tabel 5.5 is te zien dat het aantal cliënten dat een eerstelijnspsycholoog tegelijkertijd in zorg heeft is gestegen van 44 in 1998 naar 48 in 2002 ( $t=2.8$ ,  $p < .01$ ). Het percentage cliënten dat 1-6 maanden moet wachten is gestegen van 8% naar 14%, maar het verschil in het totale percentage cliënten dat langer dan een maand moet wachten is wat kleiner (10% in 1998 t.o.v. 14% in 2002; zie Figuur 5.9).

Figuur 5.9: Wachttijd tot intakegesprek met eerstelijnspsycholoog (ELP)



#### *Duur hulpverlening en aantal contacten*

Gemiddeld komen cliënten 2,4 keer per maand bij de eerstelijnspsycholoog. Voor meer dan de helft van de cliënten (55%) is dit gemiddeld 2 keer per maand. Drie procent van de cliënten komt vaker dan eens per week bij de eerstelijnspsycholoog. De frequentie van de hulpverlening is vergelijkbaar met 1998; toen was de frequentie 2,6 keer per maand,



waarbij 1% van de cliënten vaker dan eens per week kwam.

Het gemiddeld aantal zittingen per cliënt was 13,1 (SD 9,2) in 2002. In 1998 was dit gemiddeld 14,9 (SD 13,8). Het merendeel van de cliënten heeft - evenals in 1998 - tussen de 10 en 19 zittingen (50% in 2002, 57% in 1998). Zevenentwintig procent van de cliënten heeft 1-9 zittingen; in 1998 was dat ongeveer evenveel: 23%. Een zitting duurt gemiddeld 50 minuten (SD 9,3). Dit is vergelijkbaar met 1998, toen de gemiddelde zittingsduur 49 minuten was.

#### *Cliëntkenmerken*

De cliëntkenmerken van eerstelijnspsychologen zijn vergelijkbaar met de situatie in 1998 (Tabel 5.6). Tweederde deel is vrouw, de cliënten zijn bijna allemaal van Nederlandse afkomst, en er lijkt evenals in 1998 sprake te zijn van een kleine overrepresentatie van middelhoog en hoog opgeleiden onder cliënten van eerstelijnspsychologen. Het percentage cliënten met een opleiding LBO/MAVO lijkt iets te zijn afgenomen: van 32% naar 28%. Het percentage cliënten met een HBO/WO-opleiding is iets toegenomen van 30% naar 32%.

Tabel 5.6: Kenmerken van cliënten van de eerstelijnspsycholoog

Cliëntkenmerken	% cliënten 1998 (n=2714-2756)	% cliënten 2002 (n=1101-1124)
<i>Geslacht</i>		
Man	36	33
Vrouw	65	67
<i>Opleidingsniveau</i>		
Geen opleiding / basisschool	4	4
LBO/MAVO	32	28
HAVO/MBO/VWO	35	35
HBO/WO	30	32
<i>Herkomst</i>		
Nederland	96	93
Anders	4	7
<i>Gem. leeftijd in jaren</i>	37,2 (SD 12,3)	36,6 (SD 12,5)



### *Problematiek*

De respondenten konden aangeven met welke problematiek ze regelmatig te maken hebben in hun praktijk. De volgende probleemgebieden zijn het vaakst genoemd: depressiviteitsklachten (98% van de respondenten), burn-out/overspannenheid (96%), fobieën/vage angsten/paniekaanvallen (96%), relatieproblemen (95%), spanningsklachten (93%), assertiviteitsklachten (92%) en trauma/rouw/scheiding (92%).

Bovengenoemde problematiek bleek ook volgens de cliëntenregistratie (5 cliënten per respondent) frequent voor te komen. Werk/studieproblemen of burnout/overspannenheidsklachten kwam bij 34% van de cliënten voor (Tabel 5.7). Ook depressiviteitsklachten, identiteitsproblemen en problemen m.b.t. trauma/rouw/scheiding kwamen regelmatig voor (bij resp. 25%, 24% en 20% van de cliënten). Vergeleken met 1998 zijn er meer werk/studieproblemen of burnout-overspannenheidsklachten gerapporteerd (34% in 2002 t.o.v. 24% in 1998). Ook het percentage identiteitsproblemen lijkt te zijn toegenomen, van 15% naar 24-26%. Het percentage spanningsklachten lijkt echter te zijn afgenomen, van 28% naar 13%. Psychose/decompensatie en verslaving komt weinig voor bij cliënten van de ondervraagde eerstelijnspsychologen (beide 1%), evenals dwangmatige klachten (4%), slaapproblemen (4%), seksuele problemen (3%) en eetproblemen (3%).

Tabel 5.7: Probleemgebieden voorkomend bij de eerstelijnspsycholoog

*Bron: cliëntenbestand ELP 2002.*

<b>Probleemgebieden<sup>a</sup></b>	<b>% cliënten 1998 (n=2779)</b>	<b>% cliënten 2002 (n=1109)</b>
<i>Relationeel</i>		
Relatieproblemen	30	24
Gezins- en opvoedingsproblemen	8	12
<i>Psychisch</i>		
Werk/studieproblemen, burnout / overspannen	24	34
Depressiviteitsklachten	31	25
Levens-/zingevingproblemen	nvt	6
Identiteitsproblemen/negatief zelfbeeld	15	24
Identiteitsstoornis	nvt	2
Trauma/rouw/scheiding	18	20
Fobie, vage angsten/paniekaanvallen	18	15

<b>Probleemgebieden<sup>a</sup></b>	<b>% cliënten 1998 (n=2779)</b>	<b>% cliënten 2002 (n=1109)</b>
Spanningsklachten	28	13
Assertiviteitsproblemen	16	13
Agressie / woede	nvt	6
Dwangmatige klachten (obsessies)	5	4
<i>Gezondheid</i>		
Psychosomatische klachten	11	7
Slaapproblemen	6	4
Sexuele problemen	5	3
Eetproblemen	3	3
<i>Anders</i>		
Gedragsproblemen	nvt	3
Psychose/decompensatie	nvt	1
Verslaving	nvt	1
anders	5	6

2

### *Werkwijze*

Bij 83% van de cliënten betrof de hulpverlening een behandeling. In 40% van de gevallen was diagnostiek onderdeel van de hulpverlening, en in 15% vormden ondersteunende gesprekken een onderdeel van de hulpverlening. Deze verdeling komt overeen met die van 1998.

Bij 89% van de cliënten was er sprake van een individuele behandeling, ongeveer 9% kreeg partner-/relatietherapie, 3% gezins- / systeemtherapie en 1% groepstherapie. Bij cliënten kunnen meerdere vormen van hulpverlening van toepassing zijn. Dit was het geval bij 2% van de cliënten.

Aan de eerstelijnspsychologen is tevens gevraagd wat de aard van de hulpverlening was bij elk van de door hen beschreven cliënten. De hulpverlening is vooral inzichtgevend (bij 48% van de cliënten), klachtgericht (bij 42% van de cliënten) en structurerend (bij 36% van de cliënten) van aard. Bij 15% van de cliënten bestaat de hulpverlening uit begeleidende gesprekken. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die in 1998.

## 5.5 Samenvatting en conclusies

### *Vraagstelling 1, capaciteit*

Het aantal eerstelijnspsychologen is ten opzichte van 1998 toegenomen van 4,8 naar 6,2 per 100.000 inwoners. Blijkbaar is de vraag naar hulp door een eerstelijnspsycholoog zodanig groot dat het voor nieuwe eerstelijnspsychologen aantrekkelijk blijft om zich te vestigen. De spreiding over het land is niet gelijkmatig: in de regio's Gooi/Eemland/NW Veluwe, Groningen, Midden Brabant en Utrecht zijn relatief veel eerstelijnspsychologen, terwijl er in de regio's Westland/Schieland/Delfland, Zuid-Holland Zuid, Zwolle-Flevoland en Zeeland relatief weinig zijn.

### *Vraagstelling 2, bij- en nascholing*

Bij- en nascholing vormt een vanzelfsprekend onderdeel van de functie van eerstelijnspsycholoog, niet alleen in de vorm van cursussen, maar ook in de vorm van opleidingen, intervisie en supervisie. Bijna alle respondenten hebben de afgelopen twee jaar bij- of nascholing gevolgd; gemiddeld besteedden ze daar anderhalf uur per week aan. Het feit dat eerstelijnspsychologen zoveel tijd besteden aan bij- en nascholing komt grotendeels doordat ze moeten voldoen aan allerlei registratie- en kwalificatie-eisen die binnen hun beroepsgroep gelden. Veel voorkomende thema's waren diagnostiek m.b.v. psychologische tests en vragenlijsten, en systeemtheorieën. Probleemgebieden die het vaakst aan de orde kwamen zijn onder meer depressiviteitsklachten, burnoutklachten, relatieproblemen, trauma/rouw/scheiding en fobieën/angsten. Van de 3 eerstelijns GGZ-disciplines besteedden eerstelijnspsychologen de meeste tijd aan bij- en nascholing op het gebied van de GGZ. Bij het AMW heeft weliswaar ongeveer de helft van de AMW-instellingen deskundigheids-bevorderende activiteiten op het gebied van de GGZ ondernomen, maar daaraan werd in 2000 gemiddeld 4 dagen besteed (Meijer et al, 2002). Bovendien was per instelling slechts een derde deel van de uitvoerend AMW-ers betrokken bij de activiteiten. Omgerekend in dagen besteden eerstelijnspsychologen gemiddeld ongeveer 10 dagen per jaar aan bij- en nascholing. Huisartsen besteden gemiddeld niet meer dan 1-2 dagen per jaar aan deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ.

### *Vraagstelling 3: Samenwerking:*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* Om inzicht te krijgen in de samenwerking van eerstelijnspsychologen met huisartsen en het AMW is gevraagd naar de frequentie van overleg met beide disciplines, de bekendheid met verschillende hulpverleningsaspecten van het AMW en de frequentie en kwaliteit van de berichtgeving over hulpverlening van / naar huisartsen en AMW. Uit de resultaten bleek dat de overlegfrequentie vooral incidenteel is. Met slechts 5-12% van de huisartsen en AMW-instellingen waarmee eerstelijnspsychologen contact hebben wordt regelmatig overlegd. Eerstelijnspsychologen overleggen vaker over individuele patiënten dan over samenwerking. De berichtgeving van en naar het AMW over de hulpverlening van doorverwezen cliënten is nog niet optimaal, in die zin dat daar weinig vaste afspraken over gemaakt zijn tussen beide disciplines. Ook sturen huisartsen weinig bericht aan eerstelijnspsychologen over

doorverwezen patiënten: slechts een kwart van de respondenten ontvangt regelmatig een aanmeldingsbrief van de huisarts.

Ten opzichte van het jaar 2000 is zowel de frequentie als de kwaliteit van het overleg met huisartsen en het AMW toegenomen. Ook zijn eerstelijnspsychologen beter bekend met verschillende hulpverleningsaspecten van het AMW dan twee jaar geleden. De kwaliteit van de berichtgeving van het AMW is echter nauwelijks toegenomen en blijft onvoldoende (4,3 in 2000 en 4,6 in 2002).

De versterkende maatregelen lijken een positief effect te hebben op de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. Toch is het gezien de kwaliteit van overleg wenselijk dat de samenwerking verbetert, met name voor wat betreft het overleg over samenwerking. Hoewel de maatregelen nog een jaar van kracht blijven, is het aan te bevelen om ook voor de periode daarna de onderlinge samenwerking te stimuleren.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* Ook op het gebied van samenwerking met de disciplines van de tweedelijns GGZ is gevraagd naar de frequentie van overleg, bekendheid met verschillende hulpverleningsaspecten van de tweedelijns GGZ, en berichtgeving aan / van de tweedelijns GGZ over hulpverlening. De tweedelijns GGZ bestaat uit de ambulante GGZ (voorheen de RIAGG), de psychiatrie/PAAZ, vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut, de verslavingszorg en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Net als binnen de eerstelijns GGZ wordt ook hier vooral overlegd over individuele cliënten en veel minder over samenwerking. Zowel de frequentie als de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ is de afgelopen twee jaar toegenomen. Eerstelijnspsychologen blijken het meest bekend te zijn met de ambulante GGZ. Ook van de hulpverlening van vrijgevestigden zijn ze redelijk op de hoogte.

Opvallend is dat eerstelijnspsychologen nog erg onbekend zijn met de hulpverlening door een SPV, ook al is de bekendheid de afgelopen twee jaar wel toegenomen. Voor de verslavingszorg geldt hetzelfde. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat eerstelijnspsychologen niet vaak te maken krijgen met verslavingsproblematiek, en dus niet vaak hoeven door te verwijzen naar de verslavingszorg.

Net als met het AMW zijn er met de tweedelijns GGZ weinig afspraken gemaakt over berichtgeving m.b.t. hulpverlening aan doorverwezen cliënten, namelijk door maximaal een kwart van de respondenten. Echter, in de praktijk ontvangt de eerstelijnspsycholoog vaker bericht dan te verwachten zou zijn op basis van de gemaakte afspraken. Er zijn dus niet altijd formele afspraken nodig om berichtgeving over de hulpverlening te ontvangen. De toename in frequentie en kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ en de toegenomen bekendheid met de SPV lijkt erop te wijzen dat de versterkende maatregelen een positieve invloed hebben op de samenwerking met de tweedelijns GGZ. Toch blijft de frequentie van overleg laag: maximaal 13% van de eerstelijnspsychologen overlegt regelmatig met de ambulante GGZ, met de andere tweedelijnspartijen wordt nog minder overlegd.

#### *Vraagstelling 4, verwijsstromen*

Cliënten komen voor meer dan tweederde deel via de huisarts bij een eerstelijnspsycholoog terecht. De rest komt voornamelijk op eigen initiatief; slechts 3% van de cliënten is doorverwezen via het AMW of de tweedelijns GGZ. Hierin zijn geen

veranderingen opgetreden ten opzichte van 1998. Deze resultaten komen niet geheel overeen met de verwachting dat de verwijsstroom van huisartsen naar de eerstelijnspsycholoog zou toenemen als gevolg van de versterkende maatregelen. De verwachting was dat huisartsen beter zouden kunnen inschatten welke patiënten door een eerstelijnspsycholoog behandeld kunnen worden doordat eerstelijnspsychologen zich beter gaan profileren. Ook zou het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" het aantal verwijzingen van huisarts naar eerstelijnspsycholoog kunnen stimuleren. Een verklaring voor het feit dat de verwijsstroom ondanks deze stimulerende maatregelen niet is toegenomen kan liggen in het feit dat het onderzoeksproject project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" in slechts twee regio's loopt, waardoor eventuele regionale effecten te klein zijn om deze ook op landelijk niveau terug te vinden. De verwijsstroom van AMW naar eerstelijnspsycholoog is in tegenstelling tot de verwachting evenmin toegenomen. Een betere profilering van de eerstelijnspsycholoog had er toe kunnen leiden dat het AMW beter kan inschatten welke patiënten beter op hun plaats zijn bij de eerstelijnspsycholoog dan bij het AMW, waardoor ze meer cliënten zouden doorverwijzen. Het gaat daarbij met name om cliënten die op eigen initiatief bij het AMW zijn terechtgekomen. Cliënten die via de huisarts bij het AMW zijn terechtgekomen zouden vanwege de poortwachtersfunctie van de huisarts immers al terecht verwezen moeten zijn naar het AMW. Blijkbaar hebben de activiteiten van eerstelijnspsychologen om zich beter te profileren (nog) geen effect op de verwijsstromen vanuit het AMW. Ook een toegenomen samenwerking tussen AMW en eerstelijnspsycholoog zou deze verwijsstroom kunnen stimuleren. Uit de resultaten is echter gebleken dat de samenwerking met het AMW in de afgelopen twee jaar weliswaar is verbeterd, maar dat de frequentie en kwaliteit van het overleg nog steeds verre van optimaal zijn. De verbeteringen in de samenwerking zijn blijkbaar niet dusdanig groot dat deze ook een positief effect hebben op de verwijsstroom naar de eerstelijnspsycholoog. Slechts een klein percentage (5%) van de doorverwezen cliënten wordt vanuit de eerstelijnspsycholoog doorverwezen naar het AMW. Ten opzichte van 1998 zijn hierin zoals verwacht geen verschuivingen opgetreden. De poortwachtersrol van de huisarts zou er immers voor moeten zorgen dat patiënten direct bij de juiste hulpverlener terechtkomen, in dit geval van de eerstelijnspsycholoog naar het AMW. Blijkbaar vervullen huisartsen deze poortwachtersrol zodanig goed dat er geen verwijzingen van eerstelijnspsycholoog naar het AMW nodig zijn.

Er is een toename van het totaal aantal verwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog: in 1998 werd 7% van de cliënten doorverwezen, in 2002 was dit 11%. Het percentage verwijzingen naar het AMW is niet gewijzigd, het percentage verwijzingen naar de tweedelijns GGZ is afgenomen voor zover het de ambulante GGZ en de vrijevestigde *tezamen* betreft: in 1998 kwam 60% van de doorverwijzingen terecht bij de ambulante GGZ of een vrijevestigde, in 2002 was dit 48%. Deze cijfers suggereren dat het percentage doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ is afgenomen. We weten echter niet in hoeverre het percentage verwijzingen naar de vrijevestigden en psychiatrie is veranderd, omdat die zowel in 1998 als in 2002 onder de categorie 'anders' vallen. Daardoor kunnen we geen uitspraken doen over wijzigingen in het totale percentage verwijzingen naar de tweedelijns GGZ.

Ten opzichte van 1998 zijn er verschuivingen opgetreden in verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ: er is sprake van een toename van verwijzingen naar de ambulante GGZ en een afname van verwijzing naar de vrijgevestigde. Hierover zijn van tevoren geen hypothesen geformuleerd. Een verklaring kan zijn dat eerstelijnspsychologen beter bekend zijn met de ambulante GGZ vergeleken met de vrijgevestigde, vooral wanneer het de intakeprocedure en het hulpverleningsaanbod betreft. Ook bestaan er meer afspraken met de ambulante GGZ over berichtgeving dan met de vrijgevestigde, en wordt er met de ambulante GGZ vaker overlegd.



### *Vraagstelling 5, hulpverlening*

De tijdsbesteding van eerstelijnspsychologen aan de verschillende taken is niet veranderd ten opzichte van 1998. Tweederde deel van de tijd wordt besteed aan cliëntgebonden taken. Ook de aard en frequentie van de hulpverlening zijn niet veranderd. De problematiek waar een eerstelijnspsycholoog mee te maken krijgt lijkt echter wel enigszins verschoven, hoewel hierover van tevoren geen verwachtingen waren geformuleerd. Het percentage cliënten met werk/studieproblemen en burnout lijkt te zijn toegenomen, evenals het percentage cliënten met identiteitsproblemen.

Het aantal cliënten dat een eerstelijnspsycholoog in behandeling heeft is toegenomen van 44 naar 48. Bovendien is de gemiddelde wachttijd tot een intakegesprek toegenomen van 12 dagen naar 17 dagen. Er is dus een toename in aantal cliënten en wachttijd ondanks het feit dat het aantal eerstelijnspsychologen is gestegen van bijna 5 naar ruim 6 per 100.000 inwoners. De vraag naar hulp door eerstelijnspsychologen is blijkbaar sterker gegroeid dan het aanbod. Deze resultaten suggereren dat potentiële cliënten en hulpverleners de weg naar de eerstelijnspsycholoog beter weten te vinden.

De verwachting dat het opleidingsniveau van cliënten iets zou verschuiven ten gunste van de wat lager opgeleiden wordt niet bevestigd door de resultaten. Het percentage cliënten met een LBO/MAVO-opleiding is zelfs iets afgenomen van 32% naar 28%. Voor zover het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" wel het bedoelde positieve effect zou hebben op de toegankelijkheid van hulp voor de wat minder draagkrachtigen (zie hoofdstuk 3), is dit niet zichtbaar in de landelijke cijfers over het opleidingsniveau van cliënten van de eerstelijnspsycholoog.

### *Conclusies*

Concluderend kan gesteld worden dat er tijdens de periode van de versterkende maatregelen een aantal ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Hulpverleners en cliënten lijken beter de weg naar de eerstelijnspsycholoog te vinden, de samenwerking met huisartsen en het AMW is verbeterd, er is een toename in frequentie en kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ, en de bekendheid van eerstelijnspsychologen met de SPV is toegenomen. Dit zou er op kunnen wijzen dat de maatregelen een positieve invloed hebben op de eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ. Echter, daarover kunnen we geen uitspraken doen omdat we met dit onderzoek geen directe oorzaak-gevolgrelatie kunnen aantonen. Bovendien waren de verschillende maatregelen ten tijde van de nameting nog dusdanig kort van kracht dat er nog geen duidelijke effecten te verwachten zijn. De Consultatieregeling is pas sinds 2001 goed op gang, evenals de verschillende samenwerkingsprojecten (Diaboloproject, Korte Lijnen). Een groot deel van de activiteiten vindt pas in de loop van 2003 plaats. Ook bij het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" kwamen cliënten pas sinds oktober 2001 in aanmerking voor deelname. In de eindrapportage kunnen we met behulp van de regionale database (zie hoofdstuk 6) wat gerichtere uitspraken doen over de effectiviteit van de versterkende maatregelen op het functioneren van de eerstelijnspsycholoog. We kunnen dan onder andere onderzoeken of de verwijsstromen in de twee regio's waar het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" liep de verwijsstromen meer veranderd zijn dan in de andere regio's.

Ondanks de positieve ontwikkelingen is de frequentie en kwaliteit van de samenwerking

met huisartsen, AMW en tweedelijns GGZ nog niet optimaal, evenmin als de bekendheid met de verschillende GGZ-hulpverleners. Ook zijn er nog geen duidelijke aanwijzingen dat er een afname is van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ, en is de verwijsstroom van AMW naar de eerstelijnspsycholoog niet toegenomen. Het is dus wenselijk om de samenwerking zowel binnen de eerstelijns GGZ als met de tweedelijns GGZ te blijven stimuleren. De versterkende maatregelen zijn nog tot eind 2003 van kracht; er kunnen dus in het jaar 2003 nog verbeteringen worden verwacht in de samenwerking en verwijsstromen. Bovendien zullen de activiteiten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van eerstelijnspsychologen hoogstwaarschijnlijk pas met vertraging effect hebben op bovengenoemde indicatoren. Het is daarom aan te bevelen om een jaar na afloop van de maatregelen nogmaals naar alle indicatoren voor een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ te kijken, omdat het effect van de maatregelen op de eerstelijns psycholoog als partner van de eerstelijns GGZ dan beter beoordeeld kan worden.

## 6 Regionale verschillen in versterking van de eerstelijns GGZ bij de voormeting

### 6.1 Inleiding

In de interim rapportage van 2002 (Meijer et al., 2002) is een landelijk beeld geschetst van de stand van zaken ten aanzien van de versterking eerstelijns GGZ. Deze stand van zaken is onderdeel van de evaluatiestudie waarin onderzocht wordt of het pakket aan versterkende maatregelen dat VWS heeft uitgezet tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ leidt. De eerste interim rapportage wordt in dat kader beschouwd als een voormeting. Als indicatoren voor het tot stand komen van een meer samenhangende en sterkere eerstelijns GGZ is een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte indicatoren. De directe indicatoren geven een rechtstreeks effect van de versterkende maatregelen weer: toegenomen capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen, toegenomen deskundigheid op GGZ-gebied van de eerstelijnsdisciplines en toegenomen samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Ze zijn voorwaardenscheppend om tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ te komen. De indirecte indicatoren weerspiegelen de mate waarin het einddoel van het pakket aan maatregelen is bereikt: toegenomen verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ, afgenomen verwijsstromen van de eerste- naar de tweedelijns GGZ, en behandeling van patiënten waar ze, gezien hun problematiek, goed behandeld kunnen worden (oftewel: hulpverleningskenmerken). We noemen ze indirecte indicatoren omdat ze niet rechtstreeks beïnvloed kunnen worden, maar alleen via verandering van de directe indicatoren. De indicatoren tijdens de voormeting zijn beschreven voor de drie disciplines van de eerstelijns GGZ: huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen.

In het landelijke beeld blijven regionale verschillen echter onzichtbaar. Er kunnen bijvoorbeeld regionale verschillen zijn in de inzet van de Consultatieregeling of de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor het AMW. Bovendien worden een aantal maatregelen niet landelijk, maar alleen in enkele regio's uitgevoerd. Dit geldt met name voor de samenwerkingsprojecten. Eventuele effecten van deze samenwerkingsprojecten zullen daarom op regionaal niveau onderzocht moeten worden. Hoewel in deze tweede interim rapportage geen effectmetingen besproken worden, kunnen we op basis van de nulmetingsgegevens wel alvast een beeld schetsen van regio's waar veel activiteiten op het gebied van de versterking van de eerstelijns GGZ plaatsvinden. Daarmee kunnen we inzicht krijgen in de veranderingen die in de betreffende regio's te verwachten zijn op de gekozen indicatoren als gevolg van de maatregelen.

Om inzicht te krijgen in dergelijke regionale verschillen zijn de gegevens van de interim rapportage 2002 geanalyseerd op regionaal niveau. Daarbij komen de volgende aspecten aan de orde: capaciteit van AMW en eerstelijnspsychologen, samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ, verwijsstromen binnen de

eerstelijns GGZ en verwijsstromen tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Bovendien biedt de regionale database de mogelijkheid om het verband tussen de *voorwaarden* voor een sterke eerstelijns GGZ (directe indicatoren) en het *einddoel* van de maatregelen (indirecte indicatoren) te bekijken. Met de originele landelijke gegevens is dit niet mogelijk omdat de gegevens op verschillende niveau's verzameld zijn (o.a. cliënten, eerstelijnspsychologen, gemeenten, AMW-instellingen).

De verwachting is dat de directe indicatoren gerelateerd zijn aan de indirecte indicatoren: een grotere capaciteit en meer tijd besteed aan deskundigheidsbevordering zullen gerelateerd zijn aan een groter aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ en lager aantal verwijzingen van de eerste- naar de tweedelijns GGZ. Directe indicatoren (voldoende capaciteit en deskundigheid) worden immers geacht noodzakelijke voorwaarden te zijn voor een sterke eerstelijns GGZ (hoge verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ, lage verwijsstromen van de eerste- naar de tweedelijns GGZ).

Vragen die in dit hoofdstuk centraal staan zijn:

- 1 Hoe kenmerken de verschillende regio's zich op het gebied van capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijsstromen bij de voormeting?*
- 2 Welke regio's zijn het meest actief in het inzetten van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ in de periode van de voormeting (eind 2001)?*
- 3 In hoeverre zijn regionale verschillen in capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking op de voormeting gerelateerd aan regionale verschillen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ?*

## **6.2 Methode**

### **Indeling in regio's**

Om de activiteiten en ontwikkelingen van de versterking eerstelijns GGZ op regionaal niveau te onderzoeken, is het nodig om een regio-indeling te kiezen. Binnen de gezondheidszorg bestaan meerdere geografische indelingen die vanuit verschillende achtergronden ontstaan zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld gezondheidszorgregio's (WZV-regio's) die worden gebruikt voor de planning van ziekenhuisvoorzieningen, en zorgkantoorregio's die van belang zijn voor de financiering van gezondheidszorgvoorzieningen (Bloemheuvel, Kasdorp et al., 1998; GGZ Nederland, 1999). Als het gaat om regio-indelingen die een functie hebben voor de hulpverlening en samenwerking binnen de GGZ blijken GGZ-instellingen verschillende indelingen te hanteren. Een nadeel van deze indelingen is dat ze niet goed op elkaar zijn afgestemd en dat ze aan verandering onderhevig zijn door herindelingen (de Haen & Algra, 1990). Gezien het doel van het onderzoek – evaluatie versterking eerstelijns GGZ – ligt het voor de hand om een regio-indeling te kiezen die aansluit bij de eerstelijns GGZ. Echter, ook hierbij worden verschillende indelingen gehanteerd. Eerstelijnspsychologen hebben zich georganiseerd in 27 ROEP's (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen), het AMW is ingedeeld in 13 ROAM's (Regionaal Orgaan Algemeen Maatschappelijk werk), en

huisartsen zijn van oudsher georganiseerd in 23 DHV-en (Districts Huisartsen Verenigingen). We hebben ervoor gekozen om de DHV-indeling te gebruiken. Ten eerste omdat huisartsen een poortwachtersfunctie hebben binnen de eerstelijns GGZ en dus het beginpunt van de hulpverlening vormen. Ten tweede wordt deze indeling ook steeds meer gebruikt door andere beroepsgroepen binnen de eerstelijns gezondheidszorg en is dus breder erkend dan de indeling die bij eerstelijnspsychologen en AMW-ers gehanteerd wordt. Een derde reden is dat deze indeling niet aan herindelingen onderhevig is, zoals de regionale GGZ-regio's. Bijlage 3 bestaat uit een overzicht van de DHV-indeling in 23 regio's.

### **Data-analyse**

De regionale analyse is gebaseerd op gegevens uit landelijke databestanden die ten behoeve van de eerste interim rapportage 2002 (Meijer et al., 2002) zijn gebruikt. Het gaat dus om bestanden die gebruikt zijn om een beeld te schetsen van de eerstelijns GGZ vóórdat de versterkende maatregelen van VWS van kracht werden. Dit hoofdstuk over regionale verschillen betreft dus alleen de situatie op de voormeting. In de eindrapportage van 2004 zal de vergelijking tussen voor- en nameting op regionaal niveau aan de orde komen. Voor een uitgebreide beschrijving van de dataverzameling en de landelijke resultaten m.b.t. de voormeting wordt verwezen naar bovengenoemde eerste interim rapportage. De bestanden die voor de regionale analyse zijn gebruikt staan vermeld in bijlage 4.

Ten behoeve van de regionale analyse zijn de gegevens van de voormeting geaggregeerd op het niveau van DHV-en. Hoe dit gedaan is staat eveneens beschreven in bijlage 4. De gegevens van de voormeting zijn oorspronkelijk verzameld op verschillende niveau's, zoals het niveau van cliënten (AMW en eerstelijnspsychologen), hulpverleners (huisartsen en eerstelijnspsychologen), instellingen (AMW), zorgkantoren (Consultatieregeling) en gemeenten (Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW).

Bij alle onderzoeksvragen zijn *relatieve* verschillen tussen de regio's beschreven, ofwel de mate waarin regio's afwijken ten opzichte van het *gemiddelde van de 23 regio's* op elk van de onderzochte indicatoren. Daartoe zijn de regio's op elke indicator ingedeeld in 5 groepen: 'zeer laag', 'laag', 'gemiddeld', 'hoog' en 'zeer hoog'. Hoe die groepen tot stand zijn gekomen is vermeld in bijlage 3. Voor de *geografische weergave* van de indicatoren is deze indeling van 5 groepen gebruikt; bij de *beschrijving* van de indicatoren is alleen genoemd of regio's onder gemiddeld, gemiddeld of boven gemiddeld scoorden. 'Onder gemiddeld' bestaat uit de groepen 'zeer laag' + 'laag', en 'boven gemiddeld' bestaat uit de groepen 'hoog' + 'zeer hoog'.

### **Onderzoeksvraag 1: Kenmerken van regio's op de voormeting**

Ten behoeve van deze onderzoeksvraag zijn een aantal indicatoren grafisch weergegeven, en is beschreven welke regio's onder dan wel boven het gemiddelde scoren op elk van die indicatoren. De volgende indicatoren zijn gebruikt:

#### *Indicatoren voor capaciteit van de eerstelijns GGZ*

- Aantal *fte's* AMW per 100.000 inwoners in 1998

- *Aantal* eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2002 (hiervan zijn geen fte's bekend)

Van de capaciteit van eerstelijnspsychologen zijn geen voormetingsgegevens bekend (1998 of 1999). Om toch enig inzicht te krijgen in de capaciteit van eerstelijnspsychologen zijn de gegevens van 2002 gebruikt, welke verzameld zijn ten behoeve van hoofdstuk 5 van dit rapport. Deze gegevens geven de stand van zaken weer halverwege de periode van de versterkende maatregelen.

#### *Indicatoren voor deskundigheidsbevordering van de eerstelijns GGZ*

- Aantal uren GGZ-nascholing per jaar gevolgd door huisartsen
- Voor het AMW en eerstelijnspsychologen waren geen geschikte indicatoren beschikbaar.

#### *Indicatoren voor samenwerking*

- Samengestelde maat voor samenwerking binnen de eerstelijns GGZ (bekendheid van huisartsen met eerstelijns GGZ, frequentie en kwaliteit van berichtgeving van eerstelijnspsychologen en AMW aan huisartsen, frequentie en kwaliteit van overleg binnen de eerstelijns GGZ).
- Knelpunten door huisartsen ervaren in de samenwerking met de eerstelijns GGZ
- Samengestelde maat voor samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ (bekendheid van huisartsen met eerstelijns GGZ, frequentie en kwaliteit van berichtgeving van de tweedelijns GGZ aan huisartsen, frequentie en kwaliteit van overleg van huisartsen met de tweedelijns GGZ)
- Knelpunten door huisartsen ervaren in de samenwerking met de tweedelijns GGZ

De indicatoren voor samenwerking zijn gebaseerd op een combinatie van verschillende maten die ten behoeve van de voormeting verzameld zijn bij een enquête onder huisartsen. De wijze waarop dit gedaan is staat beschreven in bijlage 3.

#### *Indicatoren voor verwijfsstromen*

- Geschatte aantal verwijfsingen van huisarts naar AMW en eerstelijnspsychologen
- Geschatte aantal verwijfsingen naar de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg

### **Onderzoeksvraag 2: Regionale inzet versterkende maatregelen**

De versterkende maatregelen van VWS die op regionaal niveau onderzocht worden zijn: de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW, de Consultatieregeling, het project Korte Lijnen, het onderzoek Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en het Diaboloproject.

De inzet van de *Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW* is bedoeld om de capaciteit van het AMW uit te breiden. Hiertoe konden gemeenten subsidie aanvragen bij het ministerie van VWS. VWS heeft ten behoeve van de subsidieregeling een administratie bijgehouden waarin de aanvragen en toekenningen van subsidies aan de gemeenten zijn geregistreerd (zie Meijer et al., 2002).

Om inzicht te krijgen in de regionale activiteiten op het gebied van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel zijn de registratiegegevens van VWS omgerekend tot de volgende indicatoren:

- Aantal *fte*'s uitvoerend AMW per 100.000 inwoners voorafgaand aan de Stimuleringsregeling (1998)
- Aantal *verwachte fte*'s AMW per 100.000 inwoners aan het eind van de Stimuleringsregeling (eind 2003), gebaseerd op het aangevraagde subsidiebedrag.
- *Verwachte toename in fte*'s uitvoerend AMW per 100.000 inwoners als gevolg van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel ten opzichte van de capaciteit in 1998.

Informatie over de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de *Consultatieregeling* is afkomstig van het Steunpunt Tussen de Lijnen. Dit Steunpunt houdt bij welke projecten er lopen vanuit de Consultatieregeling en wat er daadwerkelijk gebeurt in de consultatieve bijeenkomsten. De meeste projecten registreren elke consultatie die binnen dat project plaatsvindt. Als er over één patiënt meerdere consultaties zijn, wordt alleen het eerste contact geregistreerd. Er zijn ongeveer 120 consultatieprojecten bekend, waarvan rond de 80 projecten hun consultaties registreren.

Ten behoeve van de regionale analyse hebben we gekeken naar:

- Het aantal *geregistreeerde* consultaties dat in het jaar 2001 heeft plaatsgevonden. In werkelijkheid is het aantal consultaties hoger, omdat de consultaties van niet-registrerende projecten niet meegeteld kunnen worden.
- De mate waarin het AMW en eerstelijnspsychologen als consultatievrager betrokken zijn bij de Consultatieprojecten. Als er in een regio relatief veel AMW-ers en/of eerstelijnspsychologen consultatievrager zijn, dan impliceert dit dat deze beroepsgroepen actief betrokken zijn bij het versterken van de eerstelijns GGZ, in elk geval voor zover dit de samenwerking met de tweedelijns GGZ betreft. Hiertoe is eerst per project berekend welk percentage van alle consultatievragers uit het AMW en eerstelijnspsychologen bestaat. Vervolgens is daarover een gemiddeld percentage per regio berekend.

Van het *project Korte Lijnen* en het *onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen* is in de regionale analyse alleen geregistreerd:

- In welke regio ze plaatsvinden.

Van het *Diabolo*project is geregistreerd:

- In welke regio een Diabolo-deelproject is geïmplementeerd. Diabolo-deelprojecten bestaan uit voorwaardenscheppende deelprojecten en samenwerkings-deelprojecten (zie hoofdstuk 3). Bij de regionale analyse zijn alleen de samenwerkings-deelprojecten geregistreerd.
- Aantal geïmplementeerde samenwerkings-deelprojecten in een regio.

### **Onderzoeksvraag 3: Correlatie tussen capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking enerzijds en verwijsstromen anderzijds**

*Om te onderzoeken of er een verband is tussen capaciteit, deskundigheidsbevordering en (knelpunten in de) samenwerking enerzijds en verwijsstromen anderzijds zijn correlaties berekend tussen indicatoren van de genoemde onderwerpen. Hiervoor zijn de z-scores van de betreffende indicatoren gebruikt.*

De aanwezigheid van een correlatie geeft een indicatie van de mate waarin een toename van de capaciteit, een toename van activiteiten m.b.t. deskundigheidsbevordering op het

gebied van de GGZ en een verbeterde samenwerking kunnen leiden tot veranderingen in verwijsstromen.

## 6.3 Resultaten

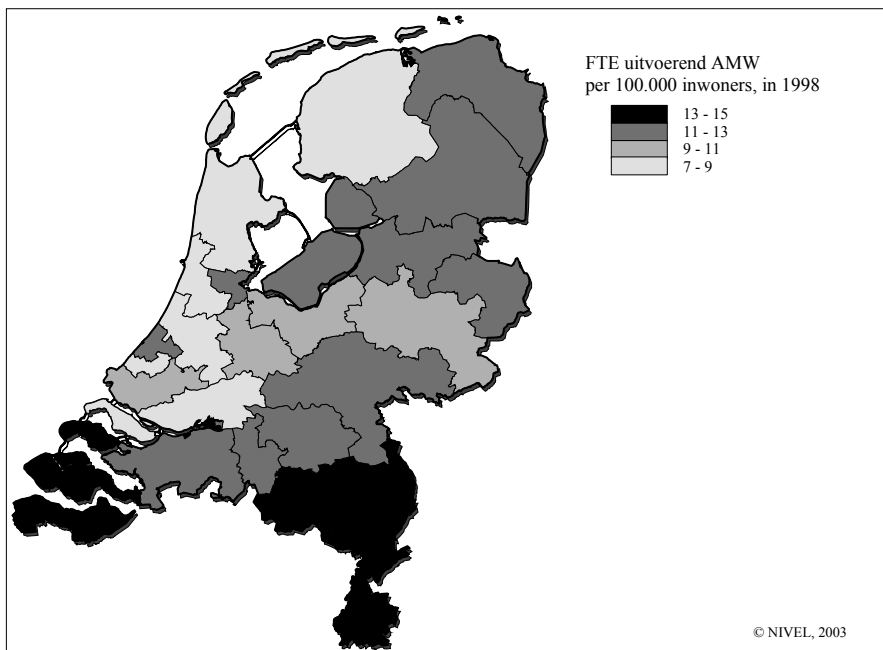
### 6.3.1 Resultaten onderzoeksvraag 1: Kenmerken van regio's op de voormeting

#### Capaciteit

##### *Capaciteit AMW*

Gemiddeld waren er in 1998 10,8 fte uitvoerend AMW-ers per 100.000 inwoners in Nederland. Er zijn regionale verschillen in de capaciteit (figuur 6.1). In de regio's Zeeland (DHV 8), Limburg (DHV 11), Midden-Brabant (DHV 22) en ZO-Brabant (DHV 23) is de capaciteit hoger dan gemiddeld. In de regio's Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Holland Noord (DHV 3), West-/Schie-/Delfland (DHV 21) is het aantal fte's uitvoerend AMW-ers per 100.000 inwoners juist lager dan gemiddeld.

Figuur 6.1: Capaciteit van het AMW in 1998, uitgedrukt in aantal fte's AMW per 100.000 inwoners



##### *Capaciteit eerstelijnspsychologen*

In de volgende regio's is het aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners het hoogst: Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Utrecht (DHV 12),

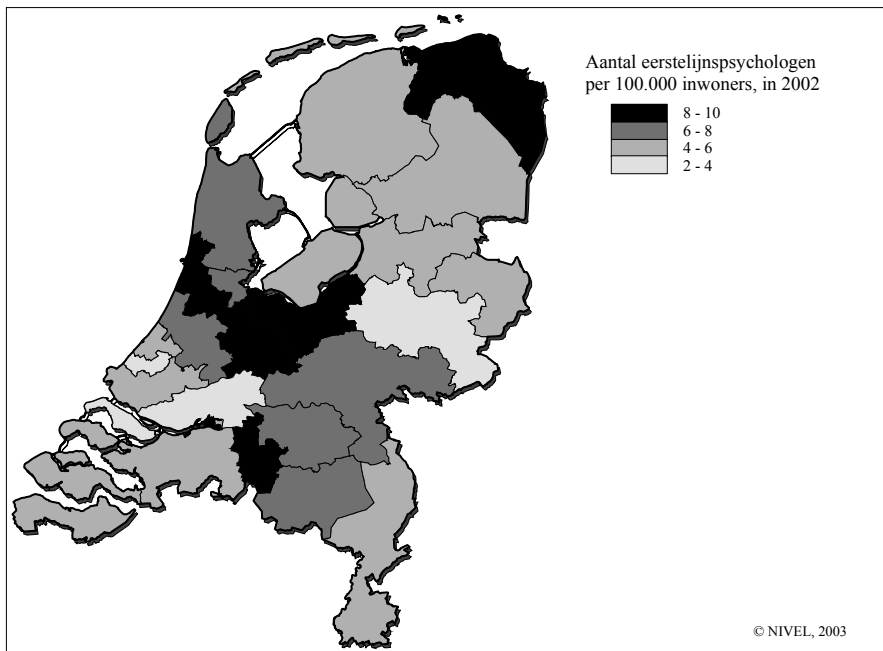


Gooi/Eemland/NW-Veluwe (DHV 13), Groot Gelre (DHV 14), Groningen (DHV 20) en Midden-Brabant (DHV 22) (zie figuur 6.2).

Regio's waar het aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners onder het landelijk gemiddelde ligt zijn: Rotterdam e.o. (DHV 6), Zuid-Holland Zuid (DHV 7), Zeeland (DHV 8), Stedendriehoek (DHV 15), Zwolle/Fevoland (DHV 16) en West-/Schiedland (DHV 21).

Figuur 6.2: Aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2002

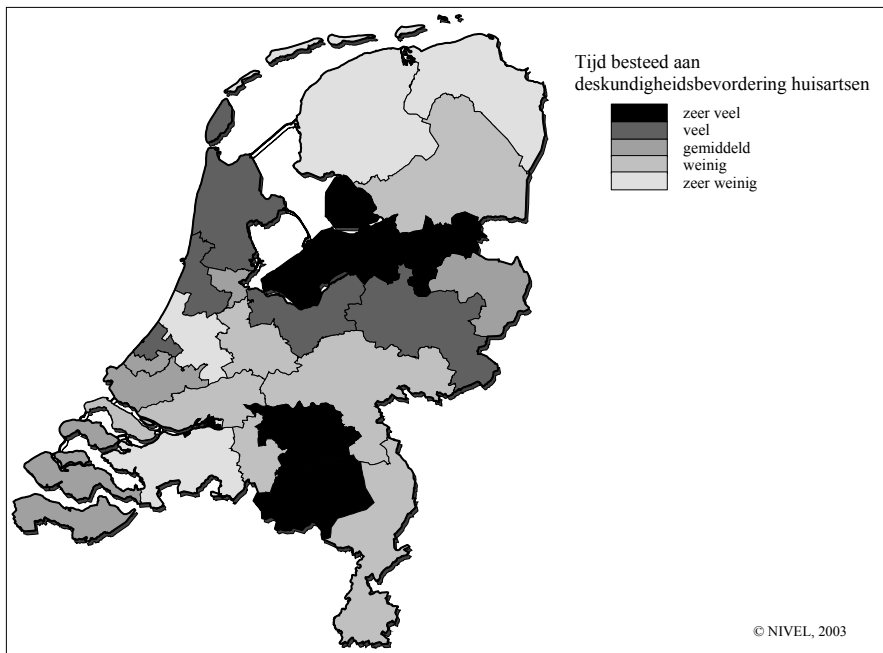
Bron: LVE / NIVEL



### Deskundigheidsbevordering huisartsen

Gemiddeld volgden huisartsen 12,1 uur nascholing op het gebied van de GGZ in 1999-2001 (SD 1,7). Uit figuur 6.3 is af te lezen dat regio's waar huisartsen in 1999-2001 meer nascholing op het gebied van de GGZ hebben gevolgd dan gemiddeld zijn: Noord Brabant NO (DHV 10), Zwolle/Flevoland (DHV 16) en Zuidoost Brabant (DHV 23). Regio's waar huisartsen in die periode minder nascholing dan gemiddeld hebben gevolgd zijn Rijnland/Midden Holland (DHV 5), West Brabant (DHV 9), Friesland (DHV 19) en Groningen (DHV 20).

Figuur 6.3: Mate waarin huisartsen deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ hebben gevolgd in 1999-2001.



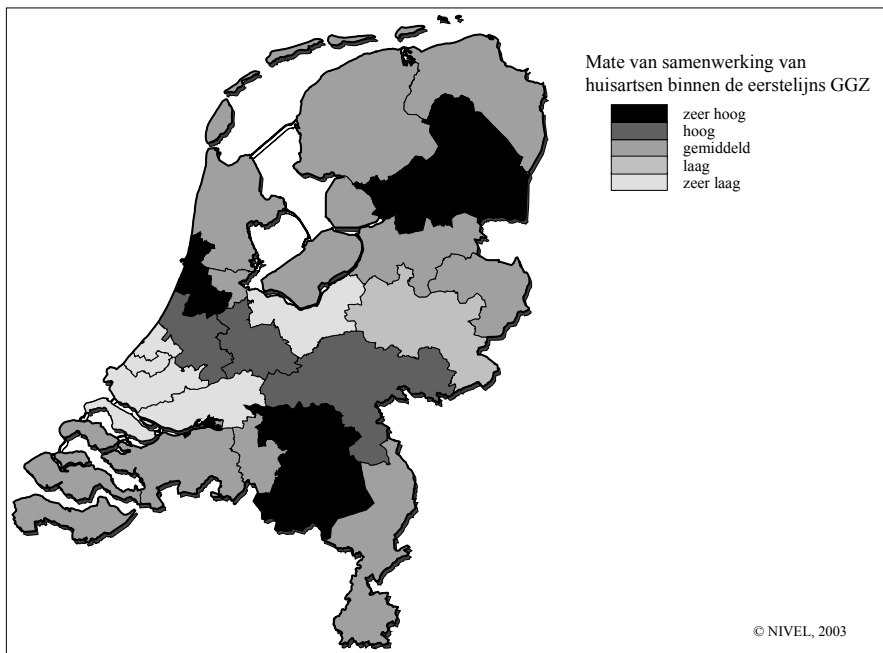
### Samenwerking

#### *Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ*

Voor het weergeven van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ is een maat gebruikt die is samengesteld uit gegevens over: bekendheid van huisartsen met de eerstelijns GGZ, frequentie en kwaliteit van de berichtgeving (over doorverwezen patiënten) van de eerstelijns GGZ aan huisartsen, en de frequentie en kwaliteit van overleg van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ. Uit figuur 6.4 is af te lezen dat regio's waarin huisartsen tijdens de voormeting beter dan gemiddeld samenwerkten met het AMW en/of eerstelijnspsychologen zijn: Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Noord Brabant NO (DHV 10) en Drenthe (DHV 18). Ook in de regio's Rijnland/Midden-Holland (DHV 5), Utrecht (DHV 12) en Groot Gelre (DHV 14) is de samenwerking boven gemiddeld. In deze regio's ondervonden huisartsen tevens minder knelpunten dan gemiddeld in de samenwerking. In Zuidoost Brabant (DHV 23) was de samenwerking met AMW en eerstelijnspsychologen ook hoger dan gemiddeld, maar daar ondervonden de huisartsen niet minder knelpunten dan gemiddeld.

In de regio's Zwolle/Flevoland (DHV 16), Amsterdam e.o. (DHV 1), Limburg (DHV 11), Friesland (DHV 19), Groningen (DHV 20) en Midden-Brabant (DHV 22) werden minder dan gemiddeld knelpunten in de samenwerking ervaren door huisartsen, hoewel de samenwerking zelf op een gemiddeld niveau was.

Figuur 6.4: Mate waarin huisartsen in 2001 samenwerkten met het AMW en eerstelijnspsychologen



Met name in de westelijke regio's was de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ lager dan gemiddeld: Den Haag e.o. (DHV 4), Rotterdam e.o. (DHV 6), Zuid-Holland Zuid (DHV 7), Gooiland/Eemland/NW-Veluwe (DHV 13) en West-/Schie-/Delfland (DHV 21). Ook in de regio Stedendriehoek (DHV 15) was de samenwerking lager dan gemiddeld. In deze regio's werden ook veel knelpunten in de samenwerking ervaren door huisartsen. Regio's waar relatief veel knelpunten ervaren werden in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zijn: Zeeland (DHV 8), Holland Noord (DHV 3) en Twente (DHV 17).

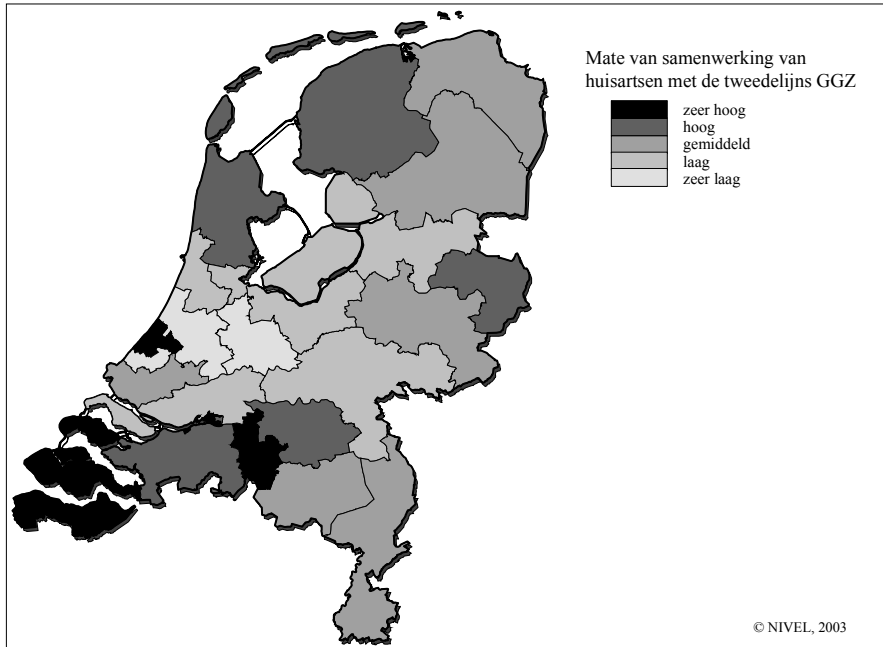
#### *Samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ*

Voor het weergeven van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ is een maat gebruikt die is samengesteld uit gegevens over: bekendheid van huisartsen met de tweedelijns GGZ, frequentie en kwaliteit van de berichtgeving van de tweedelijns GGZ (over doorverwezen patiënten) aan huisartsen, en de frequentie en kwaliteit van overleg tussen huisartsen en de tweedelijns GGZ.

Regio's waar de samenwerking tussen huisartsen en tweedelijns GGZ tijdens de voormeting hoger dan gemiddeld was zijn: Den Haag e.o. (DHV 4), Zeeland (DHV 8), Midden-Brabant (DHV 22), Holland Noord (DHV 3) en Friesland (DHV 19). Dit is weergegeven in figuur 6.5. In deze regio's werden tevens weinig knelpunten in de samenwerking ervaren door huisartsen. In West-Brabant (DHV 9), Noord Brabant NO (DHV 10) en Twente (DHV 17) was de samenwerking met de tweedelijns GGZ ook bovengemiddeld, maar de ervaren knelpunten waren niet lager dan gemiddeld. Regio's waar de samenwerking met de tweedelijns GGZ op een gemiddeld niveau was, maar waar relatief weinig knelpunten ervaren werden in de samenwerking tussen de

eerste- en tweedelijns GGZ zijn: Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Drenthe (DHV 18) en Groningen (DHV 20).

Figuur 6.5: Mate waarin huisartsen in 2001 samenwerkten met de tweedelijns GGZ



In de volgende regio's was de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ lager dan gemiddeld ten tijde van de voormeting: Rijnland/Midden Holland (DHV 5), Utrecht (DHV 12), Zuid-Holland Zuid (DHV 7), Gooiland/Eemland/NW-Veluwe (DHV13), Groot Gelre (DHV 14) en Zwolle/Flevoland (DHV 16). Hier ondervonden huisartsen ook meer knelpunten dan gemiddeld in de samenwerking. In de regio's West-/Schie-/Delfland (DHV 21), Amsterdam e.o. (DHV 1) en Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2) was de samenwerking ook lager dan gemiddeld, maar daar ondervonden huisartsen niet meer knelpunten in de samenwerking dan gemiddeld.

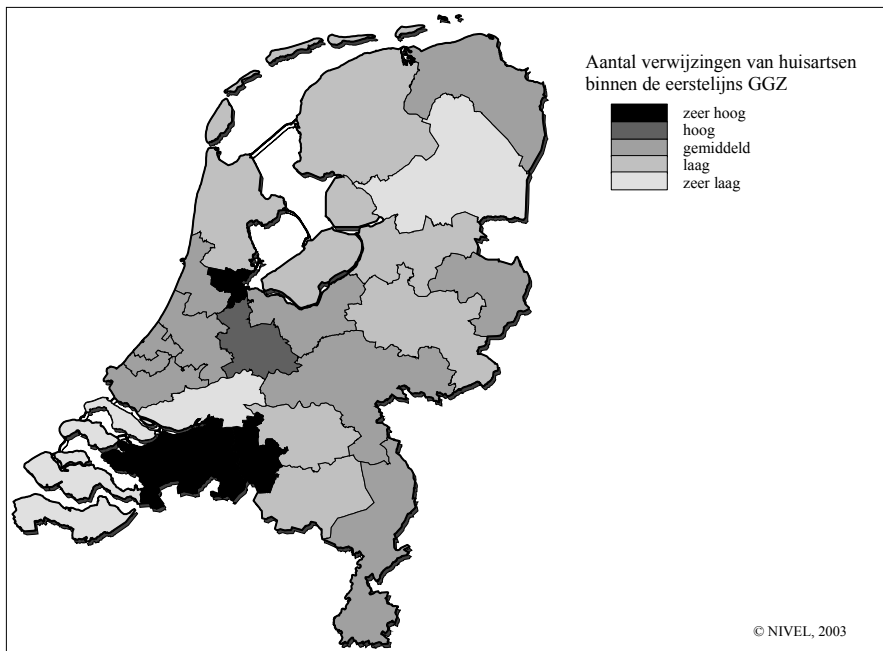
Regio's waar de samenwerking met de tweedelijns GGZ op een gemiddeld niveau is, maar waar relatief veel knelpunten ervaren werden in die samenwerking zijn: Rotterdam e.o. (DHV 6), ZO-Brabant (DHV 23) en West-Brabant (DHV 9).

## Verwijzingen

### *Verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ*

Uit figuur 6.6 blijkt dat regio's waar huisartsen in 2001 relatief veel patiënten verwezen binnen de eerstelijns GGZ zijn: Amsterdam e.o. (DHV 1), West-Brabant (DHV 9) en Midden-Brabant (DHV 22). Ook in de regio Utrecht (DHV 12) waren meer verwijzingen dan gemiddeld.

Figuur 6.6: Mate waarin huisartsen in 2001 verwezen naar het AMW en eerstelijnspsychologen



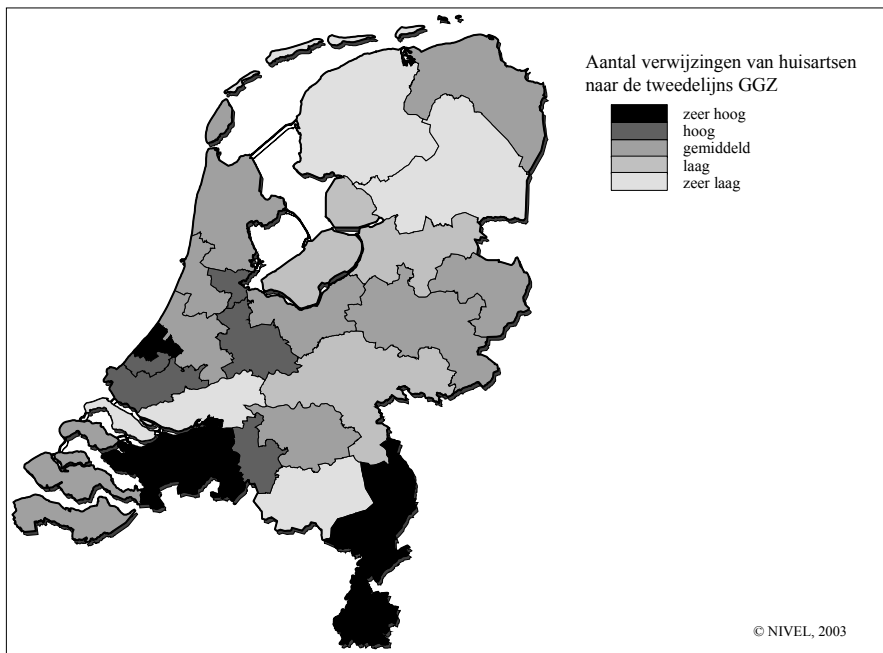
Regio's waar relatief weinig verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ plaatsvinden zijn: Zuid-Holland Zuid (DHV 7), Zeeland (DHV 8) en Drenthe (DHV 18). Ook zijn er weinig verwijzingen binnen de eerstelijns in de regio Holland Noord (DHV 3), Noord-Brabant NO (DHV 10), Stedendriehoek (DHV 15), Zwolle/Flevoland (DHV 16), Friesland (DHV 19) en ZO-Brabant (DHV 23).

#### *Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ*

Regio's waar relatief weinig verwijzingen naar de tweedelijns GGZ plaatsvinden zijn (figuur 6.7): Zuid Holland Zuid (DHV 7), Drenthe (DHV 18), Friesland (DHV 19), ZO-Brabant (DHV 23) en Groot Gelre (DHV 14).

Regio's waar relatief veel verwijzingen naar de tweedelijns GGZ plaatsvinden zijn: Den Haag e.o. (DHV 4), West-Brabant (DHV 9) en Limburg (DHV 11). Ook in de volgende regio's zijn meer verwijzingen dan gemiddeld naar de tweedelijns GGZ: Amsterdam e.o. (DHV 1), Rotterdam e.o. (DHV 6), Utrecht (DHV 12), Westland/Schieland/Delfland (DHV 21) en Midden-Brabant (DHV 22).

Figuur 6.7: Mate waarin huisartsen in 2001 verwezen naar de tweedelijns GGZ



### 6.3.2 Onderzoeksvraag 2: Regionale inzet versterkende maatregelen

Onderzocht is welke regio's het meest actief zijn in het inzetten van de volgende maatregelen: de Stimuleringsmaatregel voor het AMW, de Consultatieregeling, en de samenwerkingsprojecten Korte Lijnen, Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en het Diaboloproject.

#### Stimuleringsregeling voor het AMW

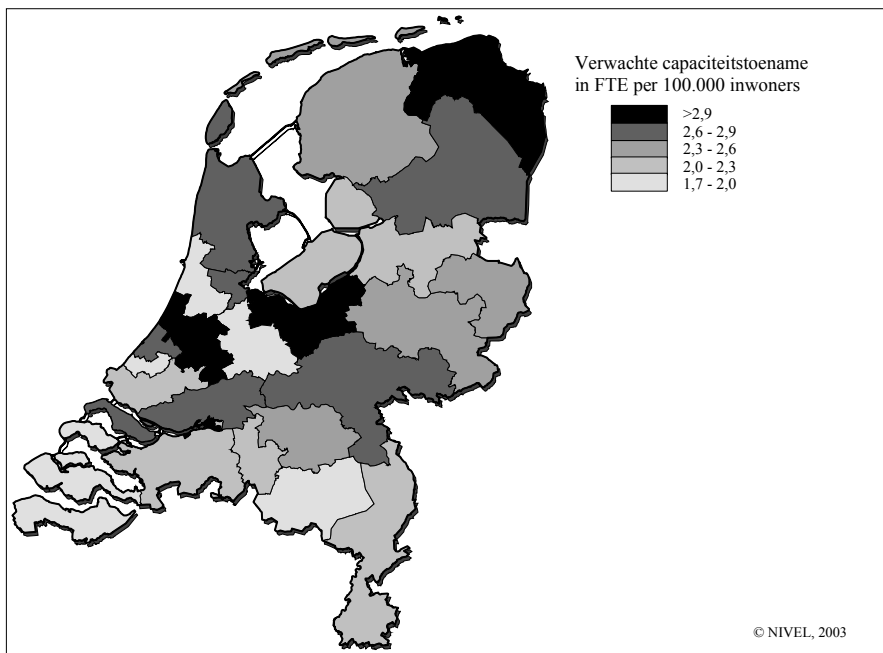
De Stimuleringsregeling is een landelijke maatregel, dus elke regio heeft ermee te maken. Via deze regeling worden gemeenten gestimuleerd om de capaciteit van het AMW uit te breiden, zodat deze een sterkere partner van de eerstelijns GGZ kan worden. 90% van de gemeenten heeft geld aangevraagd. Regio's waar alle gemeenten geld hebben aangevraagd zijn Amsterdam e.o. (DHV 1), Rotterdam e.o. (DHV 6), Zeeland (DHV 8), Westland/Schieland/Delfland (DHV 21), Midden Brabant (DHV 22) en Zuidoost Brabant (DHV 23). De gemeenten die geen geld hebben aangevraagd zijn gelijk verspreid over de DHV-en. Per DHV zijn maximaal 6 gemeenten die geen geld hebben aangevraagd. Regio's waarbij 5-6 gemeenten geen geld hebben aangevraagd zijn: Holland Noord (DHV 3; 35 gemeenten), Rijnland/Midden-Holland (DHV 5; 27 gemeenten), Gooi/Eemland/NW Veluwe (DHV 13; 21 gemeenten) en Groot Gelre (DHV 14; 47 gemeenten).

Afgaand op de VWS-registratie is de verwachting dat er per DHV eind 2003 gemiddeld 13,3 fte AMW per 100.000 inwoners zijn. Regio's die voorafgaand aan de Stimuleringsregeling relatief weinig AMW-ers per 100.000 inwoners hadden en dat volgens de prognose van VWS na afloop van de regeling nog steeds hebben, kunnen

blijkbaar niet genoeg van de maatregel profiteren om na afloop van de regeling op een gemiddeld capaciteitsniveau uit te komen. Dit is het geval in Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Holland Noord (DHV 3), Rotterdam e.o. (DHV 6), en West-/Schie-/Delfland (DHV 21). Voor een deel kan dit te maken hebben met het feit dat in Holland Noord en West-/Schie-/Delfland een aantal gemeenten geen geld heeft aangevraagd om de AMW-capaciteit uit te breiden.

De gemiddelde capaciteitstoename gedurende de Stimuleringsperiode is 2,5 fte AMW per 100.000 inwoners. Regio's waar de (verwachte) toename *hoger* dan gemiddeld is zijn: Rijnland/Midden-Holland (DHV 5), Gooi/Eemland/NW Veluwe (DHV 13) en Groningen (DHV 20). Dit is weergegeven in figuur 6.8. Deze regio's lijken dus het meest actief gebruik te maken van de Stimuleringsmaatregel. Regio's waar de daadwerkelijke (verwachte) capaciteitstoename *lager* dan gemiddeld was zijn: Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Zeeland (DHV 8), Utrecht (DHV 12), Westland/Schieland/Delfland (DHV 21) en Zuidoost Brabant (DHV 23). Daar lijkt men dus men minder gebruik te maken van de subsidiemaatregel.

Figuur 6.8: Verwachte capaciteitstoename van het AMW per 100.000 inwoners met behulp van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW  
Bron: VWS-registratie Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW / NIVEL

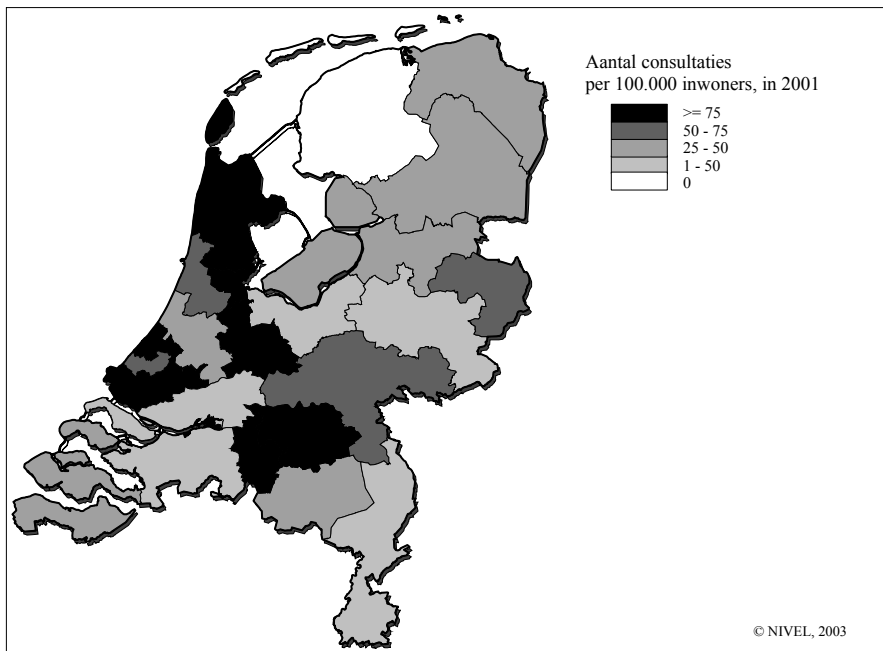


### Consultatieregeling

Net als de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor het AMW is de Consultatieregeling een landelijke maatregel, zodat elke regio ermee te maken heeft. De Consultatieregeling stimuleert de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ, door de eerstelijns GGZ

de mogelijkheid te bieden advies te vragen aan een gespecialiseerde GGZ-hulpverlener over de behandeling van een patiënt met psychische klachten. Het gemiddeld geregistreerde consultaties in 2001 was 90,3 (SD 133,2). In Den Haag en omstreken (DHV 4) en Midden-Brabant (DHV 22) is het aantal geregistreerde consultaties met resp. 397 en 573 geregistreerde consultaties per 100.000 inwoners het hoogst. Deze regio's maken dus het meest actief gebruik van de Consultatieregeling, voor zover dit afgeleid kan worden uit de registratiegegevens van de Consultatieregeling.

Figuur 6.9: Aantal geregistreerde consultaties per 100.000 inwoners in 2001



Omdat in Den Haag en Midden Brabant extreem veel consultatieregistraties plaatsvinden, wordt het gemiddeld aantal registraties over de 23 DHV-en sterk omhooggetrokken. Daardoor blijft onzichtbaar of er ook andere regio's zijn die actief zijn in het uitvoeren van consultaties. Om hier toch enig zicht op te krijgen is de verhouding van de regio's ten opzichte van het gemiddelde nogmaals bepaald, maar dan zonder Den Haag en Midden Brabant daarbij te betrekken. Dan blijkt dat in Amsterdam (DHV 1), Holland Noord (DHV 3), Rotterdam e.o. (DHV 6), Noord Brabant NO (DHV 10) en Utrecht (DHV 12) in 2001 ook veel gebruik gemaakt wordt van de consultatieregeling (Figuur 6.9.). In regio Zuid-Holland-Zuid (DHV 7) waren juist minder dan gemiddeld consultaties per 100.000 inwoners in 2001, namelijk slechts 15. Hoewel figuur 6.9 anders doet vermoeden, vinden in Friesland (DHV 19) wel consultaties plaats: in 2001 liepen daar 3 consultatieprojecten. Echter, daarbij wordt geen registratie van de consultaties bijgehouden, dus er is niet bekend om hoeveel consultaties per 100.000 inwoners het gaat.

Behalve naar het aantal consultatieregistraties is ook gekeken naar regionale verschillen in discipline van consultatievragers. In de eerste instantie was de Consultatieregeling er voor bedoeld dat huisartsen advies kunnen vragen aan de tweedelijns GGZ, om zo hun



eigen deskundigheid op het gebied van de hulp bij GGZ-problematiek te vergroten en om de samenwerking met de tweedelijns GGZ te bevorderen. Echter, ook het AMW en eerstelijnspsychologen kunnen consultatie aanvragen bij de tweedelijns GGZ. Als er in een regio relatief veel AMW-ers en/of eerstelijnspsychologen consultatievrager zijn, dan impliceert dit dat deze beroepsgroepen actief betrokken zijn bij het versterken van de eerstelijns GGZ, in elk geval voor zover dit de samenwerking met de tweedelijns GGZ betreft.

Regio's waarin het percentage AMW-ers als consultatievrager relatief hoog was in 2001 zijn Zeeland (DHV 8), West-Brabant (DHV 9), Noord-Brabant NO (DHV 10) en Limburg (DHV 11). Regio's waarin het percentage eerstelijnspsychologen als consultatievrager relatief hoog was in 2001 zijn Rotterdam en omstreken (DHV 6), West-Brabant (DHV 9) en Noord-Brabant NO (DHV 10). Overigens bestaat het grootste deel van de consultatievragers ook in deze regio's nog steeds uit huisartsen. In West-Brabant bestaat 80% van de consultatievragers uit huisartsen, 16% uit AMW-ers en 13% uit eerstelijnspsychologen. In Noord-Brabant NO bestaat 66% van de consultatievragers uit huisartsen, 24% uit AMW-ers en 9% uit eerstelijnspsychologen.

West-Brabant en Noord-Brabant NO hebben dus naast huisartsen relatief veel AMW-ers en eerstelijnspsychologen als consultatievrager. In deze regio's zijn het AMW en eerstelijnspsychologen blijkbaar actief betrokken bij het versterken van de eerstelijns GGZ, in elk geval voor zover het samenwerking met de tweedelijns GGZ betreft.

### **Samenwerkingsprojecten**

VWS heeft 3 soorten samenwerkingsprojecten opgezet om de versterking van de eerstelijns GGZ te bevorderen: het project Korte Lijnen, het onderzoeksproject Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en het Diaboloproject. In figuur 6.10 is weergegeven in welke regio's samenwerkingsprojecten bestonden aan het eind van 2001, en om hoeveel samenwerkingsprojecten het gaat. Er zijn in totaal 10 samenwerkingsprojecten, welke hieronder zijn vermeld.

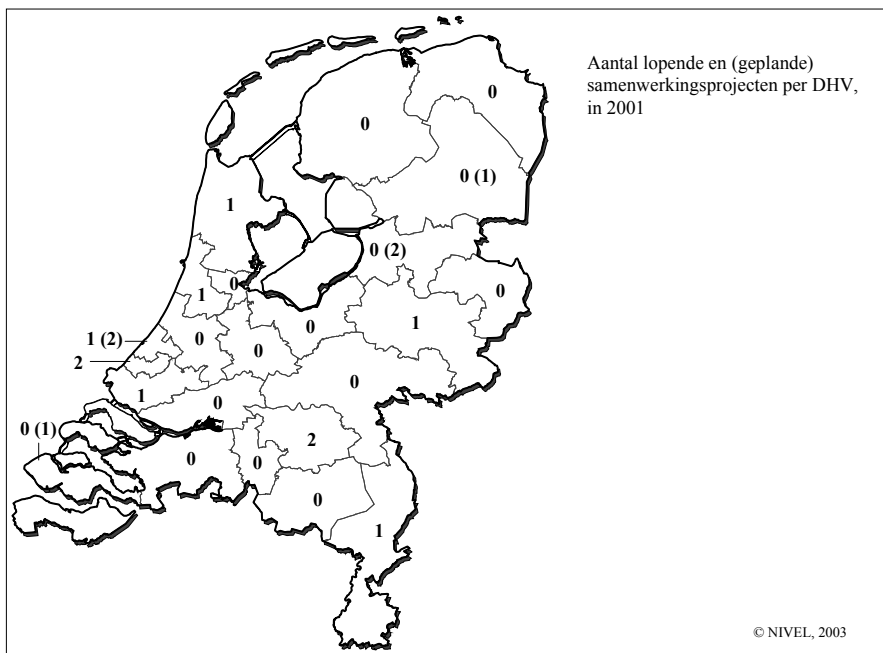
Via het project *Korte Lijnen* wordt de onderlinge samenwerking gestimuleerd tussen de partners van de eerstelijns GGZ: huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen. Er zijn 4 gebieden waar een Korte Lijnen project loopt: Haarlem e.o., Delft e.o., Den Bosch e.o. en Midden Limburg. Deze gebieden komen ruwweg overeen met de volgende DHV-en: Kennemerland/Haarlemmermeer (DHV 2), Westland/Schieland/Delfland (DHV 21), Noord-Brabant NO (DHV 10) en Limburg (DHV 11).

Het project *Onderzoek financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen* betreft een pilot-studie die in 2 regio's wordt uitgevoerd: Holland Noord (DHV 3) en Noord-Brabant Noordoost (DHV 10).

Met subsidie vanuit *Diabologelden* wordt de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ gestimuleerd. Het Diaboloproject bestaat uit voorwaardenscheppende deelprojecten en samenwerkings-deelprojecten (zie hoofdstuk 3). In dit overzicht zijn alleen de samenwerkings-deelprojecten meegenomen. In Den Haag en omstreken (DHV 4) bestond in de voormetingsperiode (31 december 2001) een

samenwerkingsproject dat via Diabologelden gesubsidieerd wordt. Ook in elk van de regio's Rotterdam e.o. (DHV 6), Stedendriehoek (DHV 15) en Westland/Schieland/Delfland (DHV 21) liep in die periode al een Diabolo-deelproject. In de volgende regio's stond men eind 2001 op het punt om met een nieuw Diabolo-deelproject te starten: Den Haag en omstreken (DHV 4, 2x), Zeeland (DHV 8), Zwolle/Flevoland (DHV 16, 2x) en Drenthe (DHV 18).

Figuur 6.10: Aantal lopende (en geplande) samenwerkingsprojecten ter versterking van de eerstelijns GGZ per DHV in 2001



### Samenvatting

Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag: “Welke regio's zijn het meest actief in het inzetten van de versterkende maatregelen?” kan het volgende geconcludeerd worden:

- Regio's die actief zijn met betrekking tot *capaciteitsuitbreiding van het AMW* zijn: Rijnland/Midden-Holland, Gooi/Eemland/NW Veluwe en Groningen.
- Regio's die via het project Korte Lijnen actief zijn op het gebied van *samenwerking binnen de eerstelijns GGZ* zijn: Kennemerland/Haarlemmermeer, Rotterdam e.o., West-/Schie-/Delfland, Noord-Brabant NO, Midden-Brabant en Limburg. Verder zijn de regio's Den Haag e.o., Rotterdam e.o., Stedendriehoek en Westland/Schieland/Delfland actief met een Diabolo-deelproject. Tenslotte zijn de regio's Holland Noord en Noord-Brabant NO bezig met het onderzoek Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen.
- Op het gebied van *samenwerking met de tweedelijns GGZ* zijn de regio's Den Haag e.o., Rotterdam e.o., Stedendriehoek en Westland/Schieland/Delfland het meest actief voor zover het activiteiten met betrekking tot het Diabolo-project betreft. Daarnaast

zijn er in de regio's Den Haag e.o., Midden Brabant, Amsterdam, Rotterdam e.o., Noord-Brabant-NO en Utrecht relatief veel consultatieregistraties. In de regio's West-Brabant en Noord Brabant NO tenslotte, zijn relatief veel AMW-ers en eerstelijnspsychologen consultatievrager.

### 6.3.3 Resultaten onderzoeksvraag 3: Correlatie tussen capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking enerzijds en verwijzstromen anderzijds

Indicatoren voor een sterke eerstelijns GGZ zijn capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking binnen de eerstelijns, samenwerking met de tweedelijns, en knelpunten die huisartsen ervaren in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ. Voor de correlatie zijn de zcores van de betreffende maten gebruikt.

In tabel 6.1 staat vermeld welke correlaties gevonden zijn op de voormeting tussen capaciteit en deskundigheidsbevordering enerzijds en verwijzingen anderzijds.

Tabel 6.1: Correlatie op DHV-niveau tussen z-scores voor capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking enerzijds en z-scores voor verwijzingen anderzijds

	Verwijzingen binnen eerstelijns GGZ	Verwijzingen naar tweedelijns GGZ
Capaciteit AMW	.11	-.11
Capaciteit ELP	.34	-.07
Deskundigheidsbevordering HA	-.21	-.15
Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ	.05	-.30
Samenwerking met de tweedelijns GGZ	-.01	.17
Knelpunten in samenwerking eerstelijns GGZ	-.24	.01
Knelpunten in samenwerking tweedelijns GGZ	.14	-.15

Er is geen significant verband tussen de gebruikte indicatoren voor capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking enerzijds en verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ anderzijds. Dit betekent dat het aantal patiënten dat een huisarts verwijst naar het AMW en de eerstelijnspsycholoog niet beïnvloed lijkt te worden door de capaciteit van AMW en eerstelijnspsychologen. Ook is de mate waarin huisartsen samenwerken met het AMW of eerstelijnspsychologen niet gerelateerd aan verwijzingen, evenmin als de mate waarin zij knelpunten in de samenwerking ervaren. Opgemerkt moet worden dat de correlatie vrij hoog zou moeten zijn om met de kleine n van 23 DHV-en een significant verband aan te tonen.

Voor wat betreft de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ is er evenmin een verband gevonden met de directe indicatoren bij de voormeting. Het aantal patiënten dat een huisarts verwijst naar de tweedelijns GGZ (ambulante GGZ, PAAZ, psychiater of verslavingszorg) lijkt dus niet beïnvloed te worden door de capaciteit binnen de eerstelijns GGZ. Ook heeft de mate waarin huisartsen bij de voormeting samenwerken met de tweedelijns GGZ geen invloed op verwijzingen, evenmin als de mate waarin zij knelpunten in de samenwerking ervaren.

## 6.4 Samenvatting en conclusies

### *Samenvatting*

De analyse van voormetingsgegevens op regionaal niveau biedt ten eerste de mogelijkheid om van elke regio de stand van zaken op het gebied van de eerstelijns GGZ onder de loep te nemen. Daarbij is gekeken naar verschillen in activiteiten op het gebied van de versterkende maatregelen: capaciteitstuitbreiding AMW, de Consultatieregeling en verschillende samenwerkingsprojecten. Ook zijn regionale verschillen beschreven op elk van de indicatoren voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijfsstromen. Ten tweede kunnen met behulp van de regionale analyse de directe indicatoren (capaciteit en deskundigheidsbevordering) in verband gebracht worden met de indirecte indicatoren (verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en tussen eerste- en tweedelijns GGZ), doordat ze op het niveau van regio's in één databestand zijn samengebracht. Van de regio's waar een samenwerkingsproject loopt wordt hieronder beschreven hoe de samenwerking en verwijfsstromen ten tijde van de voormeting waren. Hierdoor krijgen we meer zicht op de mate waarin er veranderingen te verwachten zijn in de samenwerking en verwijfsstromen als gevolg van de versterkende activiteiten.

Met name in *Noord Brabant NO* gebeurt veel op het gebied van versterking van de eerstelijns GGZ. Deze regio maakt vergeleken met de andere regio's meer gebruik van de Consultatieregeling. Ook is hier het percentage AMW en eerstelijnspsychologen als consultatievragers relatief hoog, en hebben huisartsen meer uren dan gemiddeld besteed aan nascholing op het gebied van de GGZ. Bovendien loopt hier een samenwerkingsproject Korte Lijnen en het project "Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen". In deze regio zijn dus gezien de hoeveelheid activiteiten veel veranderingen te verwachten in de mate van samenwerking en in de verwijfsstromen.

Op het moment van de voormeting was de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ in deze regio hoog ten opzichte van de andere regio's en werden daarin relatief weinig knelpunten ervaren. Er waren echter wel minder verwijfsingen dan gemiddeld van huisartsen naar het AMW en eerstelijnspsychologen.

Ook de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ was hoog ten opzichte van de andere regio's. Het aantal verwijfsingen naar de tweedelijns GGZ is op een gemiddeld niveau. Overigens moet opgemerkt worden dat zowel de samenwerking als de verwijfsingen een weergave zijn van het gezichtspunt van huisartsen, en dat deze kan verschillen van het gezichtspunt van de andere eerstelijnsdisciplines.

Het feit dat Noord Brabant NO bij de voormeting al zo goed lijkt samen te werken maakt het moeilijk om verbeteringen in de samenwerking aan te tonen als gevolg van de maatregelen. Echter, het aantal verwijfsingen van huisartsen naar AMW en eerstelijnspsychologen zou aan het eind van de stimuleringsperiode naar verwachting toegenomen kunnen zijn, als de versterkende maatregelen wat langer van kracht zijn geweest.

Ook in de regio *Den Haag* is men actief op het gebied van maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ. Hier wordt veel gebruik gemaakt van de Consultatieregeling en

er liep eind 2001 een Diabolo-deelproject. Beide activiteiten hebben betrekking op het stimuleren van de samenwerking tussen eerste- en de tweedelijns GGZ. Ten tijde van de voormeting was de samenwerking met de tweedelijns GGZ al hoger dan gemiddeld. Ook werden er weinig knelpunten in de samenwerking met de tweedelijns GGZ ervaren door huisartsen. Huisartsen verwezen echter meer dan een gemiddeld aantal patiënten naar de tweedelijns GGZ. De samenwerking binnen de eerstelijns GGZ was in de regio Den Haag lager dan gemiddeld, maar het aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ zat op een gemiddeld niveau. De versterkende maatregelen waarop de regio Den Haag actief is zouden na afloop van de stimuleringsperiode idealiter een verbetering in de samenwerking met de tweedelijns GGZ tot gevolg moeten hebben. Echter, al bij de voormeting bleek deze samenwerking bovengemiddeld te zijn. Het effect van de maatregelen zou nog wel zichtbaar kunnen worden door een afname in de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ.

De regio *Rotterdam en omstreken* is actief op het gebied van samenwerking met de tweedelijns GGZ via de Consultatieregeling en via een Diabolo-deelproject. Via het Diabolo-deelproject wordt ook gewerkt aan het stimuleren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ.

Uit de resultaten bleek dat de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ ten tijde van de voormeting slecht was in vergelijking met de andere regio's, en er werden meer knelpunten dan gemiddeld ervaren in de samenwerking. Het aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ was gemiddeld. De samenwerking met de tweedelijns GGZ was van een gemiddeld niveau, maar er werden wel relatief veel knelpunten ervaren in de samenwerking. Ook was het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ relatief hoog.

De samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zou door het Diabolo-deelproject kunnen toenemen, evenals het aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ. De samenwerking met de tweedelijns GGZ kan eveneens toenemen met behulp van het Diabolo-deelproject, evenals via de Consultatieregeling. Ook zou de Consultatieregeling kunnen leiden tot een afname van het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ.

In de regio *Westland/Schieland/Delfland* werkte men bij de voormeting aan het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ via het project Korte Lijnen en een Diabolo-deelproject. Met het Diabolo-deelproject wordt tevens de samenwerking met de tweedelijns GGZ gestimuleerd.

Uit de voormetingsgegevens blijkt dat huisartsen in Westland/Schieland/Delfland relatief slecht samenwerkten met het AMW en eerstelijnspsychologen. Ook ondervonden huisartsen relatief veel knelpunten in de samenwerking. Het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ was gemiddeld.

De samenwerking van huisartsen met tweedelijns GGZ was eveneens lager dan gemiddeld, hoewel er niet meer knelpunten dan gemiddeld werden gerapporteerd. Het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ was relatief hoog.

Gezien de voormetingsresultaten zijn er dus wel verbeteringen te verwachten in deze regio als gevolg van de versterkende maatregelen, zowel voor wat betreft capaciteitstoename bij het AMW als de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ.

In de regio *Kennemerland/Haarlemmermeer* is men bezig met het stimuleren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ via een project Korte Lijnen. Op het moment van de voormeting was de samenwerking van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ hoger dan gemiddeld. Ook ondervonden huisartsen hier minder knelpunten dan gemiddeld in de samenwerking met AMW en eerstelijnspsychologen. Het geschatte aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ was op een gemiddeld niveau.

De samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ gemiddeld, maar huisartsen ondervonden wel minder knelpunten in de samenwerking vergeleken met de andere regio's. Het aantal verwijzingen van huisartsen naar de tweedelijns GGZ was eveneens gemiddeld.

Het feit dat huisartsen in deze regio bij de voormeting al beter dan gemiddeld samenwerken met de eerstelijns GGZ maakt het moeilijk om verbeteringen in de samenwerking aan te tonen als gevolg van de maatregelen. Echter, het aantal verwijzingen van huisartsen naar AMW en eerstelijnspsychologen zou aan het eind van de stimuleringsperiode naar verwachting toegenomen kunnen zijn.

In de regio *Limburg* was ten tijde van de voormeting een project Korte Lijnen gaande om de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ te verbeteren. De samenwerking van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ was op dat moment van een gemiddeld niveau, maar ze ondervonden wel minder knelpunten in de samenwerking dan gemiddeld. Het geschatte aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ was eveneens gemiddeld.

De samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ was gemiddeld, evenals de mate waarin huisartsen knelpunten ondervonden in de samenwerking. Er waren echter wel relatief veel verwijzingen van huisartsen naar de tweedelijns GGZ.

De verwachting is dat de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ aan het eind van de evaluatieperiode is toegenomen als gevolg van het project Korte Lijnen en dat het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ is afgenomen.

In de regio *Stedendriehoek* tenslotte was men ten tijde van de voormeting actief met het stimuleren van de samenwerking met de tweedelijns GGZ via een Diabolo-deelproject. Bij de voormeting was de samenwerking van huisartsen met de eerstelijns GGZ relatief laag ten opzichte van de andere regio's. Ook ondervonden huisartsen relatief veel knelpunten in de samenwerking. Het geschatte aantal verwijzingen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ was eveneens lager dan gemiddeld.

De samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ was gemiddeld, evenals de mate waarin huisartsen knelpunten in de samenwerking ondervonden. Ook het geschatte aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ was gemiddeld.

De verwachting is dat de samenwerking van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ is toegenomen aan het eind van de evaluatieperiode. Ook wordt verwacht dat het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ is afgenomen ten gunste van het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ.

Bij de voormetingsgegevens is geen verband gevonden tussen capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking enerzijds en verwijsstromen anderzijds. De

impliciete veronderstelling is dat verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ groter zijn als de eerstelijns GGZ voldoende sterk is om patiënten met GGZ-problematiek te kunnen behandelen, dat wil zeggen voldoende capaciteit, voldoende GGZ-deskundigheid en een goede onderlinge samenwerking. In regio's met relatief veel capaciteit, deskundigheidsbevordering en/of samenwerking zouden de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ volgens deze veronderstelling dus groter zijn dan in regio's waar dit niet of in mindere mate het geval is. Geen van de drie genoemde directe indicatoren bleek echter gerelateerd te zijn aan verwijfsstromen.

De grootte van de correlatie suggereert weliswaar dat een grotere capaciteit van eerstelijnspsychologen gerelateerd is aan grotere verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ, maar dit verband was niet significant. De capaciteit van het AMW was helemaal niet gerelateerd aan verwijfsstromen.

Het feit dat er geen verband gevonden is tussen deskundigheidsbevordering van huisartsen en verwijfsstromen naar het AMW en eerstelijnspsychologen kan betekenen dat huisartsen met meer deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek meer patiënten zelf behandelen. In dat geval is een verwijfsing naar een andere GGZ-hulpverlener dus niet nodig. Bovendien is het mogelijk dat we geen geschikte maat gebruikt hebben voor deskundigheid: het aantal uren dat huisartsen bij- en nascholing hebben gevolgd op het gebied van GGZ-problematiek niet wil zeggen dat ze ook daadwerkelijk deskundiger zijn op dit gebied. Bovendien hebben huisartsen in absolute termen niet veel tijd besteed aan bij- en nascholing op GGZ-gebied: één-twee dagen per jaar is mogelijk niet voldoende om voldoende kennis van de diagnostiek en behandeling van GGZ-problematiek op te bouwen om daadwerkelijk meer patiënten zelf te kunnen behandelen.

Naast inhoudelijke zijn er ook methodologische verklaringen voor het feit dat er geen verband is gevonden tussen de directe en indirecte indicatoren. Ten eerste is het aantal cases waarover de analyse is uitgevoerd vrij klein: 23 regio's. Bij zo'n laag aantal moet de correlatie erg hoog zijn wil deze significant worden. In dit onderzoek was een correlatie van .34 niet significant, terwijl dit resultaat op zich een redelijk verband aantoont. Ten tweede is het mogelijk dat de geconstrueerde maten voor samenwerking te grof zijn om verbanden mee te kunnen aantonen. De samenwerkingsmaten zijn gevormd uit een combinatie van vijf maten (bekendheid met de eerste- dan wel tweedelijns GGZ, frequentie van berichtgeving, kwaliteit van berichtgeving, frequentie van overleg en kwaliteit van overleg), die ieder op zich ook weer samengesteld zijn uit meerdere maten (zie bijlage 4). Bij de eindrapportage is het zinvol om ook op een gedetailleerder niveau correlaties te bekijken, bijvoorbeeld door samenwerking van huisartsen met eerstelijnspsychologen te correleren met verwijfsstromen van huisartsen naar eerstelijnspsychologen. Het nadeel van zo'n gedetailleerde correlatie-analyse is dat er veel meer correlaties moeten worden berekend om de samenhang tussen directe en indirecte indicatoren te bepalen, wat de kans op toevallige significanties vergroot. Bovendien gaat dit ten koste van de overzichtelijkheid, de belangrijkste reden dat we in de huidige rapportage gebruik hebben gemaakt van één samenvattende maat.

### *Conclusie*

Over het algemeen blijken regio's die actief zijn op het gebied van maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ ten tijde van de voormeting al gemiddeld of beter dan



gemiddeld samen te werken. Het is bij deze regio's dus moeilijk om effecten van de maatregelen op de samenwerking aan te tonen via de gekozen indicatoren. Bij de eindrapportage moet hiermee rekening gehouden worden door onder andere op gedetailleerder niveau de effecten van samenwerkingsprojecten op regionaal niveau te evalueren. Een verbeterde onderlinge samenwerking kan de drempel verlagen om meer patiënten binnen de eerstelijns GGZ te verwijzen in plaats van naar de tweedelijns GGZ. Hoewel een verbetering in de samenwerking bij de nameting moeilijk zal zijn aan te tonen, geldt dit niet voor veranderingen in verwijsstromen. Met name het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ blijkt in de meeste regio's relatief hoog te zijn. De verwachting is dat in deze regio's het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ zal toenemen onder invloed van het project Korte Lijnen, het project Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en de Diabolo-deelprojecten, terwijl tegelijkertijd het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ zal afnemen.

In de eindrapportage zal met behulp van de regionale database gekeken worden naar de invloed van de versterkende maatregelen op indirecte indicatoren van een sterke eerstelijns GGZ: samenwerking en verwijsstromen. Dit doen we door te onderzoeken of er op de nameting verschillen zijn in samenwerking en verwijsstromen tussen regio's:

- met een grote versus lage capaciteit van AMW en eerstelijnspsychologen
- met veel versus weinig activiteiten op het gebied van GGZ-deskundigheidsbevordering bij huisartsen
- met veel versus weinig consultatieve activiteiten
- met versus zonder samenwerkingsprojecten, ongeacht het type samenwerkingsproject
- met versus zonder projecten die gericht zijn op samenwerking *binnen de eerstelijns GGZ*: Korte Lijnen, project Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen en Diabolo-deelprojecten. Ook zal de relatie tussen afzonderlijke projecten en samenwerking en verwijsstromen bekeken worden.
- met versus zonder projecten die gericht zijn op samenwerking *met de tweedelijns GGZ*: Diabolo-deelprojecten.

Door de landelijke gegevens ook op deze manier op regionaal niveau te evalueren zal duidelijker zichtbaar worden of de door VWS uitgezette maatregelen een stimulerende invloed hebben op de eerstelijns GGZ.



## **7 Beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ: Casestudies in vijf zorgregio's**

### **7.1 Inleiding**

Het ministerie van VWS heeft een groot aantal maatregelen getroffen om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) landelijk te versterken. Dit pakket aan maatregelen wordt geëvalueerd door het Nivel (leider van het onderzoeksprogramma), SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de VNG en het Trimbos-instituut. Dit onderzoeksprogramma loopt van 2001 tot 2004.

In dit rapport doen we verslag van de bevindingen van één van de deelonderzoeken, namelijk het onderzoek naar de beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau, dat door SGBO is uitgevoerd.

In vijf zorgregio's wordt de samenwerking tussen partijen in de eerstelijns GGZ (huisartsen, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijns psychologen), de tweedelijns GGZ, de gemeente(n) en het zorgkantoor onderzocht. De vijf casestudies zijn uitgevoerd in de periode augustus 2001 tot en met mei 2002. Omdat de start van de casestudies door omstandigheden is vertraagd, is de rapportage van dit deelonderzoek later dan gepland opgeleverd.

In de tweede helft van 2003 worden de casestudies in dezelfde vijf regio's herhaald om te kijken welke ontwikkelingen zich verder in de samenwerking tussen de verschillende partijen hebben voorgedaan in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ.

#### **Leeswijzer**

De voorliggende rapportage is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 7.2 wordt de opzet van de casestudies beschreven. Hierin komen achtereenvolgens de onderzoeksvraag, de selectie en beschrijving van de cases, de geïnterviewde partijen en de gespreksthema's aan bod. In hoofdstuk 7.3 wordt ingegaan op de bevindingen uit de gesprekken. Tot slot komen in hoofdstuk 7.4 de samenvatting en conclusies aan de orde.

### **7.2 Onderzoekopzet**

#### **Onderzoeksvraag**

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:

- a. Op welke wijze wordt op regionaal niveau samengewerkt tussen gemeente(n), zorgkantoor en partners uit de eerste- (AMW, huisartsen, eerstelijns psychologen) en tweedelijns (GGZ)?
- b. Welke initiatieven en ontwikkelingen zijn er met betrekking tot de eerste- en tweedelijns GGZ in de regio?
- c. Welke knelpunten en positieve punten ervaren de betrokken partijen in de samenwerking op het terrein van de eerste- en tweedelijns GGZ?

Om deze vragen te beantwoorden, zijn in vijf zorgregio's casestudies gedaan. In elke regio zijn gesprekken gevoerd met de zes in de inleiding genoemde partijen.

### **Selectie en beschrijving van de case-regio's**

Om meer zicht te krijgen in de samenwerkingsverbanden en andere ontwikkelingen op regionaal niveau zijn in vijf regio's (op WZV-niveau) casestudies gedaan. Bij de keuze van de vijf zorgregio's is rekening gehouden met veelbelovende lokale initiatieven en is zoveel mogelijk aangesloten bij de regio's waar het Trimbos-instituut haar onderzoek doet. Verder is bij de keuze rekening gehouden met aspecten zoals 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 7.1 wordt een beschrijving gegeven van de vijf case-regio's aan de hand van enkele van de bovengenoemde kenmerken.

Tabel 7.1: Typering van de 5 regio's aan de hand van een aantal kenmerken

	Case A	Case B	Case C	Case D	Case E	Landelijk gemiddelde
<b>In absolute aantallen:</b>	(0,7)	(4,5)	(3,9)	(1,6)	(7,1)	4,3
Wachtlijstproblematiek =aantal wachtenden in de behandelingswachtfase per 100.000 inwoners (exclusief vrijgevestigde en forensische psychiatrie <sup>2</sup> )						
<i>t.o.v. landelijk gemiddelde:</i>	---	+	-	--	++	

<sup>2</sup> Bron: Rapportage landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg. Taskforce aanpak wachtlijsten. (Resultaten per 1-1-2001).

<b>In percentages:</b>	(7,5%)	(13,8%)	(12,8%)	(19,3%)	(23,1%)	17,5%
Aandeel allochtonen in de bevolking per provincie in 2000 <sup>3</sup>						
<i>t.o.v. landelijk gemiddelde:</i>	---	-	--	+	++	
<b>In percentages:</b>	(0,5%)	(0,8%)	(0,7%)	(0,2%)	(0,6%)	0,7%
Bevolkingstoename per provincie op 1-1-1999 <sup>4</sup>						
<i>t.o.v. landelijk gemiddelde:</i>	--	+		---	-	
Index: + =boven het landelijk gemiddelde; - =onder het landelijk gemiddelde. Het aantal + en – geeft de mate van afwijking van het gemiddelde aan (hoe meer + en -, hoe groter de afwijking van het gemiddelde).						

### 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 -er in de huisartsenpraktijk) 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 een consultatieproject met een SPV in de huisartsenpraktijk en een psychiater die op afroep beschikbaar is, een Diaboloproject en een 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 in de huisartsenpraktijk. Na een pilot bij zes huisartsenpraktijken vindt begin 2002 een uitbreiding van het consultatieproject plaats onder alle huisartsen in de GGZ-regio. Er is een menu samengesteld van van

<sup>3</sup> Bron: Maandstatistiek van de bevolking 2001/01, CBS.

<sup>4</sup> Bron: Maandstatistiek van de bevolking 2001/01, CBS.

consultatieproducten waaruit huisartsen kunnen kiezen. In het tweede deel van 2002 wil men ook het AMW 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 zijn hier de wachtlijsten het minst lang). Het aandeel allochtonen in de provincie waarvan deze regio deel uit maakt, ligt iets boven het landelijk gemiddelde (na case E heeft het 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 van het project Korte Lijnen. Verder loopt er een consultatieproject in de huisartsenpraktijk (met een SPV in de huisartsenpraktijk) 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 regio te overzien. De gesprekken zijn gevoerd met enkele regionaal opererende partijen zoals het zorgkantoor, de GGZ-instelling, het ROEP en de DHV alsmede AMW-instellingen en beleidsmedewerkers in twee deelgemeenten. Er loopt een consultatie- en ondersteuningsproject in de eerstelijns en een Diaboloproject in één van de deelgemeenten.

#### **Geïnterviewde partijen**

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

##### *Partijen in de eerstelijns op bestuurlijk niveau*

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

##### *Partij in de tweedelijns 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 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, waarbij ook aandacht besteed wordt aan zowel knelpunten in de samenwerking als positieve ervaringen<sup>5</sup>.

## **7.3 Bevindingen**

### **7.3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de huidige stand van zaken in de vijf onderzochte regio's met betrekking tot beleidsmatige samenwerking in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. Voordat hier verder op ingegaan wordt, is in paragraaf 7.3.2 eerst gekeken hoe de verschillende partijen op het programma van VWS hebben gereageerd.

### **7.3.2 Ervaringen van de verschillende partijen met de maatregelen van VWS in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ**

De verschillende partijen hebben op diverse manieren gereageerd en ingespeeld op het programma van VWS. Per partij is in deze paragraaf verslag van de ervaringen gedaan.

#### **Zorgkantoren**

De zorgkantoren hebben in dit kader te maken met de consultatiegelden die ingezet moeten worden ter stimulering van de consultatiefunctie van de gespecialiseerde GGZ richting de eerstelijns.

De zorgkantoren geven aan door middel van een brief van het ministerie van VWS op de hoogte te zijn gesteld van de regelingen in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. Ze hebben de instellingen hierop verzocht 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 geven naast hun primaire taak van toetsen in dezen, blijk van een

<sup>5</sup> Zie voor de gehanteerde checklist bijlage 5.

beleidsinhoudelijke betrokkenheid 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 tweedelijns zich goed verstaan. Er is veel onwetendheid in de eerstelijns (vooral bij huisartsen) omtrent de GGZ en daarom moeten er goede verbindinglijnen 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. In case E heeft het zorgkantoor een platform in het leven geroepen om te praten over voorstellen voor consultatieprojecten. Dit zorgkantoor uit kritiek op het feit dat aanvragende partijen landelijke informatie moeten aanleveren aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen en ook nog eens regionaal. Voor sommige partijen is dat aanleiding om af te haken. Voorts heeft het zorgkantoor kritiek op het door elkaar heen lopen van initiatieven. Het Diaboloproject is op zich een goed initiatief maar het loopt dwars door andere maatregelen heen.

### **Gemeenten**

Gemeenten hebben in dit kader alleen direct te maken met de stimuleringsmaatregel AMW, welke ze ook inzetten. De gemeente in case A stelt dat de stimuleringsmaatregel een katalysator is geweest voor het geven van aandacht aan de verdere ontwikkeling van het AMW.

De gemeenten hebben verder geen zicht op de overige maatregelen en ontwikkelingen in het kader van het programma van VWS in de regio. Een gemeente (case C) merkt op dat er veel regisseurs in de GGZ zijn, veel verschillende financieringsstromen waardoor er geen (over)zicht en eenduidige visie bestaat. Dat laatste vindt ze jammer.

In case E is het beleid voor AMW 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 is de capaciteitsuitbreiding nog niet toegekend aan de AMW-instelling. Een conflict tussen de deelgemeente en de betreffende instelling vormt daarvan de achtergrond. Bij beide deelgemeenten wordt geconstateerd dat zorg de verantwoordelijkheid van de stad is en welzijn de verantwoordelijkheid van de deelgemeente. Daardoor is in deze deelgemeenten weinig zicht op ontwikkelingen in de GGZ en de positie van het AMW in deze ontwikkelingen.

### **DHV (huisartsen)**

Het programma van VWS kwam voor de huisartsen op een ongunstig moment. De prioriteiten van de huisartsen lagen op dat moment bij hun inkomsten en bij 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 in de huisartsenpraktijk zijn de huisartsen uiteindelijk positief. De DHV in case C geeft 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 zal een structurele financiering zijn. Zal de financiering niet structureel worden, dan zit het gevaar er, volgens deze DHV, in, dat alle initiatieven weer zullen stoppen.

De consultatieprojecten, vooral die waarbij een SPV in de huisartspraktijk meedraait, worden positief gewaardeerd door de huisartsen, zowel vanwege de taakverlichting als vanwege de netwerkvorming. Over de deskundigheidsbevordering is men minder te spreken. (case E)

Een ander positief punt van het programma is dat de partijen elkaar leert kennen (case B).

## **ROEP**

Een eerstelijns psycholoog (case C) 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 (doorstroom van de eerste- naar de tweedelijns) groter dan korte lijnen binnen de eerstelijns. Ze is een paar jaar geleden door de GGZ-instelling benaderd in het kader van het consultatieproject. De eerstelijns psycholoog in case A vindt het onjuist dat alleen psychiaters betrokken kunnen zijn bij consultatie aan huisartsen. Eerstelijns psychologen kunnen ook consultatie geven. Ze heeft een keer een aanvraag ingediend voor een consultatieproject bij het zorgkantoor en die aanvraag is afgewezen. De eerstelijns psycholoog 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 tweedelijns aan te halen en te versterken (bestuurlijke samenwerking). Ze voelt zich door de maatregelen van VWS meer betrokken en serieuzer genomen door partijen zoals GGZ, DHV en Bureau Jeugdzorg. 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 de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen, LVE, geïnitieerd). De eerstelijns psycholoog heeft nog weinig notie genomen van het programma van VWS. Hij staat er desalniettemin positief tegenover.

Het ROEP in case E constateert dat hij slechts gedeeltelijk bekend is met de maatregelen in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ. Bovendien merkt hij op dat dit project nu pas begint te leven bij de ROEP's. Voorts is hij van mening dat het ROEP niet of te laat wordt betrokken bij overleg in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ.

## **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 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 de DHV en de eerstelijns psychologen 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 D vindt dat het VWS-programma uitstekend past in het beleid van het AMW. Versterking en uitbreiding van de formatie binnen het AMW waren gewenst gezien de onderbezetting (verhouding fte-inwonertal). Het belang en de wenselijkheid van versterking van het AMW is in een regionaal mini-symposium voor alle gemeenten onder de aandacht gebracht (de VNG heeft hier onder meer gesproken over de zorgvernieuwing in de GGZ en de wenselijke versterking van het AMW daarin). De stimuleringsmaatregel is door alle (14) gemeenten ingezet. Verder verwacht de AMW-instelling praktische verbeterpunten in de doorverwijzingen en samenwerking binnen de eerstelijns door het project Korte Lijnen. De contacten met de RHV zijn door dit project geïntensiveerd. De AMW-instelling in case A geeft aan dat de eerstelijns GGZ niet sterk genoeg kan zijn. Helaas merkt ze er niet genoeg van.

De AMW-instelling in één deelgemeente van case E is positief over het programma Versterking eerstelijns GGZ, maar is behoorlijk in de knel gekomen doordat de deelgemeente haar nog niet de middelen voor de uitbreiding heeft gegeven, terwijl de GGZ-instelling volgens de nieuwe werkwijze meer cliënten naar haar doorverwijst. De andere AMW-instelling is weliswaar positief over de versterking van de eerstelijns GGZ, maar vindt het onjuist dat alleen GGZ-instellingen projectvoorstellen kunnen indienen bij het zorgkantoor. Voorts vindt deze instelling dat de financiering beter geregeld had kunnen worden. De consultatieontvangers krijgen namelijk niet hun overheadkosten vergoed.

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).

## **GGZ**

Een GGZ-instelling geeft aan het naamsvervuiling te vinden wanneer er in de eerstelijns gesproken wordt van GGZ. Van GGZ spreek je alleen in de 2<sup>e</sup> lijn wanneer je het over psychopathologie hebt. 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 eerstelijns, 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 eerstelijns psycholoog. Ook in case A is de GGZ enthousiast met de consultatieprojecten bezig. Hier wordt uitbreiding onder huisartsen nagestreefd. Ze is langs de huisartsen gegaan met de vraag welke ondersteuningsbehoefte ze hebben.

De GGZ-instelling in case E wijst er op dat deskundigheidsbevordering van de huisarts niet de insteek moet zijn van het consultatieproject. Door de SPV in de huisartspraktijk gaan de doorverwijzingen beter en komt de poortwachtersfunctie beter uit de verf. Deze instelling merkt over het geheel aan maatregelen in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ op dat een gelijktijdige inzet en het samenkomen van de diverse maatregelen niet gegarandeerd zijn. Voorts wijst ze erop dat door decentralisatie van het AMW naar de deelgemeenten diverse zwakke AMW-voorzieningen zijn ontstaan.

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

In deze paragraaf wordt per case verslag gedaan van de bevindingen met betrekking tot de samenwerking tussen de verschillende partijen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau, samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns op uitvoerend niveau en samenwerking op beleidsniveau.

#### 7.3.3.1 Case A

*In navolging van het Toronto-project is begin 2001 een consultatieproject in de huisartsenpraktijk gestart, waarbij een psychiater en een SPV de huisarts consultatie kunnen bieden. Bijna alle huisartsen in de betreffende plaats participeren in dit project.*

De regiovisie GGZ dateert van voor het stimuleringsprogramma van VWS, namelijk uit juni 1997. Dit betekent dat er geen geformuleerde doelstellingen ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ vastgelegd zijn.

#### **Samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau**

Er bestaan op uitvoeringsniveau geen contacten tussen de eerstelijns psycholoog en het AMW. De huisarts heeft daarentegen zowel contact met het AMW als met de eerstelijns psycholoog. De contacten zijn ad hoc, gebaseerd op persoonlijke ervaringen en relaties. Hier wordt ingegaan op hoe de partijen de samenwerking of het ontbreken van samenwerking ervaren.

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

### **Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns op uitvoerend niveau**

De contacten tussen de eerste- en tweedelijns zijn persoonsgebonden. Net als binnen de eerstelijns, is samenwerking gebaseerd op persoonlijke relaties. Daarnaast zijn er geen vastgelegde afspraken over doorverwijzingen (niet geprotocolleerd).

De GGZ-instelling geeft aan op uitvoeringsniveau alleen samen te werken met de huisartsen (mede in het kader van het consultatieproject). De huisartsen zijn haar belangrijkste verwijzers. Er zijn volgens de GGZ nooit verwijzigen van en naar de eerstelijns psycholoog. De eerstelijns psycholoog geeft echter aan wel door te verwijzen naar de GGZ. Ze merkt over de GGZ op dat ze te weinig kennis heeft over wat de eerstelijns psycholoog doet. Deze heeft namelijk 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.

De GGZ geeft aan dat er sporadisch contact met het AMW is. Ze heeft geen inzicht in hoe het AMW georganiseerd is en wie ze over welke problematiek bij het AMW kan benaderen. Op dit moment wordt er gewerkt aan een sociale kaart. 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 2<sup>e</sup> lijn. De GGZ kijkt volgens het AMW op haar neer. 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**

Naast het feit dat de samenwerking ad hoc en niet geprotocolleerd is, is de samenwerking ook niet geformaliseerd. Met andere woorden: er bestaat ook geen samenwerking op beleidsniveau tussen de partijen in de eerste- en tweedelijns. De rol van het zorgkantoor blijft in dit kader beperkt tot die van toetsers: het goedkeuren van het ingediende consultatieproject toentertijd en de evaluatie van het project.

Er is wel sprake van beleidsmatige samenwerking tussen het AMW en de gemeenten in het kader van hun subsidierelatie.

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

Het AMW heeft hierover een gesprek gehad met de DHV. Deze heeft daarop te kennen gegeven dat samenwerking goed is zolang het ze geen extra tijd kost. Het AMW wil verder 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). Hierdoor zou er een betere aansluiting met de GGZ mogelijk zijn.

### 7.3.3.2 Case B

In deze regio lopen diverse initiatieven die in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ gezien kunnen worden. In deze regio loopt ook een consultatieproject in de huisartsenpraktijk waarbij een SPV en een psychiater door de huisarts geraadpleegd kunnen worden. Het project is veel grootschaliger opgezet dan in case A, in dat er veel meer huisartsen in participeren. Mogelijk gaat het project uitgebreid worden met het AMW, Novadic en eerstelijns psychologen.

Verder loopt hier ook het project Korte Lijnen, gericht op het ondersteunen van de samenwerking in de eerstelijns en het ontwikkelen van samenwerkingsprotocollen. De regio is tevens één van de pilot-gebieden van het project ruimere toegankelijkheid eerstelijns psychologie. Hierin wordt onderzocht wat de gevolgen zijn van de algemene toegankelijkheid van eerstelijns psychologen voor cliënten, welke randvoorwaarden vervuld moeten zijn en wat de bijdrage kan zijn aan de opbouw van een gestructureerde eerstelijns GGZ. Er wordt nagegaan welk effect een volledige vergoeding heeft op de toestroom van cliënten naar eerstelijns psychologen en op het aantal behandelcontacten. Ook de effecten van de verruiming van de financiële regeling op het verwijsgedrag van de samenwerkingspartners (huisartsen, GGZ) het type hulpvraag, en kenmerken van de cliënt worden geëvalueerd.

Daarnaast zijn er nog diverse andere activiteiten, zoals het Diaboloproject, studiedagen georganiseerd door GGZ voor huisartsen, diagnostisch adviescentrum (GGZ) waar de huisarts met vragen terecht kan, etc.

De regiovisie GGZ stamt uit 2001. Hierin zijn een visie en de volgende concrete doelstellingen voor de korte termijn (1-2 jaar) met betrekking tot de eerstelijns GGZ geformuleerd:

- het vergroten van de (opvang-) capaciteit van het AMW;
- het bevorderen van de deskundigheid van het AMW door consultatie vanuit de GGZ;
- het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijns psychologen;
- het uitbreiden van de huidige samenwerking in de regio tussen de GGZ en de eerstelijns;
- het uitbreiden van experimenten in de samenwerking tussen de GGZ en de eerstelijns;
- het verbeteren van de consultatiemogelijkheden vanuit de GGZ naar de eerstelijns;

- het ondersteunen van de huisartsen door de GGZ bij de poortwachtersfunctie;
- nagaan of het SPV-project bij de huisartsen uitgebreid kan worden naar het AMW, de thuiszorg en de eerstelijns psychologen;
- nagaan of alle betrokkenen het wenselijk vinden dat alle aanmeldingen voor de GGZ via de huisarts lopen.

De visie en doelstellingen die in de regiovisie GGZ zijn geformuleerd, impliceren dat er in deze regio groot belang wordt gehecht aan de versterking van de eerstelijns GGZ. De diverse initiatieven en ontwikkelingen (het project Korte Lijnen, de pilot ruimere toegankelijkheid eerstelijns psychologie etc.) dragen zichtbaar bij aan een intensievere samenwerking op uitvoerend en beleidsniveau. Zowel binnen de eerstelijns als tussen de eerste- en tweedelijn, de gemeente en het zorgkantoor.

### **Samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau**

Door bovengenoemde ontwikkelingen komen de partijen in de eerstelijns elkaar steeds meer tegen. Daarnaast werkt het AMW 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 ten aanzien van het AMW zijn. Vanwege de wachtlijsten bij het AMW verwezen huisartsen niet of nauwelijks naar het AMW door. Omdat het probleem van de wachtlijsten min of meer teruggedrongen is, moet in het verwijsgedrag van de huisartsen veranderingen komen. Daarnaast wil men bekijken hoe de huisarts het contact (m.b.t. doorverwijzingen) 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 eerstelijns psycholoog 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.

### **Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn op uitvoerend niveau**

De huisarts is de grootste verwijzer van de GGZ. In het kader van het consultatieproject in de huisartsenpraktijk is het contact geïntensiveerd. Met het oog op de mogelijke uitbreiding van het project met het AMW, eerstelijns psychologen en de verslavingszorg, zijn er al contacten met deze partijen hierover. Daarnaast bestaan er al lang contacten tussen de GGZ en het AMW. Er bestaat al lange tijd een convenant tussen beide en de intentie is er om een nieuwe af te sluiten. Ze verwijzen naar elkaar door en er bestaat al lang overleg tussen het AMW en de GGZ over cliënten (consultatie).

De GGZ geeft aan dat eerstelijns psychologen en de GGZ niet naar elkaar doorverwijzen. Er vindt tot nu toe weinig overleg plaats met eerstelijns psychologen op uitvoeringsniveau. De eerstelijns psycholoog merkt op dat van de GGZ geen cliënten meer terugkomen bij de eerstelijns psycholoog (dit impliceert dus dat ze, in tegenstelling van wat de GGZ beweert, wel naar de GGZ doorverwijst).

### **Samenwerking op beleidsniveau**

Een klein deel van het stimuleringsgeld AMW is gestopt in samenwerking en afstemming tussen het AMW en de DHV, de GGZ en de eerstelijns psychologen. 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 van de ontwikkelingen. Daarnaast heeft het AMW contact met de gemeenten 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>6</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 is ze niet betrokken bij structureel overleg. Het Zorgkantoor komt het AMW en de eerstelijns psycholoog 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), eerstelijns psychologen, huisartsen (wel in het kader van het vestigingsbeleid met DHV en de Bossche huisartsenvereniging<sup>7</sup>). Er is alleen met het AMW samenwerking omtrent de 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

---

<sup>6</sup> Overleggen in het kader van productie:

- productieafspraken in het kader van zorg-op-maat (zorgvernieuwing)
- afspraken consultatie met eerstelijns (huisartsen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen)
- Contracten met psychiaters, GGZ, psychotherapeuten.

Regionaal wachtlijstplan 2001 (sub-regionale verdeling): overleg over wachtlijsten (laatste overleg was op 15 februari 2001). Hierbij waren aanwezig:

- 2x GGZ
- vrijgevestigde psychiaters
- Instelling voor verslavingszorg
- RPCP (cliënten)
- huisartsen waren uitgenodigd maar DHV is niet komen opdagen.

<sup>7</sup> Structureel overleg knelpunten m.b.t. vestigingsbeleid tussen zorgverzekeraar, DHV en gemeente geïnitieerd.

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 psychologie voor ziekenhuispatiënten met de DHV. Per eind 2005 moeten alle eerstelijns psychologen GGZ-psychologen zijn (GGZ-registratie hebben). Met de GGZ worden nu opleidingsplaatsen vormgegeven. Dit zal ook de communicatie ten goede komen (nieuw afgelopen 2 jaar).

### 7.3.3.3 *Case C*

In deze regio loopt eveneens een consultatieproject in de huisartsenpraktijk. Dit project onderscheidt zich van de projecten in de cases A, B en D in dat huisartsen zelf kunnen bepalen in welke vorm zij ondersteuning bij GGZ-vragen wensen. De keuzemogelijkheden die de GGZ biedt, zijn samengevat in een zogenaamd menu. Voorafgaand aan de pilot in een aantal praktijken, is een behoefteonderzoek onder huisartsen gehouden. Na de pilotfase draaien intussen een groot aantal huisartsen in het project mee.

Op dit moment worden voorbereidingen getroffen om het menu ook aan te bieden aan het AMW en de eerstelijns psychologen. Er zijn ten tijde van deze casestudie basisafspraken met de partijen over gemaakt.

Verder wordt in deze regio ook het Diaboloproject ontwikkeld.

De regiovisie Zorg dateert van eind 2001. Het programma bevat een integrale visie op de zorg, waarbij vooropstaat dat het gewone leven moet doorgaan en zorg een bijzondere zaak is. In deze regiovisie wordt geen expliciete aandacht besteed aan de GGZ.

#### **Samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau**

De eerstelijns psycholoog geeft aan dat er tussen het AMW en eerstelijns psychologen 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 eerstelijns psycholoog. In deze regio zijn een aantal wijkcentra waarin onder meer huisartsen en het AMW dicht bij elkaar werkzaam zijn. De lijnen tussen hen zijn zeer kort.

#### **Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns 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 aan eerstelijns psychologen. In drie andere wijkcentra kan 40 uur ingezet worden voor consultatie en deskundigheidsbevordering. Incidenteel is er overleg tussen de afdeling Volwassenen (GGZ) en eerstelijns psychologen.



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 eerstelijns psycholoog heeft de GGZ gesprekken met deze beide partijen gevoerd. Hierin zijn de behoeften gepeild en zijn basisafspraken gemaakt. Er zijn 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 eerstelijns psycholoog 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 huisartsen als eerstelijns psychologen overleggen in hun eigen tijd moeten plannen. Naast tijdsgebrek speelt ook het financiële aspect hier in mee. Als eventuele oplossing draagt ze het volgende aan: 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 de eerste- naar de 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 te worden/ingespeeld te worden op de maatschappij en haar ziektes van deze tijd, afhankelijk van de tijd waarin we nu leven (nu veel hoogopgeleiden 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 eerstelijns psychologen 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 GGZ om basisafspraken te maken m.b.t. het consultatieproject.

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.

#### 7.3.3.4 Case D

Evenals case B is deze regio een van de pilotgebieden van het project Korte Lijnen. Daarnaast is sinds eind 2001, ook in dit gebied een consultatieproject in de huisartsenpraktijk van de grond gekomen. Het project gaat uitgebreid worden naar meer huisartsenpraktijken.

De regiovisie geestelijke gezondheidszorg, is één van de onderdelen van de regiovisie Zorg 1999-2000 en stamt uit eind 1998.

Hoewel ze dateert van voor het stimuleringsprogramma van VWS, is als één van de uitgangspunten van beleid het volgende opgenomen: *Versterking van de relatie tussen eerstelijns zorg, zorg waarbij de gemeenten zijn betrokken en de GGZ.*

Hierbij wordt de noodzaak van een optimale samenwerking tussen GGZ, AMW en huisarts aangegeven, mede in het kader van een juiste invulling van de GGZ poortwachtersfunctie en de nazorg van cliënten die uit het behandelingscircuit zijn ontslagen. Opvallend hierbij is dat de eerstelijns psycholoog hierbij niet genoemd wordt. Verder wordt de behoefte van het AMW aan een goede afstemming en samenwerking met de GGZ ten aanzien van chronisch psychiatrische patiënten en patiënten die zich op het grensvlak van de GGZ en AMW bevinden, genoemd. Met het oog hierop wordt de verschillende financieringswijze van beide partijen als lastig thema aangegeven. Het is met het oog hierop dan ook van belang dat de taken van beide partijen duidelijk worden afgebakend.

#### **Samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau**

Zoals in paragraaf 3.3.2 al is opgemerkt is het doel van het project Korte Lijnen om de lijnen van samenwerking binnen de *eerstelijns* zo kort mogelijk te maken. Het AMW geeft aan dat de lijnen tussen de huisartsen, de grootste verwijzer en het AMW, en het AMW

van oudsher altijd kort zijn geweest. Deze korte lijnen waren echter persoonsgebonden. Valt een persoon weg dan is ook de korte lijn weg. Kortom er is geen structuur. Het AMW staat positief tegenover het project Korte Lijnen. 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. Het AMW verwacht hiervan betere en snellere verwijzingen en een effectievere samenwerking tussen partijen in de eerstelijns, met als gevolg een ontlasting van de verschillende organisaties. Kortom, dat de korte lijnen geformaliseerd worden en niet meer gebaseerd zijn op individuele contacten.

De DHV geeft aan dat ze niet betrokken is bij het project Korte Lijnen. Ze is er pas van op de hoogte geraakt nadat het project als gestart was. De RHV's zijn hierin mogelijk wel eerder benaderd, waarschijnlijk omdat ze dichterbij de werkvloer staan, aldus de DHV.

De eerstelijns psychologen worden ook in het project Korte Lijnen betrokken. Ten tijden van de interviews werden er 'kennismakingsgesprekken' met de eerstelijns psychologen gevoerd door de uitvoerder van het project. De eerstelijns psycholoog geeft aan dat er geen doorverwijzingen tussen het AMW en eerstelijns psychologen plaatsvinden. Toen hij zijn praktijk startte, heeft hij een kennismakingsronde gemaakt langs de huisartsen, het AMW en de GGZ. Hij vindt dat op uitvoeringsniveau goed wordt samengewerkt en doorverwezen. De relatie met de huisartsen is goed. Alleen vanuit het AMW zijn weinig doorverwijzingen. Het AMW beaamt dat er geen contact met eerstelijns psychologen is. Er zijn er maar een paar en die zijn altijd overvol, aldus het AMW.

### **Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns 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 de directeuren van het AMW en de GGZ al van oudsher bestaat (vanaf midden jaren 80), 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 eerstelijns psychologen 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 directeuren weten elkaar goed te vinden. Hij vindt het niet nodig dat het 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. Eerstelijns psychologen 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 jaarlijks het subsidiëntenoverleg, waarin de VWS-maatregel vast agendapunt is. In 2000/2001 heeft het AMW een groot aantal gemeenten bezocht met een voorlichtingsprogramma van het AMW om het draagvlak te verbreden.

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.

#### **7.3.3.5 Case E**

Deze regio wordt getypeerd door verschillende regio-indelingen. De verdeling van zorg op stedelijk niveau en welzijn op het niveau van de deelgemeente is vanuit de eerstelijns GGZ gezien niet gunstig. Voorts heeft de regio te maken met twee zorgkantoren en bestrijkt de GGZ-instelling een deel van de stad en het gebied ten zuiden daarvan. Eén van de twee deelgemeenten, waar een aanzienlijke achterstandsproblematiek bestaat, is bezig het welzijnsbeleid naar de wijken te decentraliseren. Wanneer het AMW daar deel van uit maakt zoals de bedoeling is dan wordt de huidige AMW-capaciteit (9 fte) verdeeld over 8 wijken.

Het stadsgewest is voor regiovisies opgedeeld in drie gebieden, en het middelste gebied waarin de twee deelgemeenten vallen, heeft geen regiovisie GGZ. De provincie probeert de ontwikkeling van regiovisies te stimuleren, maar constateert dat het bijzonder moeizaam gaat.

### **Samenwerking binnen de eerstelijns op uitvoerend niveau**

In de ene deelgemeente verloopt de samenwerking op uitvoerend niveau binnen de eerstelijns goed. De huisartsen en het AMW werken in een gezondheidscentrum nauw samen, maar volgens het AMW kan de samenwerking met de eerstelijns psychologen beter. In de andere deelgemeente verloopt de samenwerking tussen huisartsen en de AMW-instelling wisselend. De organisatorische en capaciteitsproblemen bij de AMW-instelling werken door in de contacten met andere partijen. De DHV is tevreden over de samenwerking met het AMW en de ELP.

### **Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns op uitvoerend niveau**

De indruk is dat met name de samenwerking tussen de GGZ-instelling en de huisartsen goed loopt en dat de samenwerking tussen de GGZ-instelling en de AMW-instellingen wat strubbelingen kent. Eén AMW-instelling relativeert het profijt dat zij heeft van de kennis die de GGZ-instelling inbrengt en signaleert wel de taakverzwaring die het hebben van moeilijker cliënten met zich meebrengt. Volgens deze instelling wordt het consultatieproject door de GGZ als excuus gebruikt om de doorverwijzing van cliënten met zwaardere GGZ-problemen naar de GGZ af te houden. Bovendien vinden ze dat de GGZ-instelling bij het aanbieden van consultaties aan het AMW teveel aanbodgericht in plaats van vraaggericht werkt.

De andere AMW-instelling signaleert eveneens dat de GGZ-instelling te weinig afstemt met de praktijk en zich teveel opstelt als een naar binnen gerichte organisatie.

De GGZ werkte tot nu toe niet of nauwelijks samen met het ROEP, maar in de zomer van 2002 zullen beide partijen gaan overleggen. Het ROEP zal dan haar wens inbrengen om sneller en makkelijker toegang te krijgen tot psychiaters voor consultatie.

### **Samenwerking op beleidsniveau**

De enige samenwerking op beleidsniveau in deze case is gericht op de projectvoorstellen voor consultatieprojecten en dat vindt plaats in het platform. In dat platform spreken het zorgkantoor, de DHV, de samenwerkende AMW-instellingen, de GGD en het ROEP.

Onduidelijk is of de GGZ-instelling deelneemt aan het platformoverleg.

Er is geen regiovisie geestelijke gezondheidszorg in dit gebied. Volgens sommige partijen (GGZ-instelling, AMW-instelling) is er wel behoefte aan visie-ontwikkeling en beleidsmatige afstemming, want er vinden 'grensconflicten' plaats over waar bepaalde cliënten thuishoren, bij het AMW of bij de GGZ-instelling, en er zijn grote deskundigheidsproblemen in de eerstelijns. Voor sommige categorieën cliënten schiet de deskundigheid in de eerstelijns tekort zoals voor allochtone cliënten.

De deelgemeenten zijn geen partij voor de andere actoren in de GGZ. Diverse partijen vinden dat het zorgkantoor veel meer de regie zou moeten voeren dan ze tot nu toe doet.

### 7.3.4 Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ

In paragraaf 2.2. zijn de vijf case-regio's aan de hand van een aantal criteria beschreven, waaronder de druk op de wachtlijst in de GGZ-sector. De gegevens hieromtrent zijn gehaald uit een aantal statistieken. Maar in hoeverre hebben de partijen zelf zicht op de capaciteit? Wat zijn hun ervaringen hiermee in de praktijk?

#### Case A

Er zijn wachtlijsten bij de GGZ-instelling, de eerstelijns psycholoog en het AMW. Volgens de gegevens in paragraaf 2.2. is de situatie in deze zorgregio vergeleken met andere zorgregio's relatief gezien gunstig (0,7 wachtenden per 100.000 inwoners in de behandelingswachtfase (Resultaten per 1-1-2001). Bij de gesprekspartners ontbreekt in het algemeen het zicht op de totale capaciteit, zowel in de eerste- als in de tweedelijns GGZ. De meeste gesprekspartners geven blijk van een verbrokkeld beeld, dat sterk bepaald wordt door cliëntgerichte en op hulpverlening gerichte contacten. Een voorbeeld hiervan is het zorgkantoor. De gesprekspartner van het zorgkantoor heeft in zijn werk vooral te maken met de huisarts en de GGZ. Van deze partijen gaf hij aan dat er wachtlijsten in de GGZ zijn voor bepaalde disciplines, zoals de disciplines acute zorg en psychotherapie en met betrekking tot de huisartsen kon hij aangeven dat steeds meer huisartsen, vooral individuele huisartsenpraktijken ermee stopten.

#### Case B

Ook in deze case ontbreekt een totaaloverzicht van de capaciteit. Wel heeft men over het algemeen zicht op de capaciteit binnen de eigen discipline (dit geldt overigens over het algemeen ook voor de overige case-gebieden). De eerstelijns psycholoog geeft bijvoorbeeld aan dat er een groeiend tekort aan eerstelijns psychologen is. Volgens de DHV is er op dit moment geen tekort aan huisartsen in de regio (huisvesting is wel een probleem geweest).

Het AMW wil nog geen uitspraken doen over haar capaciteit. Ze heeft in het kader van de stimuleringsmaatregel geïnvesteerd in nieuw personeel.

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 echter nog niets van een eventuele verminderde druk op de GGZ, één van de door het programma van VWS verwachte gevolgen. Hierbij dient echter terzijde opgemerkt te worden dat er vanuit de GGZ geen verschuiving van nazorg naar de eerstelijns is.

Het Zorgkantoor geeft een reden aan voor het feit dat ze geen totaaloverzicht van de capaciteit heeft: de verschillende financieringsstromen belemmeren niet alleen een integrale samenwerking tussen de verschillende partijen, maar zorgen ervoor dat ze geen zicht heeft op de capaciteit van de niet-AWBZ- gefinancierde partijen.

#### Case C

In deze case hebben de partijen over het algemeen ook alleen zicht op de eigen capaciteit en op de capaciteit van de partijen waar ze rechtstreeks mee te maken hebben. Dit zijn de reacties van de verschillende partijen op hun zicht op de capaciteit:

De eerstelijns psycholoog geeft bijvoorbeeld aan dat de gemiddelde wachtlijst van de eerstelijns psycholoog 4 weken is. Ze heeft geen zicht op de capaciteit van de andere partijen, alleen dat er 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 het AMW. Ze heeft geen zicht of er door huisartsen doorverwezen wordt naar eerstelijns psychologen. 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. De gemeente merkt op het erg jammer te vinden dat een algehele visie op de GGZ ontbreekt: *“Er zijn veel regisseurs in de GGZ maar geen eenduidige visie.”*

#### **Case D**

Er kan voor deze case ook gesteld worden dat partijen over het algemeen alleen zicht hebben op de eigen capaciteit, soms ook in de capaciteit van de partijen waar ze direct mee te maken hebben. Kortom de visie is ook hier gebaseerd op de directe contacten die er bestaan tussen de verschillende partijen. Hier volgt een korte impressie van de reacties in de interviews:

De GGZ geeft aan dat haar wachtlijsten gematigd: gemiddeld tot laag zijn. wachtlijstreductie: wachtlijstgelden: mensen aangenomen. Nu bijna geen wachtlijst meer. Het AMW geeft aan geen wachtlijsten te hebben. Cliënten worden tijdens de intake geselecteerd op groepen. Er zijn heel veel groepen waarnaar verwezen kan worden. Er kan daardoor snel verwezen worden.

De eerstelijns psycholoog geeft aan geen wachtlijst te hebben. Met betrekking tot de capaciteit van de huisartsen geeft hij aan dat er objectief gezien 4 formatie tekort is 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. Er is volgens de eerstelijns psycholoog gemiddeld 1 huisarts op de 2300 inwoners. Het Zorgkantoor geeft aan dat de capaciteit van de huisartsen nog net toereikend is, maar problematisch begint te worden. De DHV heeft weinig zicht op de capaciteit van de huisartsen en geen zicht op de capaciteit van de overige partijen. In het kader van het beleidsplan GGZ zal gestreefd worden naar een sociale kaart. Dit zal een eerste aanzet zijn om zicht op elkaar en de capaciteit te krijgen.

#### **Case E**

Het zorgkantoor verwacht dat het tekort aan huisartsen of anders gezegd de hoge werkdruk bij huisartsen een probleem vormt voor het verder ontwikkelen van de poortwachtersfunctie. Nu komt 40% van de cliënten van de GGZ-instelling daar via het AMW of de bedrijfsarts en niet via verwijzing van de huisarts. De capaciteit van het

AMW verschilt per deelgemeente. In de ene deelgemeente bestaat een wachtlijst van 4 tot 5 maanden voor het AMW, in de andere deelgemeente is er geen wachtlijst. Volgens de GGZ-instelling zijn er inmiddels voldoende eerstelijns psychologen, maar dat geldt voor het zuidelijk deel van de stadsregio. Volgens de ROEP is er een wachtlijst van drie weken voor eerstelijns psychologen in de regio.

## 7.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de casestudies en de daaruit volgende conclusies op een rijtje gezet. Voor de overzichtelijkheid is hierbij dezelfde driedeling aangehouden als in hoofdstuk 3.

Ervaringen van de verschillende partijen met de maatregelen van VWS in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ

Algemeen kan gesteld worden dat de meeste partijen, ongeacht de regio, positief tegenover het Programma Versterking eerstelijns GGZ en het doel van een sterkere eerstelijns GGZ staan. Een belangrijke bevinding is dat nagenoeg geen enkele partij op de hoogte is van het complete pakket aan maatregelen van VWS.

Gemeenten geven aan dat de stimuleringsmaatregel een stimulans is voor het geven van aandacht aan de verdere ontwikkeling van het AMW. Van de overige maatregelen zijn de gemeenten niet of nauwelijks op de hoogte. Kleinere gemeenten en deelgemeenten hebben weinig zicht op het AMW en nog minder op de toegedachte plaats van het AMW in de eerstelijns GGZ.

De AMW-instellingen zijn enthousiast over de stimuleringsmaatregel AMW. In de regio's waar het project Korte Lijnen loopt, verwachten ze dat het project leidt tot praktische verbeterpunten in de doorverwijzingen en samenwerking binnen de eerstelijns. Niet alleen de contacten met de huisartsen, maar ook de contacten met de eerstelijns psychologen die er voorheen veelal helemaal niet waren, worden als positief ervaren. Hoewel ze er in eerste instantie niet op zaten te wachten, zijn de huisartsen enthousiast over de consultatie in de huisartsenpraktijk door de GGZ, vooral vanwege de kortere lijnen die er ontstaan met de GGZ en de ervaren taakverlichting en in mindere mate vanwege de kennis die ze opdoen omtrent de GGZ. In sommige regio's twijfelt men aan het voortbestaan van het initiatief als er geen structurele financiering zal komen.

De zorgkantoren in de verschillende regio's verschillen in mening over wat hun rol in dit kader inhoudt. Een aantal zorgkantoren voelt zich slechts toetsers van projectvoorstellen en verstrekker van de projectgelden, terwijl andere zorgkantoren zich beleidsmatig betrokken voelen bij het programma en een actieve rol spelen in het gezamenlijk met de betrokken partijen bepalen van hoe de projectgelden het beste ingezet kunnen worden. De eerstelijns psychologen worden door de andere partijen vaak over het hoofd gezien als één van de partijen in de eerstelijns GGZ. In de regio's B en D waar het project Korte Lijnen loopt, komen ze door dit project in het zicht van de andere eerstelijns partijen. Daarnaast worden ze ook vaak door de tweedelijns over het hoofd gezien. De GGZ ziet de



eerstelijns psycholoog over het algemeen niet als een belangrijke verwijzer uit de eerstelijns in tegenstelling tot case C, waar de eerstelijns psychologen zullen gaan participeren in de consultatieprojecten<sup>8</sup>. Hoewel ze positief tegenover het programma van VWS staat, is deze partij over het algemeen de minst actief betrokkene in de samenwerking met de andere partijen in de eerste- en tweedelijns. De eigen praktijk en de kwaliteitseisen vanuit de LVE nemen veel van hun tijd in beslag.

In alle regio's is de GGZ enthousiast bezig in de consultatieprojecten. De consultatieprojecten zijn vooral gericht op huisartsen en in mindere mate op het algemeen maatschappelijk werk. Eén van de instellingen geeft aan het een goede zaak te vinden dat meer zorg terecht komt en uitgevoerd wordt in de eerstelijns, zoals screening. De zorg wordt hierdoor sneller en beter en dichter bij huis geboden. Onduidelijk is of de nauwere samenwerking er ook toe leidt dat er voor de nazorg een groter beroep op de eerstelijns GGZ wordt gedaan.

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

Uit de bevindingen kunnen een aantal dingen geconstateerd worden die voor alle case-regio's gelden. De partijen werken op verschillende schalen. Voor zover er samengewerkt wordt, is dit niet geformaliseerd<sup>9</sup> (met andere woorden: er is geen samenwerking op beleidsniveau in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ) en niet geprotocolleerd. De contacten zijn ad hoc, gebaseerd op persoonlijke ervaringen en relaties en vaak cliëntgebonden (op uitvoeringsniveau).

Door de activiteiten die in het licht gezien kunnen worden van de versterking van de eerstelijns GGZ, zoals de consultatieprojecten in de huisartsenpraktijk, het project Korte Lijnen en andere initiatieven, worden de verschillende partijen tot samenwerking gebracht. Hoe meer initiatieven, hoe meer de partijen elkaar tegenkomen. In diverse samenstellingen vindt samenwerking plaats. De verschillende partijen die in de diverse projecten participeren staan zoals eerder gezegd positief tegenover het feit dat ze elkaar leren kennen, de lijnen korter worden en ze kennis van elkaar opdoen. Dit betekent niet dat voor die tijd helemaal geen samenwerking en contacten tussen de partijen bestonden, integendeel. In regio D bijvoorbeeld zijn er sinds lange tijd goede contacten tussen de directeurs van het AMW en de GGZ. Sinds vele jaren worden onder meer gezamenlijk de intakes gedaan en spreekt men elkaar over hoe zaken te verbeteren zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot doorverwijzingen tussen het AMW en de GGZ.

Ten tijde van deze meting is het nog te vroeg om te bepalen of deze initiatieven en de maatregelen van VWS in zijn geheel zullen leiden tot de verwachte resultaten. Partijen ervaren nu nog veelal onbekendheid aangaande het werkterrein en de deskundigheid van anderen. De door het rijk beoogde partijen zien elkaar (nog) niet of nauwelijks als samenwerkingspartners, maar er is een begin.

---

<sup>8</sup> Ten tijde van de gesprekken was men met de voorbereidingen bezig. Naast de eerstelijns psychologen zal ook het AMW gaan meedoen.

<sup>9</sup> In één regio, case B, zijn een visie en doelstellingen in de regiovisie GGZ geformuleerd, wat impliceert dat er in deze regio groot belang gehecht wordt aan de formalisering van de versterking van de eerstelijns GGZ. Dit betekent niet dat de andere regio's dit niet nastreven. De regiovisies van de een aantal regio's stammen namelijk van voor de komst van het programma van VWS.

Er is al eerder geconcludeerd dat nagenoeg geen enkele partij overzicht heeft over het totale programma van VWS en er geen beleidsmatige samenwerking plaatsvindt. De partijen hebben alleen zicht en voelen zich alleen betrokken bij de maatregelen waarmee ze zelf te maken hebben. Van de overige maatregelen weet men vaak het bestaan niet eens, laat staan dat men zich geroepen voelt de hele zaak aan te sturen. Dit betekent dus dat er geen *aansturing* plaatsvindt (en niet *kan* plaatsvinden) op de doelen van het programma van VWS. Er zijn een aantal factoren die door de gesprekpartners in de verschillende regio's genoemd worden als oorzaken hiervan:

- de verschillende financieringsstromen die er bestaan (AWBZ versus gemeente versus ziektekostenverzekering [bijvoorbeeld: betreft het geen AWBZ, dan speelt het Zorgkantoor geen rol], maar ook de verkokering van de stimuleringsmaatregelen): hierdoor voelt men zich alleen verantwoordelijk voor het deel waarvoor men de financiering ontvangt. Men heeft geen zicht op de andere stromen en voelt zich hierdoor ook niet geroepen om de trekker te worden en de partijen te bewegen om tot beleidsmatige samenwerking te komen ten einde de doelstellingen van het programma van VWS na te streven. Kortom, de verschillende financieringsstromen staan een integrale benadering en samenwerking in de weg.
- Een aantal partijen krijgt geen vergoeding voor overleg: eerstelijns psychologen, huisartsen en GGZ-specialisten moeten dit in eigen tijd doen. Dit wordt door deze partijen als een probleem ervaren, ook vanwege het feit dat de werkdruk hoog is.
- In case C merkte de gemeente op het erg jammer te vinden dat een algehele visie op de GGZ ontbreekt: “*Er zijn veel regisseurs in de GGZ maar geen eenduidige visie.*” Een gezamenlijk gedragen visie is inderdaad eerst nodig voordat men gezamenlijk verder kan gaan. Het vormt de basis van een goede beleidsmatige samenwerking ten einde te komen tot de doelstelling van het programma van VWS, namelijk een versterking van de eerstelijns GGZ.

Een aantal partijen zien het nut van beleidsmatige samenwerking niet in: *Indien ze elkaar weten te vinden op uitvoeringsniveau, dan is het toch goed?* Andere partijen geven aan behoefte te hebben aan afspraken over bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden van eenieder in een situatie waarbij meerdere partijen met één en dezelfde cliënt te maken hebben. Het AMW in case A noemt als voorbeeld wanneer een cliënt bij de GGZ op de wachtlijst staat en in de tussentijd bij het AMW aanklopt. Een ander voorbeeld wordt genoemd door de GGZ-instelling in case E, die signaleert dat er verschillen van inzicht zijn tussen AMW-instellingen en de GGZ-instelling over waar bepaalde type cliënten naar toe moeten.

De verwachting van de onderzoekers dat gemeenten zich actiever zouden tonen in het bijeenbrengen van de diverse partijen en dat zij een rol zouden spelen in het op gang brengen van beleidsmatige samenwerking is bij de bestudeerde cases (meting 2001) niet uitgekomen. De geïnterviewde gemeenten zien voor zichzelf geen taken op het gebied van zorg en worden daarin bevestigd door de meeste zorgaanbieders die evenmin een rol zien voor gemeenten. Zoals al eerder is opgemerkt, worden gemeenten via de stimuleringsregeling AMW in eerste instantie aangespoord om de capaciteitstekorten in het AMW op te heffen en in tweede instantie om het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Bezien vanuit het

programma Versterking Eerstelijns GGZ is dit slechts een onderdeel van het gehele programma, en dat maakt misschien ook dat gemeenten zich niet verantwoordelijk voelen voor het realiseren van het doel van het versterkingsprogramma als geheel.

### **Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ**

Doordat nagenoeg geen enkele partij zicht heeft op het totale programma aan maatregelen, ze daardoor met bepaalde partijen samenwerkt en met andere (nagenoeg) niet, is het niet verwonderlijk dat geen enkele partij een compleet beeld heeft van de capaciteit. Partijen hebben veelal wel zicht op hun eigen capaciteit en als het meezit op de capaciteit van de partijen waarmee ze samenwerken. De verwachting dat in iedere case een regiovisie GGZ voorhanden zou zijn en dat daarin de eerstelijns GGZ behandeld wordt, is niet uitgekomen. Niet overal is een regiovisie GGZ en niet altijd besteedt de regiovisie aandacht aan de eerstelijns.

### **Tot slot**

Er kan niet gesteld worden dat de ene regio veel verder is in de (beleidsmatige) samenwerking dan de andere cases. Het is wel een feit dat de cases waar meer initiatieven en projecten lopen, zoals case B en D, de verschillende partijen elkaar meer tegenkomen, maar op dit moment geeft dat nog geen zekerheid voor een voorsprong op (beleidsmatige) samenwerking wanneer de projecten mochten wegvallen.

Case A is een regio die ten opzichte van de andere regio's een extra nadeel heeft dat de samenwerking bemoeilijkt. Het betreft een uitgestrekte, landelijke gebied waarin lange afstanden afgelegd moeten worden.

Ook maken diverse partijen zich zorgen wat er zal gebeuren als de extra middelen ophouden.

# 8 Strategieën en interventies voor het versterken van de eerstelijns GGZ op lokaal niveau

## 8.1 Inleiding

### 8.1.1 Vraagstelling en procedure

Het deelonderzoek dat door de medewerkers van het Trimbosinstituut wordt uitgevoerd, beoogt inzicht te geven in de strategieën en interventies die in de praktijk worden ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken. Het onderzoek betreft een gevalvergelijkende programma-evaluatie. Gedurende twee jaar zullen de ontwikkelingen binnen vier verschillende projecten die als algemene doelstelling de versterking van de eerstelijns GGZ hebben, worden gevolgd en met elkaar vergeleken. Drie hoofdvragen staan daarbij centraal:

- a *Welke doelen worden voor de projecten geformuleerd en in hoeverre worden deze doelen gerealiseerd; in welke mate worden de landelijk geformuleerde doelen inzake versterking van de eerstelijns GGZ gerealiseerd?*
- b *Welke patiënten bereiken deze projecten?*
- c *Welke processen maken deze projecten door (wat zijn de ingezette middelen; wat zijn bevorderende dan wel belemmerende factoren)?*

In vergelijking met de andere deelonderzoeken die door het NIVEL en SGBO worden uitgevoerd, is in dit deelonderzoek een belangrijke plaats ingeruimd voor de ervaringen van de hulpverleners en patiënten zelf met de interventies ter versterking van de eerstelijns GGZ. Die ervaringen worden onderzocht binnen de context van de vier projecten. Is de zorg naar hun mening verbeterd? Wat beschouwen zij als de meerwaarde van deze projecten? Welke problemen ervaren hulpverleners bij het verlenen van geestelijke gezondheidszorg en in hoeverre draagt het project bij aan een oplossing hiervan? Dat zijn de vragen waarop dit onderzoek antwoorden wil vinden. De voor dit onderzoek geselecteerde projecten worden uitgevoerd in de (zorg)regio's die in het SGBO-deel van het evaluatie-onderzoek worden onderzocht.

De gegevensverzameling in dit onderzoek vindt plaats in drie fasen. In deze tussenrapportage brengen we verslag uit op grond van de gegevens die in de eerste fase zijn verzameld. In de tweede helft van 2002 is daartoe gestart met een periodieke monitor van gegevens binnen de vier projecten over verwijsstromen en over kenmerken van die patiënten voor wie samenwerking met of consultatie van andere eerstelijns hulpverleners of tweedelijns GGZ is gezocht. Daarnaast is er schriftelijk materiaal verzameld en geanalyseerd over de vier geselecteerde projecten en hebben 47 diepte-interviews

plaatsgevonden met sleutelfiguren in deze projecten. De projecten zijn ontwikkeld in het kader van het beleid dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 1999 heeft ingezet om de eerstelijns GGZ te versterken. Met behulp van de landelijke consultatieregeling en de Diabologelden, twee stimuleringsmaatregelen die in 1999 door het ministerie van VWS in werking zijn gesteld, hebben GGZ-instellingen en verschillende eerstelijnsorganisaties, waaronder de Districtshuisartsenvereniging (DHV), de instellingen voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en het Regionaal Orgaan voor Eerstelijns Psychologen (ROEP) projectplannen ontwikkeld en geïmplementeerd, die beogen de eerstelijns GGZ te versterken. De voor dit onderzoek geselecteerde projecten participeren in het Tussen de Lijnen programma of het Diabologprogramma.

Op grond van deze gegevens hebben we de doelen die de projecten nastreven in kaart gebracht en zijn we in staat een eerste beeld te schetsen van de ontwikkelingen in de vier projecten. Het onderzoek onder patiënten wordt in de tweede fase van het onderzoek uitgevoerd. Hieronder zullen we wel kort rapporteren over de opzet en voorgenomen uitvoering van dit deelonderzoek.

### 8.1.2 Gegevensverzameling

#### *Casusbeschrijvingen*

Voor de beschrijving van de vier projecten hebben we de projectleiders (pl) en projectcoördinatoren (pc) gevraagd zoveel mogelijk schriftelijk materiaal over het project ter beschikking te stellen. Het materiaal dat zij aandroegen bestond uit projectplannen (vaak verschillende versies), notulen, uitvoeringsprotocollen, handleidingen, overzichten, rapportages, notities en folders. In aanvulling op dit materiaal zijn bovendien interviews afgenomen met drie projectleiders en drie projectcoördinatoren (één projectleider was ziek, in één project met meerdere coördinatoren hebben we ons beperkt tot een interview met de projectleider). Aan hen is gevraagd om een toelichting te geven op de in de projectplannen geformuleerde doelen en middelen. Hoe zijn de doelen totstandgekomen? Welke doelen hebben op dit moment prioriteit? Ook is gevraagd naar hun verwachtingen ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ en naar de knelpunten die zij ervaren met betrekking tot de implementatie en uitvoering van de projecten. De projectleiders en projectcoördinatoren worden gedurende het onderzoek drie maal geïnterviewd.

#### *Periodieke monitor*

Met de periodieke monitor willen we zicht krijgen op de verwijfsstromen en op de kenmerken van de patiënten die in een vantevoren vastgestelde periode binnen de vier projecten zijn verwezen of over wie consultatie is aangevraagd. We kozen drie meetmomenten om zo veranderingen te kunnen vaststellen. De gegevens ontleen we aan de databank registratie consultatie van het Steunpunt Tussen de Lijnen.<sup>10</sup> Het eerste meetmoment betreft augustus – september 2002 en ging vooraf aan de afname van de

---

<sup>10</sup> Consultatiegevers die werkzaam zijn binnen de via de consultatieregeling van het ministerie van VWS gefinancierde consultatieprojecten, vullen voor elk *eerste* consultatieve contact een registratieformulier in. Deze registratieformulieren worden door het Steunpunt Tussen de Lijnen verzameld en hierover wordt jaarlijks gerapporteerd.

interviews. Om deze eerste meting meer diepgang te geven hebben we een extra meetmoment ingelast en de gegevens van de eerste meting vergeleken met de gegevens van de eerste twee maanden dat het project registreerde. Dit extra meetmoment kan worden beschouwd als een nulmeting. Een vergelijking van de gegevens uit de nulmeting met de gegevens uit de eerste meting stelt ons in staat meer inzicht te krijgen in de ontwikkelingen die de projecten doormaken. Van deze vergelijking doen we hier verslag. Project II vormt een uitzondering. Bij de eerste meting werd hier een ander registratieformulier gebruikt (het Diaboloregistratieformulier), dat in november 2002 is vervangen door een nieuw formulier. Op basis van de gegevens die met de oude registratieformulieren waren verzameld kon geen bevredigend antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen. Omdat de nieuwe registratieformulieren al in november ingevoerd werden, hebben we besloten de meting na de interviews te laten plaatsvinden, in de periode november – december 2002. Deze gegevens waren eind februari nog niet compleet, zodat we hierover nog niet kunnen rapporteren.

#### *Diepte-interviews*

In de periode augustus – december 2002 zijn 41 hulpverleners geïnterviewd. Het eerste contact met de hulpverleners is gelegd door de projectleider en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en). <sup>11</sup>Met behulp van een informatiefolder konden zij potentiële respondenten informeren over het project. De onderzoeker heeft vervolgens contact gelegd met degenen die zich bereid toonden om aan dit onderzoek mee te werken. Zij zullen in de derde onderzoeksfase nogmaals worden geïnterviewd. De respondenten zijn zoals weergegeven in tabel 8.1 over de vier projecten verdeeld:

Tabel 8.1: Verdeling respondenten over de 4 projecten

	Project I	Project II	Project III	Project IV	Totaal
Huisartsen	5	2	4	3	14
AMW	3	2	5	1	10
ELP	2	1	1	-	4
SPV	3	2	4	2	11
Psychiater	1	-	-	-	1
Totaal	14	7	14	6	41

De interviews duurden gemiddeld een uur (variërend van 30-100 minuten) en vonden plaats aan de hand van twee topic lijsten, één voor consultatievragers en één voor consultatiegevers (Bijlage 6). Van de interviews zijn thematische verslagen gemaakt.

<sup>11</sup> In de eerste lijn werken in het kader van de consultatieprojecten naast SPV-en ook B-verpleegkundigen met een GGZ-aantekening. Wij gebruiken in dit hoofdstuk echter de aanduiding SPV, omdat we uitsluitend sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen hebben geïnterviewd.

In deze tussenrapportage werken we op basis van deze interviews twee thema's uit. Ten eerste gaan we in op de vraag hoe *de bevoegdheden van de SPV-en in de consultatieprojecten* worden bepaald. Voor dit thema is gekozen, omdat de bevoegdheden van SPV-en in de eerste lijn van invloed zijn op de mate waarin de projecten hun doelen kunnen realiseren. Bovendien wordt er binnen de projecten gediscussieerd over de bevoegdheden van de SPV binnen de eerste lijn en is in de dagelijkse praktijk een spanningsveld zichtbaar tussen de in het projectplan geformuleerde doelen, de wensen van de huisartsen en de mogelijkheden en bevoegdheden die SPV-en hebben in de eerste lijn. Het tweede thema gaat in op *het vergroten van de GGZ-deskundigheid in de eerste lijn* en behandelt de vraag langs welke wegen kennis en kunde worden verplaatst van de tweede naar de eerste lijn. Dit thema is gekozen, omdat het een belangrijke doelstelling is in het landelijk beleid ten aanzien van de versterking van de eerstelijns GGZ, en ook een succes criterium in de projecten zelf.

Voor beide thema's geldt dat de analyse die in deze tussenrapportage wordt gepresenteerd in het vervolg van het onderzoek diepgaander zal worden uitgewerkt. Ook zullen in het vervolg van het onderzoek twee andere thema's worden uitgediept. Dat zijn de *doorverwijzing* van cliënten binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn, en de *samenwerking* tussen hulpverleners binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn.

Ook voor deze thema's geldt dat ze zijn gekozen, omdat ze ingaan op de wijze waarop professionals de doelen die in het landelijk beleid centraal staan in de praktijk vormgeven. De analyse van deze thema's geeft inzicht in de wijze waarop de professionals vormgeven aan de doelstellingen van het project, in de knelpunten die zij daarbij tegenkomen en de oplossingen die ze bedenken. In die zin zijn ze direct gerelateerd aan de centrale vragen in dit onderzoek.

### *Cliëntenonderzoek*

Het cliëntenonderzoek wordt in de volgende onderzoeksfase uitgevoerd. In het Herontwerp is voorgesteld in drie regio's 60 interviews af te nemen met cliënten. Dit cliëntenonderzoek beoogt inzicht te geven in de ervaringen van cliënten met de verwijzing/consultatie naar een SPV in de eerste lijn, in de waardering van deze zorgvorm, en in eventuele veranderingen in het zorggebruik van de cliënt. Op grond van een aantal ontwikkelingen in het onderzoek is het van belang dit cliëntenonderzoek op twee punten bij te stellen. Een belangrijk gegeven is dat in drie van de vier projecten die we onderzoeken, geen gebruik wordt gemaakt van de gedetailleerde Diabolo registratie, zoals was verwacht, maar van de globalere Tussen de Lijnen-registratie. Het gevolg is dat er zwaarder geleund zal worden op de uitkomsten van het cliëntenonderzoek. Bovendien blijkt dat men in alle vier projecten die wij onderzoeken SPV-en inzet in de huisartspraktijk. In het cliëntenonderzoek zullen we ons derhalve richten op de cliënten die door een SPV zijn gezien. Per project zullen 30 cliënten worden geworven en zullen vragenlijsten en telefonische interviews worden afgenomen (in het kleinere project II worden 10 cliënten geworven, waardoor we op een totaal van N=100 komen). De vragenlijst bestaat uit een sociaal-demografische lijst, de SCL-90 (een lijst om klachten te meten), een vragenlijst cliëntwaardering en een vragenlijst over de zorgconsumptie van de cliënt. Een tweede bijstelling is dat zes maanden na het eerste telefonische interview een follow-up plaatsvindt. Een herhaalde meting stelt ons in staat eventuele

veranderingen in het zorggebruik van de cliënt over een periode van zes maanden in kaart te brengen alsmede een eventuele verandering in klachten tussen T1 en T2.

### 8.1.3 Opzet tussenrapportage

Zoals reeds aangegeven rapporteren we in dit hoofdstuk over gegevens uit de eerste onderzoeksfase. We brengen in dit hoofdstuk in kaart welke doelen de projecten nastreven en gaan na welke processen deze projecten op het niveau van de zorgpraktijk op dit moment doormaken. Dat betekent dat vooral onderdelen van de deelvragen A en C aan bod komen. Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In de tweede paragraaf beschrijven we de vier projecten. In paragraaf 3 presenteren we de uitkomsten van de eerste periodieke monitor. De vierde paragraaf bevat een analyse van de bevoegdheden van de SPV in de huisartspraktijk en de vijfde paragraaf gaat in op de vraag hoe kennis en kunde zich verplaatsen 'tussen de lijnen'. In de afsluitende paragraaf 6 vatten we de belangrijkste bevindingen uit de eerste onderzoeksfase kort samen.

## 8.2 Projectbeschrijvingen

### 8.2.1 Inleiding

In deze paragraaf beschrijven we de vier projecten. We beschrijven de omvang van de projecten, de doelen die ze gesteld hebben en de middelen die ze daartoe inzetten. Ook besteden we aandacht aan de manier waarop de projecten zijn geïmplementeerd en aan de projectstructuur en gaan we in op de ontwikkeling die de projecten reeds hebben doorgemaakt.

### 8.2.2 De omvang van de projecten

In onderstaande tabel (tabel 8.2) wordt de betrokkenheid van de consultatievragers en consultatiegevers bij de projecten in kwantitatieve zin weergegeven en vergeleken met het landelijke gemiddelde (bron: Zantinge et al, juli 2002).

Tabel 8.2: Schaalgrootte van de projecten ten opzichte van het landelijk gemiddelde

Projecten	I	II	III	IV	Landelijk gemiddelde
<b>Consultatievragers</b>					
Huisartsen	100	7	90	100	31
Maatschappelijk werk	3 instell. (30 mw)	1 instell.	5 instell. (20 mw)	2 instell.	8,6



Projecten	I	II	III	IV	Landelijk gemiddelde
Eerstelijns psychologen (als consultatievrager)	1	1	10	0	7
<b>Consultatiegevers</b>					
SPV	13	2	20	7	
SPV in fte	2.78 fte	0.4 fte	4.5 fte	1.6 fte	<b>0,78 fte</b>
Psychiater in fte	0.21 fte*	?	0.10 fte	?	<b>0,13 fte</b>
Psycholoog/therapeut	-	-	-	1	<b>0,17 fte</b>
Andere consultatiegevers	-	-	-	-	<b>0.12 fte</b>

\* vanaf de tweede helft van 2002 uitgebreid tot 0.63 fte. Daarnaast is een psychiater-in-opleiding voor 28 uur per week aan het project verbonden.

De projecten I, III en IV zijn in omvang vergelijkbaar. In vergelijking met het landelijk gemiddelde zijn zij als groot te typeren; project II is een klein project. Opvallend zijn het grote aantal psychiateren in project I en het relatief grote verschil in SPV-uren tussen de drie grote projecten.

#### *De financiering van de projecten*

De projecten I, III en IV worden gefinancierd uit de consultatiegelden die het ministerie van VWS uitkeert aan de regionale zorgkantoren. Project I ontvangt in 2002 aanvullende financiering van een zorgverzekeraar op basis van het aantal patiënten dat in de eerste lijn is gezien. Project II wordt gefinancierd uit de Diabologelden en project III ontvangt subsidies in het kader van de landelijke consultatieregeling en het Diaboloprogramma.

Financiering middels de consultatiegelden in 2002 in €:

Project I 193.000 (aangevuld met 178.000 uit andere bronnen)

Project II 88.494 (het project ontvangt voor een periode van 2,5 jaar € 221.235)

Project III 155.000 (aangevuld met 19.000) plus 135.252

Project IV 154.000 (aanvulling onbekend)

### **8.2.3 De beschrijving van de projecten**

#### **8.2.3.1 Project I (SGBO regio: case B)**

Het project is geïnitieerd door de regionale GGZ en in september 1999 gestart met een pilot in een middelgrote stad. Voor deze pilot gaf een SPV twee dagen per week consultatie en advies aan vijf huisartsen in een gezondheidscentrum. Na een klein jaar is de pilot uitgebreid naar andere huisartsengroepen (hagro's) en naar huisartspraktijken in de omgeving van de stad. Sindsdien is het project geleidelijk gegroeid. Aan het eind van 2002 is aan bijna alle huisartspraktijken in de regio een aanbod gedaan om gebruik te maken van de deskundigheid van een SPV in de huisartspraktijk. Men verwacht op korte

termijn nog enkele tientallen huisartsen bij het project te betrekken. In de loop van de tijd is het project uitgebreid, eerst zijn meer SPV-en ingezet, vervolgens is het algemeen maatschappelijk werk (AMW), anderhalf jaar na de start, als consultatievrager bij het project betrokken en in het najaar van 2002 zijn extra uren voor een psychiater als consultatiegever beschikbaar gekomen.

Op dit moment (eind 2002) is de vraag aan de orde hoe het project structureel in de GGZ-instelling kan worden ingebed. Daarbij gaat het onder meer om een goede inbedding van het project in het voordeurteam van de GGZ, zodat cliënten niet twee maal een indicatie-onderzoek hoeven ondergaan.

### *Doelen in project I*

Het projectplan formuleert vier doelen:

- de hulpverlener verwijst naar de juiste zorgaanbieder door een verbetering van de signalering van psychische problematiek en door een adequate globale diagnostiek;
- de drempel wordt verlaagd voor moeilijk bereikbare of weinig mobiele hulpvragers, omdat de consultatiefunctie in de praktijkruimte van de huisarts wordt uitgeoefend;
- de deskundigheid in de eerste lijn op het gebied van psychische problematiek wordt verhoogd;
- de inbedding van de tweedelijns GGZ functie in de eerste lijn wordt gefaciliteerd door de SPV.

De projectcoördinator (pc) geeft aan dat deze doelen conform de consultatieregeling tot stand zijn gekomen. Daarnaast heeft er een behoeftepeiling onder huisartsen plaatsgevonden. De pc geeft aan dat in de praktijk aan alle vier doelen wordt gewerkt, maar het centrale uitgangspunt is *de dienstverlening aan de huisarts*. Of het project haar doelen bereikt, zal dus ten dele afhangen van de mate waarin het project in staat is tegemoet te komen aan de dienstverlening die de huisarts vraagt. Het is overigens goed mogelijk dat de vraag van de huisarts overeenkomt met de gestelde projectdoelen. In hoeverre dat zo is, moet uit dit onderzoek blijken.

Een belangrijke doelgroep voor het project is volgens de pc de categorie patiënten voor wie de stap van de huisarts naar de tweede lijn groot is.

Het in de plannen geformuleerde procesdoel is om aan het einde van 2002 iedere huisarts in het verzorgingsgebied van de GGZ in de gelegenheid te stellen om van de consultatie gebruik te maken. Dat doel is volgens de pc zo goed als bereikt. Redenen voor huisartsen om (nog) niet mee te doen zijn volgens de pc ruimtegebrek (met name in solistische praktijken), het nog niet op gang komen van de interne voorbereiding binnen een hagro of het bestaan van negatieve verwachtingen over de uitkomsten (bijvoorbeeld de verwachting dat het project de huisarts geld gaat kosten).

### *Consultatiegevers en consultatievragers*

Consultatiegevers in het project zijn met name SPV-en. De SPV-en zijn voornamelijk afkomstig uit het GGZ-behandelteam voor volwassenen. Uitgangspunt is dat zij daarin ook werkzaam blijven. Zij moeten een beroep kunnen doen op een multidisciplinair team en op de specifieke deskundigheden uit hun instelling. Die multidisciplinaire werkwijze wordt beschouwd als een meerwaarde binnen de eerste lijn. Men wil ook voorkomen dat de SPV-en, die voor het project werkzaam zijn, een eiland worden in de eerste lijn en los komen te staan van de tweede lijn. De inzet van een SPV in de eerste lijn is gebaseerd op

een gemiddelde van 1 uur per week per normpraktijk. De reële inzet varieert sterk per huisartspraktijk.

Naast de SPV-en worden twee psychiaters als consultatiegevers ingezet. De eerste psychiater is anderhalf jaar na de start bij het project betrokken. Hij consulteert de SPV-en, is aanwezig bij de casuïstiekbespreking van de eerstelijns psychologenpraktijk en kan op verzoek cliënten zien. De uitbreiding met een tweede psychiater in het najaar van 2002 is een besluit van de sectorleiding. Projectleiding en psychiaters tasten nog af hoe deze uren kunnen worden ingevuld. Nu bestudeert de tweede psychiater de werkwijze van de SPV-en.

De consultatievragers in het project waren aanvankelijk alleen de huisartsen. De pc geeft aan dat samenwerking met de eerstelijns psychologen (ELP) vanaf het begin moeizaam is geweest. Momenteel maakt één eerstelijns psychologenpraktijk gebruik van de mogelijkheid een psychiater te betrekken bij de casuïstiekbespreking. De bereidheid die er op beleidsniveau (ROEP) is om samen te werken, heeft zich niet geconcretiseerd in meerdere activiteiten.

Het maatschappelijk werk is anderhalf jaar na de start van het project benaderd. Drie grote instellingen participeren in het project.

#### *Interventies door de consultatiegevers*

De SPV-en kunnen volgens het projectplan drie soorten interventies verrichten in de huisartspraktijk:

- het geven van consultatie en advies aan de huisarts
- het organiseren van een maandelijks casuïstiekbespreking met huisartsen
- het bieden van een korte lijn naar de gespecialiseerde GGZ

De SPV-en kunnen in principe geen behandelingen verrichten in de eerste lijn. Het accent ligt op consultatie en advies.

De *SPV-en* treden als vaste contactpersoon op voor de teams van maatschappelijk werkinstellingen en in die hoedanigheid zijn zij aanwezig tijdens de casuïstiekbespreking van de teams. Ook zien zij op verzoek van een maatschappelijk werker cliënten.

Datzelfde kunnen de SPV-en ook doen ten behoeve van de eerstelijns psychologen. De pc vermoedt dat vanuit de ELP-praktijken vooral behoefte is aan consultatie door een psychiater.

De *psychiater* geeft advies aan de SPV-en, ziet op verzoek van de SPV een cliënt en is aanwezig bij het inhoudelijk overleg. De psychiater kan ook inbreng hebben in de casuïstiekbespreking van ELP en cliënten uit deze praktijk zien.

In het kader van het project worden ook *bijscholingen voor huisartsen* georganiseerd door de GGZ.

#### *Startfase van het project*

Het project is werkenderwijs vormgegeven. Voorafgaand aan de implementatie heeft men zich georiënteerd op een ander consultatieproject. Ook is in de loop van 2001 door uitvoerenden en leidinggevenden een project in Canada bezocht (bekend onder de naam Hamilton-project).

Huisartsen zijn geworven door alle voorzitters van hagro's in de regio telefonisch te benaderen en te informeren over het project. Daarna werden de hagro's die belangstelling toonden bezocht door een uitvoerende SPV en de projectleider.

Er is een protocol waarin de werkafspraken tussen huisarts en SPV zijn vastgelegd. Die afspraken betreffen de werkruimte en het spreekuur; afspraken over de patiënten die de huisarts kan verwijzen; afspraken over de verantwoordelijkheid over de patiënten en de verantwoordelijkheid van de SPV, afspraken over registratie en afspraken over een tussentijdse evaluatie. De contacten met het AMW zijn op dezelfde manier gelegd.

#### *De projectstructuur*

Bij aanvang van het project is een stuurgroep opgericht. Hierin waren de voorzitter van de DHV, een deelnemende huisarts, de projectleider en projectcoördinator vanuit de GGZ-instelling en een onderzoeker vertegenwoordigd. De stuurgroep is in 2002 uitgebreid met een vertegenwoordiger van het regionale zorgkantoor en vertegenwoordigers van de vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten, AMW en ROEP alsmede een instelling voor de verslavingszorg. De stuurgroep houdt zich bezig met de bestuurlijke en beleidsmatige coördinatie van meerdere projecten die op regionaal niveau worden uitgevoerd en komt tweemaal per jaar bijeen.

De uitvoering van het project is in handen van de projectleider en projectcoördinator. Zij overleggen tweewekelijks. De pc is in de uitvoering de spin in het web en is doorgeefluik tussen uitvoerenden en projectleiding.

De SPV-en en de psychiater overleggen onder leiding van de pc elke twee weken, beurtelings over inhoudelijke en beleidsmatige kwesties. Dat overleg loopt volgens de pc nog niet goed vanwege tijdgebrek. De uren die nodig zijn voor overleg zijn niet verdisconteerd in het aantal uren dat de SPV-en voor het consultatieproject werken.

#### **8.2.3.2 *Project II (SGBO regio: case E)***

Het project is geïnitieerd door de huisartsen die werkzaam zijn in een achterstandswijk in een grote stad. De voorbereidingen zijn begonnen in juni 2001. In maart 2002 is het project van start gegaan met de GGZ als werkgever van de pl, pc en SPV-en. In de regio is op een eerder tijdstip een consultatieproject gestart op initiatief van een GGZ-instelling. Dit consultatieproject sloot niet aan op de wensen van de huisartsen, omdat de consultatie niet in de huisartspraktijk zelf plaats kon vinden. Daarom is naast het consultatieproject dit project opgezet en is de mogelijkheid van consultatie in de huisartspraktijk nu wel gecreëerd.

Het AMW is als samenwerkingspartner bij het project betrokken. Dat gold aanvankelijk niet voor de eerstelijns psycholoog die in een van de huisartspraktijken is gevestigd. Hiermee zijn inmiddels wel contacten gelegd. Belangrijke ontwikkelingen sinds maart 2002 zijn de indiensttreding van een pc (gedetacheerd door een organisatiebureau op het terrein van huisartsenzorg) en de invoering van een nieuw registratiesysteem voor de verwijzing, consultatie en behandeling van patiënten in het kader van het project consultatie in november 2002.

#### *Doelen in project II*

Het beoogde resultaat is dat door het project patiënten en hulpverleners in de wijk met vragen op het terrein van kortdurende GGZ-interventies tot hun tevredenheid en op een snelle en adequate wijze worden geholpen. Gevraagd naar huidige prioriteiten geeft de pc aan dat het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en AMW een belangrijk aandachtspunt is. De laatste instelling is volgens huisartsen al lang niet meer

“benaderbaar”. In het project staat de huisarts centraal (pc). Deze moet zich weer meer op de somatische zorg kunnen richten wanneer de dominant in de praktijk aanwezige psychosociale problematiek afneemt.

In het projectplan is het eindresultaat vertaald naar ‘meetbare’ doelen:

- een adequate behandeling of doorverwijzing van meer hulpvragers, met name van die van allochtonen en/of asielzoekers;
- het op het juiste niveau brengen van de wachttijden en wachtlijsten (volgens normen zoals door de organisaties gesteld);
- een meetbare verbetering in de tevredenheid van patiënten/cliënten, zowel wat betreft de duur van wachttijden als de effecten van de behandeling;
- een meetbare verbetering in de tevredenheid van de hulpverleners over de wijze van samenwerking op het terrein van GGZ-hulpvragen;
- inzicht in de verhouding tussen de omvang van de hulpvraag en de capaciteit. Ook is er inzicht in de betekenis daarvan voor de daarbij behorende kostenstructuur.

M.b.t het 2<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> doel is op voorhand niet duidelijk hoe het project kan bijdragen aan de verwezenlijking ervan. Gaandeweg dit onderzoek willen we hierover meer duidelijkheid krijgen. Het project streeft geen uitbreiding na. Het richt zich in principe op alle patiënten die zijn ingeschreven bij de zeven huisartsen. Psychosociale problemen worden vooral gesignaleerd onder oudere, werkloze allochtone mannen en jonge allochtone meisjes.

#### *Consultatiegevers en consultatievragers*

Consultatiegevers zijn de twee SPV-en, die het werk in de eerste lijn combineren met werk in de tweede lijn. Zij zijn afkomstig van de behandelingsteams voor volwassenen en ouderen en werken elk acht uur per week voor het project. Een van de hen werkt acht uur in de huisartspraktijk voor drie huisartsen. De ander werkt een ochtend per week in de andere huisartspraktijk voor vier huisartsen. De totale inzet van de SPV-en is zo’n twee uur per week per normpraktijk.

Aan het project is een psychiater verbonden als consultatiegever op afroep. Voor de SPV-en en de pc is de rol van de psychiater niet helder. Mede door zijn moeilijke bereikbaarheid hebben de SPV-en vaker contact met de psychiater van de afdelingen waar zij in de tweede lijn werkzaam zijn.

De consultatievragers zijn de 7 huisartsen. De pc heeft contacten gelegd met het AMW en de SPV-en hebben contacten gelegd met de eerstelijns psycholoog, die echter niet aan het project deelneemt.

#### *Interventies door de consultatiegever*

De SPV-en geven consultatie en kunnen patiënten kortdurend behandelen. Het geven van een kortdurende behandeling is volgens het projectplan aan een aantal voorwaarden gebonden: het moet om volwassen patiënten gaan, er moet een vermoeden bestaan van de werkzaamheid van een dergelijke behandeling en er mogen niet meer dan vijf gesprekken plaatsvinden. Ook kunnen de SPV-en aan de huisartsen advies geven over een doorverwijzing binnen de eerste of naar de tweede lijn. Zij kunnen helpen een verwijzing naar de tweede lijn te verzorgen om een herhaling van de intake te vermijden. Tenslotte bewaken zij de terugrapportage naar de eerste lijn over patiënten die in de tweede lijn worden behandeld.

### *Startfase van het project*

Het project is 'van onderop' geïmplementeerd. Dat wil zeggen dat de vraag van de hulpverlener, in dit geval de huisarts, het startpunt is geweest in de vormgeving. Het is opmerkelijk dat de eerstelijns psycholoog, gevestigd in de huisartspraktijk, aanvankelijk niet bij het project is betrokken.

Tussen de SPV-en en de huisartsen zijn werkafspraken gemaakt met betrekking tot de procedure van doorverwijzing. Die werkafspraken zijn in het projectplan vastgelegd. De pc werkt aan een functie-omschrijving voor de SPV-en, onder meer om duidelijkheid te scheppen over de patiëntendoelgroep die de SPV-en kunnen zien.

### *Projectstructuur*

Er is een stuurgroep ingesteld die als taak heeft de voortgang te bewaken. Leden van de stuurgroep zijn de projectleider, een vertegenwoordiger van de huisartsen, het maatschappelijk werk, de ambulante GGZ en een psychiatrisch ziekenhuis. Adviserende leden zijn vertegenwoordigers van de gebruikers (basisberaad GGZ), het zorgkantoor en de deelgemeente. De projectcoördinator is bijzonder lid.

Een belangrijke rol is weggelegd voor de pc, die de contacten onderhoudt met de deelnemers over de voortgang en multidisciplinair overleg stimuleert. De SPV-en nemen eens in de zes weken deel aan een consultatie-overleg met andere GGZ-hulpverleners die in de eerste lijn werkzaam zijn. Volgens de SPV-en ligt in dat overleg de nadruk nog sterk op de organisatie van de projecten en minder op de inhoud. Daarnaast is er een projectoverleg met pc, huisartsen en SPV-en.

#### **8.2.3.3 *Project III (SGBO regio: case C)***

De voorbereidingen voor dit project zijn in 1999 begonnen, de uitvoering is in 2001 gestart. Het initiatief voor het project lag bij twee GGZ-instellingen. In 2001 werd de samenwerking tussen de twee uitvoerende instellingen stopgezet als gevolg van een afgeblazen fusie, maar ook door verschil van mening over de aansturing van het consultatieproject. Vlak voor deze breuk was een pilot van start gegaan waarbij SPV-en een aantal huisartspraktijken consulteerden. Na de beëindiging van de samenwerking is het project een speerpunt geworden binnen één van de instellingen waar het project vervolgens in zeer korte tijd een forse groei heeft doorgemaakt. Ten eerste is er een aanbod gedaan aan alle huisartspraktijken in het werkgebied om gebruik te maken van de consultatie. Ten tweede is het project verbreed naar de andere eerstelijns hulpverleners: de instellingen voor het AMW en de ELP. In 2002 is met behulp van de Diabologelden een parallel project van start gegaan ter bevordering van de netwerkontwikkeling met het AMW en de ELP.

Aan het begin van 2002 hebben zo'n 20 GGZ-consulenten bijscholing ontvangen om consultatie te kunnen geven aan eerstelijns hulpverleners. Op dit moment zijn twee vragen aan de orde: hoe moet het project in de organisatie van de gespecialiseerde GGZ worden ingebed en kan het huidige aanbod inhoudelijk en naar nieuwe groepen worden uitgebreid?

### *Doelen in project III*

De projectleider maakt een onderscheid tussen het strategische doel en de operationele doelen. Het strategisch doel is de vermaatschappelijking van de GGZ. Vanuit dat kader acht men een grotere 'zichtbaarheid' en 'relevantie' van de GGZ-hulp noodzakelijk en deze is te verwezenlijken in de eerste lijn. Volgens de pl gaat het om een *hersteloperatie* ten aanzien van het verloren gegane contact tussen de gespecialiseerde GGZ en de eerste lijn.

Aan het project liggen vier operationele doelen ten grondslag:

- de patiënt van de eerstelijns hulpverlener komt (sneller) op de juiste plek terecht;
- door persoonlijk contact van eerstelijns hulpverlener en GGZ-hulpverlener wordt de drempel verlaagd, dit leidt tot een betere samenwerking;
- de eerstelijns hulpverlener voelt zich ondersteund in het omgaan met (cliënten met) GGZ-problematiek;
- de eerstelijns hulpverlener voelt zich deskundiger op het gebied van GGZ-problematiek bij signalering, behandeling en verwijzing.

Deze doelen komen voort uit een behoeftenpeiling onder een aantal huisartsen in de regio. De doelen zijn later uitgebreid naar andere eerstelijns hulpverleners. Momenteel vindt een evaluatie plaats en is het volgens de pl denkbaar dat de doelen worden bijgesteld.

### *Consultatiegevers en consultatievragers*

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen GGZ-consulenten die 'generalist' zijn en zich in de eerste lijn begeven en de consulenten die als 'specialist' in de tweede lijn blijven. De 'generalisten', SPV-en en B-verpleegkundigen, worden vanuit het behandelteam voor volwassenen aangesteld om in de eerste lijn als GGZ-consulent advies en consultatie te geven. Vanuit de andere teams - jeugd, ouderen en preventie – leveren SPV-en op verzoek specialistische kennis en kunnen de consulent die hun hulp ingeroepen heeft in de eerste lijn vervangen. Door de organisatiebrede inbedding beoogt men adequate zorg te kunnen bieden. De redenen voor deze taakverdeling waren volgens de pl dat de aanstelling vanuit één team eenvoudig te organiseren is; dat de meeste vragen over volwassen patiënten gaan en dat een mogelijke barrière tussen consultatie in de eerste lijn en instroom in de tweede lijn kon worden verkleind. De pl ziet nu ook een nadeel: de GGZ-consulent kan niet de gehele GGZ vertegenwoordigen, maar is afkomstig uit een afdeling met een specifieke werkwijze en terminologie. In de praktijk ervaart de pl dat als een beperking.

Voor de inzet van een SPV wordt een dagdeel per week per middelgrote huisartspraktijk (2700 patiënten) als uitgangspunt genomen. Voor deze berekening is men uitgegaan van de ervaringen in een ander project. Met de huisart wordt een aantal uren overeengekomen en dat aantal wordt met 1,5 vermenigvuldigd om tijd vrij te maken voor intern overleg binnen de tweede lijn. GGZ-consulenten kunnen voor maximaal de helft van hun aanstelling werkzaam zijn in de eerste lijn.

De *psychiater* volgt de casuïstiek in het teamoverleg van SPV-en en kan op eigen initiatief indiceren voor een psychiatrisch of medicatieconsult. Wanneer de SPV als consultatievrager optreedt binnen de tweede lijn, gaat de vraag eveneens naar de arts/psychiater van het behandelteam.

Consultatievragers zijn huisartsen en sinds 2001 ook het AMW en de ELP. Men denkt na over uitbreiding naar andere hulpverleners in de eerste lijn.

#### *Interventies door de consultatiegevers*

De interventies vanuit de tweede lijn worden aangeboden in de vorm van een “consultatiemenu”, waarmee men het dienstverlenende karakter van de interventies in de eerste lijn wil onderstrepen. De consulent kan:

- consult en consultatie geven: een patiënt zien tijdens een vast spreekuur of met een - hulpverlener over een patiënt spreken zonder deze te zien;
- een kort adviserend of indicierend contact hebben;
- een indicatiestellingsonderzoek uitvoeren;
- de cliënt vertegenwoordigen;
- een vraagbaak zijn voor de huisarts in de verwijzingsfase;
- vangnet zijn voor klachten en vragen binnen de eerstelijns GGZ;
- deelnemen aan (hometeam) overleg;
- nascholing organiseren.

Het kort adviserend contact houdt in dat de consulent de patiënt maximaal drie maal kan zien voor indicatie of advies. Dat is een vorm van dienstverlening, waarmee de projectleiding gedeeltelijk tegemoet heeft willen komen aan de vraag van huisartsen naar kortdurende behandeling. Dit indicierend contact wordt beschouwd als een ‘tussenstap’ tussen consultatie en kortdurende behandeling. Over de vraag of kortdurende behandeling moet worden aangeboden aan de eerste lijn is discussie gaande. Naast praktische bezwaren is ook de vraag of het past binnen de doelstelling van het project.

In het indicatiestellingsonderzoek functioneert de SPV als voordeurmedewerker voor de afdeling van de GGZ instelling waar de cliënt naar verwezen wordt.

Andere onderdelen op het consultatiemenu zijn de verwijzing naar preventieve activiteiten en psycho-educatie.

De specialistische SPV-en adviseren en consulteren de generalistische SPV-en in de eerste lijn. Zij kunnen ook taken overnemen van de GGZ-consulenten in de eerste lijn en hebben dezelfde bevoegdheden en rechten. Volgens de pl nemen ze slechts een klein deel van het consultatieve werk op zich.

#### *Startfase van het project*

Het project is aanvankelijk stapsgewijs opgebouwd in zes huisartspraktijken. De pl vindt dat het consultatieproject op natuurlijke wijze moet groeien. Na de beëindiging van de samenwerking met een andere instelling is het project echter in een stroomversnelling terechtgekomen: in een paar maanden tijd zijn ‘grote stappen gemaakt naar voren en in de breedte’, dat wil zeggen dat alle huisartspraktijken in de regio een consultatiemenu aangeboden hebben gekregen en ook andere hulpverleners in de eerste lijn met het menu zijn benaderd. Men heeft zich bij aanvang georiënteerd op een ander consultatieproject in Nederland. Intern is men voortdurend bezig de organisatie ‘onder druk’ te zetten. Volgens de pl vraagt consultatie in de eerste lijn om een andere, niet-bureaucratische aanpak en waakt men ervoor om niet met een gestandaardiseerd aanbod te antwoorden op vragen om scholing of advies vanuit de eerste lijn. Het motto is: ‘bij consultatie moet het anders’.



In 2001 zijn alle huisartsen in de regio schriftelijk geïnformeerd over de mogelijkheid om gebruik te maken van het consultatiemenu. Vervolgens hebben projectgroepleden telefonisch contact gezocht en afspraken gemaakt over de invulling van het aanbod. De SPV-en die in de eerste lijn gaan werken ontvangen een korte bijscholing. De ‘generalisten’ worden bijgeschoold op het terrein van de jeugd-en ouderenzorg en de preventie. De SPV stelt een consultatie-overeenkomst op met de huisarts of de huisartsengroep waar zij/hij werkzaam zal zijn. In deze overeenkomst wordt het maximaal te investeren aantal uren vastgelegd per week of maand. In de overeenkomst zijn ook de verantwoordelijkheden en taken van de partijen geëxpliciteerd. Onder meer is opgenomen dat door tussenkomst van de consulent een eventuele wachtlijst niet wordt omzeild en dat de consulent geen rol hoeft te vervullen in de reeds goede betrekkingen van de huisartsen met de GGZ.

#### *Projectstructuur*

Het project wordt centraal aangestuurd. Het bevoegd gezag voor het consultatieproject ligt bij het management team van de instelling. Daaronder zetelt een stuurgroep die bestaat uit de projectleider en twee afdelingshoofden van de behandelteams voor volwassenen en ouderen. Deze hoofden hebben zitting in het managementteam. De coördinatie van de uitvoering van het project is in handen van een projectgroep. Hierin zijn alle afdelingen van de GGZ-instelling vertegenwoordigd alsmede de projectleider. Tenslotte is er een consulentenoverleg: de GGZ-consulenten, een psychiater, twee medewerkers van een andere GGZ-instelling en een SPV van de afdeling ouderen zijn in twee consulententeams ondergebracht, die elk tweewekelijks bijeen komen voor teamoverleg. Naast dit overleg hebben de GGZ-consulenten de mogelijkheid om tweewekelijks in zelf geformeerde groepen cases te bespreken.

Er is een klankbordgroep waaraan eerst zes huisartsen deelnamen met als taak het project kritisch te volgen. Later is de klankbordgroep uitgebreid met het maatschappelijk werk en is het voornemen om iemand van de Cliëntenraad uit te nodigen om te adviseren over het beleid en de aanpak.

#### *8.2.3.4 Project IV (SGBO regio: case E)*

Het project is in januari 2000 als pilot geïnitieerd door een GGZ-instelling en vormde een uitbreiding van een reeds gestart consultatieproject. De projecten zijn vervolgens in verschillende windrichtingen uitgebreid. In september 2000 kon voor het onderhavige project een SPV voor een aantal uren per week worden ingezet ter ondersteuning van zeven huisartsen.

In de tweede helft van 2001 werd voor beide projecten één stuurgroep geformeerd om ‘inzicht en eenduidigheid’ te scheppen in de aansturing en ontwikkeling van consultatieprojecten. In de projecten werkten in de stuurgroep en op uitvoeringsniveau drie instellingen samen.

Een afgeblazen fusie met één van de betrokken instellingen en de veranderde ‘marktomstandigheden’ die daarvan het gevolg waren, omdat de instellingen elkaars concurrenten werden, leidde ertoe dat in januari 2002 de bestaande projectgroep werd opgeheven en een nieuwe interne projectgroep van start ging. Op dat moment is de Raad van Bestuur zich actiever met het project gaan bezighouden. Het project is uitgebreid met een grotere inzet van consultatiegevers (SPV-en) en een intensievere benadering van

huisartsen. Op dit moment is de vraag hoe men de geplande uitbreiding van het project kan realiseren en huisartsen kan motiveren aan het project deel te nemen.

#### *Doelen in project IV*

**Volgens het projectplan staat het project in het teken van een extra dienstverlening aan de eerste lijn buiten het reguliere circuit om. Er worden vijf doelen geformuleerd:**

- verbetering en intensivering van de ondersteuning van de eerstelijns in de behandeling van patiënten;
- taakverlichting van en serviceverlening aan de eerste lijn;
- het voorkomen van onnodige verwijzingen en daarmee verminderen van wachtlijsten/verkorten van wachttijden aan de voordeur;
- snelle en gerichte doorverwijzing/intake;
- vroegtijdige signalering GGZ-problematiek.

Het uitgangspunt in het project is dat er bij de huisarts, die als 'poortwachter' de belangrijkste leverancier is van klanten voor de GGZ-instelling, een 'goed product' op de plank komt. Dit uitgangspunt komt deels voort uit de concurrentie met andere GGZ-instellingen. Het mes van het consultatieproject snijdt hier aan twee kanten: versterking van de eerstelijns GGZ én een sterkere profilering van de eigen instelling in de eerste lijn om zo de instroom van cliënten in de eigen instelling te garanderen.

Het procesdoel is uitbreiding van het 'product' naar alle hagro's in het werkgebied van de instelling. Het streven is om in april 2003 alle 325 huisartsen met een aanbod te hebben benaderd. Daarnaast wil men een grotere betrokkenheid van het AMW bij het project. De pl geeft aan dat het problematisch is om in de rurale gebieden huisartsen te bewegen deel te nemen aan het project. Naast ruimtegebrek wijst de pl op een solistische instelling van de huisartsen. Ook blijken hagro's soms intern niet goed georganiseerd en tonen huisartsen zich soms niet geïnteresseerd.

#### *Consultatiegevers en consultatievragers*

Als consultatiegevers treden SPV-en op en een aantal maatschappelijk werkers met ervaring in de psychiatrie en psychotherapie. De instelling kent sinds een aantal jaren regionale teams; de SPV-en die in de eerste lijn gingen werken waren aanvankelijk aan deze teams verbonden. Op last van de RvB is sinds kort een apart eerstelijns team geformeerd dat de regionale teams overstijgt. De GGZ-consulenten vertegenwoordigen alle instellingsonderdelen. Om de capaciteitsproblemen op te lossen (tekort aan ervaren SPV-en binnen de eigen organisatie) is men onlangs een wervingscampagne begonnen. Het project richt zich vooral op de huisartsen als consultatievragers. Er zijn contacten gelegd met de ELP, maar een aanbod is niet nader uitgewerkt. De eerstelijns psychologen hebben vooral behoefte aan ondersteuning door een psychiater en die is niet inzetbaar. Aan het AMW is aangeboden om samen te werken in het kader van het project. Eén instelling heeft aangegeven daar geen behoefte aan te hebben. Een andere instelling maakt er beperkt gebruik van [interview met AMW moet nog plaatsvinden].

### *Interventies door de consultatiegevers*

De SPV-en kunnen drie interventies verrichten:

- het geven van consult, consultatie en advies;
- het geven van een kortdurende behandeling;
- het doorverwijzen van een patiënt.

Aanvankelijk was een kortdurende behandeling niet in het aanbod opgenomen. Volgens de pc is men 'er naartoe gegroeid'.

### *Startfase van het project*

Het project heeft drie jaar op teamniveau gefunctioneerd en is als zodanig geleidelijk gegroeid. Vergelijkbaar met project III heeft het project na een externe gebeurtenis (mislukte fusie/breuk met een andere instelling) een versnelde groei doorgemaakt. Die groei werd 'van bovenaf' aangestuurd, omdat belangrijke prioriteit werd toegekend aan het project.

De werving van huisartsen gebeurt door hagro's schriftelijk te informeren over het project en vervolgens een introductiebijeenkomst te organiseren. Met de huisartspraktijk die deel wil nemen aan het project legt de SPV het contact. Er worden in een gesprek werkafspraken gemaakt over welke patiënten worden gezien, over de bereikbaarheid van consultatiegever en -vrager, over het eerste contact met de cliënt, over de terugrapportage aan de huisarts en over de locatie van de gesprekken. Een protocol is er niet.

### *Projectstructuur*

In de huidige structuur vindt aansturing plaats door de projectleider, projectcoördinator en een projecteigenaar. Zij vormen de interne projectgroep en leggen direct verantwoording af aan de Raad van Bestuur. Er is na het uiteenvallen van de oude stuurgroep geen nieuwe stuurgroep opgericht.

De SPV-en hebben elke drie maanden een inhoudelijk overleg met de pc en pl.

## **8.2.4 Beschouwing**

In deze beschouwing geven we een aanzet tot een vergelijking van de vier projecten en koppelen deze aanzet terug naar de centrale vragen in dit onderzoek.

Met betrekking tot de doelen die de projecten nastreven, merken we op dat in de vier projecten *doelen* op meerdere niveau's worden geformuleerd. Er zijn procesdoelen, operationele doelen en gewenste eindresultaten. De procesdoelen zijn met name gericht op een kwantitatieve uitbreiding van de projecten. Verder formuleren de projecten in het totaal acht operationele doelen, waarvan er één door alle projecten wordt gedeeld: een snelle en adequate doorverwijzing van patiënten/cliënten. De operationele doelen richten zich, conform de consultatieregeling, voornamelijk op de organisatie van de hulpverlening en dus vooral op de hulpverleners. De kwaliteit van de zorg voor de patiënt speelt meer impliciet een rol in de projecten. Vaker wordt verondersteld dat een cliënt/patiënt baat heeft bij de nagestreefde doelen zonder dat daarvoor indicatoren worden gegeven. Vermaatschappelijking van de GGZ is in drie projecten het gewenste eindresultaat, terwijl het streven in project II gericht is op een snelle en adequate hulpverlening. In het vervolg van het onderzoek zullen we meer zicht moeten krijgen op

de wijze waarop met name het streven naar ‘vermaatschappelijking’ binnen de afzonderlijke projecten concreet gestalte krijgt.

Met betrekking tot de keuze voor consultatiegevers en consultatievragers is een belangrijke overeenkomst tussen de vier projecten dat men zich vooral richt op het koppel SPV-huisarts. Wat betreft de keuze voor interventies verschillen de projecten onderling ten aanzien van de vraag of de SPV kortdurend mag behandelen in de eerste lijn. Ook binnen de projecten verschilt men hierover van mening. Verder vormt de inzet van psychiater-uren in project I een uitzondering op de andere projecten. Project I heeft daardoor in principe ook de mogelijkheid om een gericht aanbod aan de ELP te doen. Niettemin lijkt in alle vier projecten de versterking van de eerstelijns GGZ vooral gericht te zijn op de huisartsen. De eerstelijns psychologen worden sporadisch bij de consultatieprojecten betrokken. Het AMW wordt wel bij de projecten betrokken, maar de beoogde projectdoelen worden, althans op papier, niet specifiek ten aanzien van het AMW uitgewerkt.

In twee projecten valt op dat een sturende rol van de Raad van Bestuur van de GGZ-instellingen van grote betekenis is geweest voor de uitbreiding van de projecten. Personele en organisatorische factoren binnen de eigen instelling (tekort aan SPV-en en inbedding in de organisatie) kunnen belemmerend werken op de de voortgang binnen de projecten.

Andere verschillen en overeenkomsten tussen de projecten zijn in het onderstaande schema (tabel 8.3) weergegeven.

Tabel 8.3: Verschillen en overeenkomsten tussen de vier projecten

	Project I	Project II	Project III	Project IV
<b>Ontwikkeling in omvang</b>	Geleidelijke groei	Geen groei	Van stapsgewijs naar zeer sterke groei	Van langzame naar versnelde groei
<b>Huidige knelpunten</b>	Organisatorische inbedding in GGZ-instelling	Samenwerking binnen de 1 <sup>e</sup> lijn	Organisatorische en inhoudelijke inbedding in GGZ-instelling	Capaciteitsprobleem; bereiken van huisartsen
<b>Implementatie-strategie</b>	Gecombineerd bottom up/top down	Bottom up	Top down vanuit GGZ	Top down vanuit GGZ
<b>Overleg door consultatiegevers</b>	2 x per maand	Niet duidelijk	2 x per maand + casuïstiek in kleine groep	4 x per jaar
<b>Eindresultaat</b>	Vermaatschappelijking	Snelle en adequate hulpverlening	Vermaatschappelijking	Verbetering concurrentiepositie/vermaatschappelijking

## 8.3 Klachten, consultaties en verwijzingen in drie projecten

### 8.3.1 Inleiding

In deze paragraaf vergelijken we drie projecten met elkaar op grond van de registratiegegevens die door het Steunpunt Tussen de Lijnen worden verzameld. Zoals in de eerste paragraaf reeds is aangegeven, konden de gegevens uit project II als gevolg van de invoering van een nieuw registratieformulier niet tijdig worden aangeleverd. De vraag in deze paragraaf is welke overeenkomsten en verschillen zich tussen de drie projecten aftekenen. Voor de eerste meting hebben we de registratieformulieren geselecteerd die de hulpverleners hebben ingevuld in de periode augustus-september 2002. Op basis van deze gegevens brengen we in deze paragraaf globaal de kenmerken van de patiënten in kaart, de klachtgegevens waarover consultatie wordt gevraagd, de redenen om consultatie te vragen en het advies van de consultgevers.

Teneinde meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling die de projecten doormaken hebben we deze gegevens vergeleken met de gegevens uit de eerste twee maanden dat het project registreerde. Op een aantal punten is het verschil in registratie tussen de twee meetmomenten met een Chi-kwadraattoets op significantie bekeken.

Wat betreft de interpretatie van de uitkomsten moet de nodige voorzichtigheid worden betracht. De projecten bevonden zich op het moment dat ze begonnen te registreren in een startfase; bovendien is de periode tussen T1 en T2 voor de drie projecten niet gelijk. Daarnaast hebben de gegevens die we hier gebruiken uitsluitend betrekking hebben op die patiënten waarover consultatie is gevraagd. We beschikken niet over gegevens van patiënten die wel met psychosociale, psychische of psychiatrische klachten bij de huisarts zijn geweest, maar waarover de huisarts geen consultatie heeft gevraagd.

### 8.3.2 Respons

Tabel 8.4 geeft per project weer in welke maanden de registratieformulieren zijn ingevuld. Ook staat het aantal ingevulde formulieren per meetmoment weergegeven. De periode tussen de meetmomenten verschilt per project. Tussen T1 en T2 van project I ligt een periode van 2,5 jaar. Voor project III is dit 1,5 jaar en voor project IV ongeveer 2 jaar. De tabel laat zien dat project IV in de periode 2000-2002 niet of nauwelijks is gegroeid.

Tabel 8.4 Respons per project en meetmoment

	Project I		Project III		Project IV	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Jaar	2000	2002	2001	2002	2000	2002
Maanden	Jan + Feb	Aug + Sep	Mrt + Apr	Aug + Sep	Sep + Okt	Aug + Sep
N	40	121	42	198	26	28

### 8.3.3 Consultatievragers en consultatiegevers

Tabel 8.5 laat zien dat in *project I* de *consultatievragers* in de eerste twee maanden dat het project registreerde in alle gevallen de huisartsen waren. Uit tabel 3.3 blijkt dat de *consultatiegevers* in alle gevallen de SPV-en waren. Na bijna twee jaar is hierin een lichte verandering opgetreden. Dit geldt met name voor de consultatievragers. Nog steeds is de huisarts de belangrijkste consultatievrager (88,4%), maar hiernaast heeft in 11,6% van de gevallen een maatschappelijk werker om consultatie gevraagd. De SPV-en treden nog steeds vooral als consultatiegevers op (96,7%). Het relatief hoge aantal psychiateren dat in project I wordt ingezet, is niet zichtbaar in de registratiegegevens.

De consultatiegevers in project I zagen aanvankelijk alleen patiënten zonder aanwezigheid van de consultatievrager. Op T2 neemt het percentage contacten dat de SPV-en hebben met consultatievrager én patiënt significant toe, van 0 naar 6,1% van de gevallen ( $p=0.01$ ).

In *project III* is de belangrijkste *consultatievrager* de huisarts. Dit geldt voor beide meetmomenten (T1: 97,6%; T2: 90,9%), hoewel op T2 in 4,5% van de gevallen ook maatschappelijk werkers als consultatievragers op het toneel verschijnen. De *consultatiegever* was bij aanvang van de registratie meestal een SPV (83,3%), aangevuld door een psychiater, een B-verpleegkundige of een hulpverlener uit een andere discipline. Anderhalf jaar later is het aandeel van de SPV in de consultatie gestegen naar 95,5%. In 9,1% van de gevallen werd een pedagoog geconsulteerd en ook voor de B-verpleegkundige was een kleine rol weggelegd (2%).

De consultatiegevers van project III zagen bij aanvang van de registratie vooral patiënten zonder de aanwezigheid van een consultatievrager. In de loop der tijd is dit in geringe, maar significante mate ( $p<0,05$ ) verminderd. Consultatiegevers zien vaker de patiënt gezamenlijk met de consultatievrager of zien alleen de consultatievrager.

In *project IV* was de *consultatievrager* op beide meetmomenten in alle gevallen de huisarts (100%). De *consultatiegever* was bij aanvang van de registratie in vrijwel alle gevallen een SPV (96%) en in een enkel geval een psychiater (3,8 %). Twee jaar later was nog steeds de SPV de voornaamste consultatiegever (89,3%) en werd deze bijgestaan door een psycholoog (7,1%) en een pedagoog (3,6%).

Bij aanvang van de registratie zag de consultatiegever in 62% van de gevallen de patiënt zonder de consultatievrager en had opvallend vaak (27%) telefonisch contact. Twee jaar later vindt geen consultatie meer plaats via de telefoon.

Al met al komen de drie projecten overeen voor wat betreft de beroepsgroep die als consultatiegevers worden ingezet, en vertonen kleine verschillen met betrekking tot de consultatievragers. De registratiegegevens geven te zien dat project IV zich op het tweede meetmoment nog steeds volledig op de huisartsen richt, terwijl binnen de projecten I en III op T 2 ook andere consultatievragers op het toneel verschijnen. De verdeling van type consultatiegevers binnen elk project is weergegeven in tabel 8.6.

Tabel 8.5: Verdeling van type consultatievragers binnen de projecten

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=40)		T2 (n=121)		T1 (n=41, 1 missing)		T2 (n=198)		T1 (n=26)		T2 (n=28)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Huisarts	40	100	107	88,4	41	97,6	180	90,9	26	100	28	100
Algemeen maatschappelijk werk	-	-	14	11,6	-	-	9	4,5	-	-	-	-
Eerstelijns psycholoog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Overig	-	-	2	1,7	-	-	1	0,5	-	-	-	-

Tabel 8.6 : Verdeling van type consultatiegevers binnen de projecten<sup>12</sup>

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=40)		T2 (n=121)		T1 (n=42)		T2 (n=198)		T1 (n=26)		T2 (n=28)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psychiater	-	-	-	-	2	4,8	-	-	1	3,8	-	-
Geriatr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jeugdpsychiater	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arts(-assistent)	-	-	2	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Psycholoog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7,1
Pedagoog	-	-	3	2,5	-	-	18	9,1	-	-	1	3,6
SPV	40	100	117	96,7	35	83,3	189	95,5	25	96,2	25	89,3
B-verpleegkundige	-	-	-	-	1	2,4	4	2,0	-	-	-	-
Overig	-	-	2	1,7	6	14,3	-	-	-	-	-	-

<sup>12</sup> Voor T2 van project I en T1 en T2 van project III geldt dat de percentages consultatiegevers opgeteld boven de 100% uitkomen. Men vulde meerdere consultatiegevers in per client

### 8.3.4 Kenmerken van de patiënt

De kenmerken van de patiënten die door de consultatiegevers van *project I* worden gezien, vertonen op beide tijdstippen sterke overeenkomsten. Bij aanvang van de registratie varieert de leeftijd van de patiënten waarvoor consultatie wordt gevraagd sterk en dat is ruim tweeënhalf jaar later ook het geval (resp. tussen 12 - 74 jaar en 10 - 82 jaar). In ongeveer driekwart van de gevallen wordt consultatie gevraagd voor vrouwen. Relatief de grootste groep voor wie consultatie is gevraagd heeft een partner met kinderen (T1: 42,5%; T2: 33,9%).

Evenals in *project I* geldt ook in *project III* voor beide tijdstippen dat de leeftijd van de patiënten waarover consultatie wordt gevraagd sterk varieert (op T1 van 17 tot en met 67 jaar en op T2 van 6 tot 83 jaar). Het aandeel van vrouwen in de patiënten waarover consultatie wordt gevraagd is hier kleiner dan in *project I* (T1: 57,5%; T2: 64,2%). Bij aanvang van de registratie leven van de 39 (3 missing) patiënten relatief de meeste (35,9%; n=14) met partner maar zonder kinderen; op T2 zijn relatief de meeste patiënten waarover consultatie wordt gevraagd alleenstaand (20,7%; n=41)

Ook in *project IV* varieert de leeftijd van de patiënten waarover consultatie werd aangevraagd (T1: 20 t/m 55 jaar; T2: 19 t/m 68 jaar). Op beide tijdstippen is meer dan 70% van de patiënten waarover consultatie wordt gevraagd vrouw en minder dan 30% man. Bij aanvang van de registratie had de meerderheid van de patiënten een partner en kinderen (69%). Twee jaar later heeft de grootste groep patiënten (32%) een partner en geen kinderen.

### 8.3.5 Klachten van de patiënt

De consultatievrager gaf aan over welke klachten hij of zij met de patiënt gesproken heeft en kon daarbij een rangorde aanbrengen door aan klachten een eerste, tweede of derde prioriteit toe te kennen. In tabel 8.4 is aangegeven hoe vaak voor de genoemde klachten consultatie werd gevraagd. Per patiënt kon voor meerdere klachten tegelijkertijd consultatie worden gevraagd.

Tabel 8.7: Frequentie van besproken klachten (> 1 antwoord per cliënt mogelijk)

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=65)		T2 (n=186)		T1 (n=84)		T2 (n=306)		T1 (n=61)		T2 (n=56)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Depressieve episode	9	13,8	37	19,9	11	13,1	53	17,3	4	6,6	8	14,3



	Project I				Project III				Project IV			
Persisterende stemmingsstoornis	-	-	3	1,6	1	1,2	1	0,3	10	16,4	2	3,6
Bipolaire affectieve episode	-	-	-	-	1	1,2	1	0,3	-	-	-	-
Manische episode	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fobische stoornis	2	3,1	2	5,8	-	-	6	2,0	-	-	1	1,8
Andere angststoornis	1	1,5	12	6,5	5	6,0	14	4,6	-	-	3	5,4
Obsessief-compulsieve stoornis	-	-	4	2,2	7	8,3	10	3,3	-	-	-	-
Schizofrenie	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	1,8
Reactie op ernstige stress	1	1,5	5	2,7	7	8,3	19	6,3	-	-	7	12,5
Stoornis persoonlijkheid en gedrag	4	6,2	23	12,4	6	7,1	35	11,4	3	4,9	6	10,7
Somatoforme stoornis	4	6,2	3	1,6	4	4,8	9	2,9	-	-	1	1,8
Eetstoornis	-	-	2	5,8	-	-	6	2,0	3	4,9	-	-
Slaapstoornis	-	-	-	-	4	4,8	3	1,0	10	16,4	3	5,4
Seksuele stoornis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Project I				Project III				Project IV			
Organische stoornis	-	-	1	0,5	2	2,4	7	2,3	-	-	-	-
Psychoactieve middelen	2	3,1	4	2,2	-	-	3	1,0	-	-	1	1,8
Klachten: trauma	9	13,8	18	9,7	3	3,6	21	6,9	8	13,1	6	10,7
School- en leerklachten	-	-	1	0,5	1	1,2	2	0,6	-	-	-	-
Klachten: opvoeding	4	6,2	2	5,8	1	1,2	10	3,3	4	6,6	2	3,6
Klachten: partner/gezin/familie	15	23,1	26	14,0	18	21,4	45	14,7	8	13,1	9	16,1
Klachten: leggen van contacten	3	4,6	5	2,7	1	1,2	14	4,6	-	-	-	-
Klachten: werk/studie	2	3,1	16	8,6	7	8,3	19	6,3	8	13,1	2	3,6
Klachten: overig	9	13,8	22	11,8	5	6,0	27	8,8	3	4,9	3	5,4

Het meest genoemd in project I werden op T1 klachten met betrekking tot de partner, het gezin of de familie, gevolgd door klachten met betrekking tot een depressieve episode, trauma en overige klachten. Men besprak gemiddeld 1,6 klachten per patiënt. Tweeënhalf jaar later is een kleine verschuiving opgetreden in de aard van de klacht waarover men vooral consultatie vraagt. Het vaakst genoemd wordt nu de depressieve episode. Klachten in de sfeer van partner, gezin of familie, een stoornis in persoonlijkheid en gedrag komen op de tweede, respectievelijk de derde plaats.

Bij aanvang van de registratie in project III werden per patiënt gemiddeld twee klachten besproken. Het meest genoemd zijn klachten met betrekking tot de partner, het gezin of de familie (21,4%) en een depressieve episode (13,1%). Anderhalf jaar later, op T2, wordt gemiddeld anderhalve klacht per patiënt besproken. Het vaakst genoemd worden de depressieve episode (17,3%), klachten

in de sfeer van partner, gezin of familie (14,7%) en een stoornis in persoonlijkheid en gedrag (11,4%).

De meest genoemde klachten in project IV zijn op T1 een persisterende stemmingsstoornis en een slaapstoornis (beide 16,4%). Eveneens veel genoemd zijn klachten met betrekking tot de partner, het gezin of de familie, met betrekking tot werk of studie of een trauma (alle drie 13,1%). In 2002 werden het vaakst klachten in de sfeer van partner, gezin of familie (16,1%) en de depressieve episode (14,3%) genoemd. Ook een reactie op ernstige stress wordt relatief vaak genoemd (12,5%).

In de drie projecten neemt de depressieve episode als klacht waarover consultatie wordt gevraagd flink toe. Dat geldt ook, zij het in iets mindere mate voor de persoonlijkheids- en gedragsstoornis. Opvallend is dat in project I en III er minder vaak consultatie gevraagd wordt over relationele klachten. In project IV is sprake van een lichte toename.

### 8.3.6 Redenen voor consultatie

Consultatievragers kunnen verschillende redenen aangeven om consultatie te vragen en hierin een rangorde aanbrengen. In *project I* werden op T1 gemiddeld 1,4 redenen per patiënt opgegeven en dat veranderde niet op T2. In tabel 8.8 is te lezen dat bij aanvang van de registratie met name consultatie werd gevraagd over een eventuele verwijzing (42,1%) en over de diagnose (26,3%). Op T2 treedt weinig verandering op. Relatief het vaakst wordt geconsulteerd over een verwijzing (50,3%) en wanneer er onduidelijkheid is over de diagnose (26,9%). In *project III* werd op beide meetmomenten vooral consultatie gevraagd voor een eventuele verwijzing (T1: 45,3%; T2: 53,7%).

Uit de tabel blijkt dat bij aanvang van de registratie in *project IV* met name consultatie werd gevraagd voor een eventuele verwijzing (30,9%) en voor de patiënten die de consultatievragers overmatig bezoeken (27,3%). Ook onduidelijkheid over de diagnose was relatief vaak een reden om consultatie te vragen (16,4%). Twee jaar later wordt eveneens het vaakst geconsulteerd met betrekking tot een eventuele verwijzing (42,4%) en onduidelijkheid over de diagnose (32,2%). Een duidelijke verandering is de afname van de gevallen waarin overmatig bezoek aan de consultatievragers de reden voor consultatie vormt.

Tabel 8.8: Reden om consultatie te vragen

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=57)		T2 (n=175)		T1 (n=75)		T2 (n=287)		T1 (n=55)		T2 (n=59)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Onduidelijkheid over diagnose	15	26,3	47	26,9	16	21,3	60	20,9	9	16,4	19	32,2

	Project I				Project III				Project IV			
Overmatig bezoek van patiënt aan consultatievragers	7	12,3	3	1,7	-	-	4	1,4	15	27,3	3	5,1
Patiënt onttrekt zich aan behandeling	-	-	-	-	2	2,7	5	1,7	-	-	-	-
Consultatievragers wil advies m.b.t. therapietrouw	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-
Consultatievragers wil anderszins weten hoe met patiënt om te gaan	10	17,5	23	13,1	14	18,7	41	14,3	6	10,9	6	10,2
Consultatievragers wil medicatieadvies	1	1,8	14	8,0	8	10,7	14	4,9	5	9,1	4	6,8
Consultatievragers wil advies m.b.t. eventuele verwijzing	24	42,1	88	50,3	34	45,3	154	53,7	17	30,9	25	42,4
Anders	-	-	10	5,7	1	1,3	8	2,8	3	5,5	2	3,4

Tabel 8.9 laat zien op welke thema's het advies van de consultatiegever betrekking had. In *project I* had het advies op beide meetmomenten in de meeste gevallen betrekking op een verwijzing (T1: 35%; T2: 42,2%). Op T1 was een andersoortig behandeladvies (27,5%) en een advies over de attitude van de hulpverlener (25%) ook regelmatig aan de orde. Ook op T2 had het advies regelmatig betrekking op een andersoortige behandeling (24,2%).

In *project III* had het advies eveneens op beide meetmomenten vooral betrekking op een eventuele verwijzing (T1: 37%; T2: 50%). Tijdens de tweede meting was hiervan in veruit de meeste gevallen sprake. Tijdens de eerste meting had het advies ook regelmatig betrekking op een andersoortige behandeling (22,2%).

Net zoals in beide andere projecten heeft het advies in *project IV* vaak betrekking op een eventuele verwijzing (T1: 23,5%; T2: 51,1%). Ook hier geldt dat dit met name op T2 aan de orde was. Op T1 betrof het even vaak een andersoortig behandeladvies en vaker nog een advies met betrekking op nadere diagnostiek binnen de GGZ (26,5%). Ook op T2 had het advies regelmatig betrekking op nadere diagnostiek binnen de GGZ (20%).

Over het algemeen is een opvallende constatering het toenemende percentage waarin in alledrie de projecten het advies betrekking heeft op een eventuele verwijzing.

Tabel 8.9 Onderwerpen waarop het consultatieve advies betrekking heeft (max 3 antwoorden)

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=50)		T2 (n=161)		T1 (n=54)		T2 (n=228)		T1 (n=34)		T2 (n=45)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Medicatie	1	2,5	25	15,5	9	16,7	18	7,9	5	14,7	5	11,1
Andersoortig behandeladvies	11	27,5	39	24,2	12	22,2	29	12,7	8	23,5	3	6,7
Advies m.b.t. nadere lichamelijke diagnostiek	1	2,5	-	-	1	1,9	1	0,4	1	2,9	-	-
Advies m.b.t. nadere diagnostiek binnen GGZ	2	5,0	5	3,1	6	11,1	22	9,6	9	26,5	9	20,0
Advies m.b.t. eventuele verwijzing	14	35,0	76	42,2	20	37,0	114	50,0	8	23,5	23	51,1
Advies m.b.t. attitude hulpverlener	10	25,0	9	5,6	2	3,7	29	12,7	-	-	4	8,9
Anders	1	2,5	7	4,3	5	9,3	15	6,6	3	8,8	1	2,2

*Het beleid ten aanzien van de patiënt na consultatie*

Consultatie levert mogelijk een verandering op in het beleid rondom een patiënt. Uit de gegevens over het resultaat van de consultatie krijgen we enig zicht op de verwijzstromen. Tabel 8.10 toont het resultaat van consultatie voor de patiënt. Over het algemeen is het resultaat van consultatie voor de patiënt over de meetmomenten heen behoorlijk veranderd. Het volgende meetmoment zal moeten uitwijzen of hier sprake is van een trendmatige verandering.

Opvallend in alle drie de projecten is vooral de toename van het aantal doorverwijzingen binnen de eerste lijn (voor project IV significant vaker,  $p < 0,05$ ). De registratiegegevens van de projecten I en III laten een lichte afname zien van het aantal verwijzingen naar de specialistische GGZ. Voor project IV geldt juist dat op het tweede meetmoment significant vaker sprake is van een verwijzing naar de specialistische GGZ ( $p < 0,01$ ). Voor project I en III valt tevens op dat het aantal keren dat consultatie binnen dezelfde setting wordt gevolgd, toeneemt. In project IV is dit niet het geval, hier is juist sprake van een significante afname ( $p < 0,01$ ).

In alle drie de projecten neemt het aantal keren dat de consultatievrager de behandeling voortzet toe. Het volgende meetmoment zal moeten uitwijzen of hier sprake is van een trendmatige verandering.

Tabel 8.10: Resultaat van consultatie voor de patiënt

	Project I				Project III				Project IV			
	T1 (n=40)		T2 (n=121)		T1 (n=42)		T2 (n=198)		T1 (n=26)		T2 (n=28)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Behandeling voortgezet door consultatievrager	12	30,0	27	22,3	15	35,7	56	28,3	-	-	5	17,9
Er volgt consultatie in dezelfde setting	11	27,5	32	26,4	5	11,9	25	12,6	19	73,1	3	10,7
Er volgt consultatie in andere setting	-	-	3	2,5	1	2,4	12	6,1	-	-	-	-
Verwijzing binnen eerste lijn	7	17,5	35	28,9	7	16,7	45	22,7	-	-	6	21,4
Verwijzing naar specialistische GGZ	8	20,0	21	17,4	13	31,0	50	25,3	1	3,8	13	46,4
Verwijzing elders	2	5,0	-	-	4	9,5	-	-	6	23,1	-	-

### 8.3.7 Overeenkomsten en verschillen tussen de drie projecten

We beperken ons hier tot een kort overzicht van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de drie projecten.

In verschillende opzichten lijken de drie projecten op elkaar. Een belangrijke overeenkomst tussen de drie projecten is dat in alle drie projecten de meerderheid van de patiënten die wordt doorverwezen naar een consultatiegever vrouw is. Ook worden binnen de projecten niet alleen volwassenen bereikt, maar ook ouderen en kinderen. Op basis daarvan kunnen voorzichtig wat vraagtekens worden gezet bij het feit dat de SPV-en vrijwel uitsluitend uit de behandelteams voor volwassenen worden geworven. Een andere belangrijke overeenkomst is dat binnen de drie projecten de consultatiegevers (meestal SPV-en) vooral patiënten zien zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. Verder geldt dat in de drie projecten het vaakst consultatie wordt gevraagd voor klachten die een depressieve episode betreffen en klachten betreffende partner, gezin of

familie. In project I en III staat de depressieve episode op de eerste plaats en in project IV op de tweede plaats, terwijl de relationele klachten in project IV op de eerste plaats staan en in de projecten I en III op de tweede plaats. De consultatievragers in de drie projecten wensen vaak een advies te geven over een eventuele verwijzing of willen duidelijkheid over een diagnose. De consultatiegevers adviseren vaak over doorverwijzing. Tenslotte is opvallend dat in de drie projecten sprake is van een toename van het aantal doorverwijzingen binnen de eerste lijn voor de patiënten voor wie consultatie wordt gevraagd.

Ondanks de vele overeenkomsten, zijn er ook een paar verschillen aan te wijzen. Dat betreft het groeitempo van de drie projecten, waarbij opvalt dat project IV de afgelopen twee jaar nauwelijks is gegroeid. Op het niveau van de klachten waarover men consultatie vraagt zijn kleine verschillen zichtbaar, waarvan met name de afname van relationele klachten in de projecten I en III in het oog springt, terwijl in project IV juist sprake is van een toename. Daarnaast is men in project IV op het tweede meetmoment juist meer gaan verwijzen naar de specialistische GGZ, terwijl in de projecten I en III juist sprake is van een lichte afname. De volgende monitor zal moeten uitwijzen in hoeverre er sprake is van een bestendiging van deze overeenkomsten en verschillen.

## **8.4 Bevoegdheden en taken van de SPV-en in de eerste lijn**

### **8.4.1 Pionieren in de eerste lijn**

Recent onderzoek laat zien dat de functie van de SPV in de eerste lijn in de praktijk gevarieerd wordt ingevuld (Bosman & De Lange 2003). Ook de SPV-en die wij in de vier projecten spraken, geven aan dat zij al werkende vorm en inhoud trachten te geven aan hun functie als consultatiegever in de eerste lijn. Zij benoemen hun werk vaak als 'pionierswerk'. Zij ontginnen de grond voor een functie die niet geheel is vastgelegd. In deze paragraaf gaan we in op de vraag hoe de SPV-en in hun samenwerking met de huisartsen hun bevoegdheden en taken in de praktijk afbakenen. We beschrijven in deze paragraaf de doelstellingen van de projecten in relatie tot de wensen van de huisartsen en de mogelijkheden en ervaren knelpunten van de SPV-en. We baseren ons op de ervaringen van SPV-en en de huisartsen, omdat juist in de huisartsenpraktijk de spanningen rondom bevoegdheden en taken het duidelijkst naar voren treden.

### **8.4.2 Formeel-juridische aspecten van taken en bevoegdheden van de SPV in de eerste lijn**

De kaders waarbinnen SPV-en en huisartsen hun handelingsruimte aftasten, hebben een formele en informele dimensie. De formele dimensie heeft betrekking op juridische regels en op afspraken die binnen de projecten zijn gemaakt. Daarnaast worden ook specifieke of informele afspraken gemaakt tussen huisarts en GGZ-verpleegkundige. Beide dimensies komen in deze paragraaf aan de orde.

### *De wet BIG*

Het uitgangspunt in alle vier projecten die wij onderzoeken, is dat de consultatievrager de eindverantwoordelijkheid heeft voor de behandeling van patiënten en cliënten, ook na tussenkomst van een GGZ-verpleegkundige. Dat is in algemene zin het uitgangspunt voor het geven van consultatie in de GGZ, waardoor een vertrouwensrelatie tussen consultatiegever en consultatievrager wordt bevorderd (Van Ravenzwaaij 1972; Gersons 1977). Tevens vindt dit uitgangspunt een juridische grondslag in de wet BIG. Hierin is per beroepsgroep in de individuele gezondheidszorg vastgelegd welke medische handelingen mogen worden verricht en onder welke voorwaarden ze aan anderen kunnen worden overgedragen. Voor verpleegkundigen geldt dat zij geen diagnose stellen en geen medicatie voorschrijven. Die handelingen zijn aan een arts voorbehouden. Op basis van de wet BIG zijn drie beroepscode voor verpleegkundigen ontwikkeld, waarvan één speciaal voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.<sup>13</sup> In de beroepscode is vastgelegd dat de hulpverlening die de SPV biedt begeleiding, behandeling en zorgcoördinatie bevat. In de beroepscode voor verpleegkundigen is onder meer vastgelegd dat de verpleegkundige geen handelingen verricht die buiten haar deskundigheidsgebied vallen. Hoe vullen SPV-en en huisartsen de handelingsruimte die de formele regels open laten, in de praktijk in?

De geïnterviewde SPV-en zijn zich er van bewust dat hun handelen in de eerste lijn zich afspeelt binnen formeel-juridische kaders. Dat bewustzijn vormt een vanzelfsprekend onderdeel van het professioneel handelen van de verpleegkundige, maar wordt versterkt wanneer de SPV buiten de deuren van haar of zijn eigen instelling gaat werken. Verscheidene SPV-en verwijzen naar situaties waarin zij het gevoel hebben zich op glad ijs te begeven. Een SPV stelt:

*“Ik adviseer wel dat medicatie nodig is, maar ik laat het verder aan de huisarts over. Als de huisarts er niet uitkomt, dan laat ik aan hem over of hij aan mij vraagt of ik het mee wil nemen naar een psychiater. Huisartsen zijn de verwijzers. Ik kan niet zeggen, ik zou Seroxat voorschrijven. Dat is mijn gebied niet. En wat een collega ook al zei: je zit natuurlijk wel met de wet BIG. Je hebt bepaalde verantwoordelijkheden, dus je kan je zelf flink in de vingers snijden als je iets gaat doen...vandaar dat ik terugverwijs naar de huisartsen, van ja, ik geef advies en jullie zijn op dat moment de verantwoordelijke.” (SPVii.2)*

Een andere SPV daarentegen vertelt dat ze een patiënt met depressieve klachten juist doorverwees naar de psychiater om ervoor te zorgen dat er een specifiek anti-depressivum zou worden geadviseerd aan de huisarts. In zo'n proces is het volgens haar 'op eieren lopen' om niemand te kwetsen. De huisarts kan zich volgens deze SPV gepasseerd voelen, en zal als eindverantwoordelijke toch het gevoel moeten hebben dat zij of hij zelf de beslissing heeft genomen.

---

<sup>13</sup> De beroepscode kunnen als toetsingsinstrument voor verantwoord handelen worden gebruikt, bijvoorbeeld in het klacht-en tuchtrecht. Spv-en dienen, naast de op hun beroep afgestemde beroepscode, ook de twee algemene beroepscode voor verpleegkundigen te hanteren. Dat zijn de beroepscode die door resp. de Abva Kabo en het CFO en NU'91 zijn opgesteld.



In de handelingsruimte van de SPV-en in de eerste lijn is het uitgangspunt van de eindverantwoordelijkheid van de huisarts een baken. Die eindverantwoordelijkheid vormt een belangrijk houvast in het pionierswerk dat zij verrichten. Om die eindverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen is informatie-overdracht van groot belang. De SPV-en hanteren verschillende methoden om huisartsen te informeren over hun activiteiten. De meesten nemen na het eerste gesprek met een patiënt telefonisch contact op met de huisarts. Daarnaast overleggen SPV-en eens in de paar weken met de huisarts over de patiënten. Dat gebeurt echter niet in alle gevallen. Een aantal SPV-en geeft aan dat sommige huisartsen moeilijk toegankelijk zijn voor mondeling overleg. Dat geldt met name voor huisartsen in groepspraktijken, die niet altijd aanwezig zijn op de tijdstippen waarop de SPV in de praktijk werkt. Een paar SPV-en zijn overgegaan tot uitgebreidere rapportages. Een SPV heeft bijvoorbeeld per huisarts een map aangelegd waarin ze de verslagen verzameld die ze na elk gesprek met een patiënt maakt. Andere SPV-en geven aan over te weinig tijd te beschikken om de gegevens goed te registreren. Zij dragen een mapje mee met handgeschreven aantekeningen en ondervinden soms problemen wanneer de huisarts informatie vraagt over een patiënt die zij lang geleden hebben gezien.

Het zorgdragen voor de informatie-overdracht alleen kan de eindverantwoordelijkheid van de huisarts niet waarborgen. Dat komt vooral naar voren wanneer er een verschuiving van taken optreedt, van het geven van consultatie en advies naar het kortdurende behandelen van patiënten. Tien van de elf geïnterviewde SPV-en zeggen meer taken te verrichten dan alleen het geven van consultatie en advies in de eerste lijn. Een van de SPV-en geeft aan dat ze de huisartsen aan wie ze consultatie geeft, toestemming vraagt om “tenzij” verder te handelen. Als reden voor zo’n fiat geeft zij aan:

*“Je neemt toch een stukje van de behandeling over. Je hebt de verantwoordelijkheid om aan te geven waar de grenzen liggen. Het blijven in principe hun patiënten en zij moeten ook vertrouwen in mij blijven hebben dat ik weet hoever ik kan gaan en waar mijn grenzen liggen en dat ik bij twijfel of wat dan ook, dat ik het initiatief en de verantwoordelijkheid neem om dat naar hun terug te koppelen. Omdat ik als het ware iets qua verantwoordelijkheid en beslissing van hun patiënten ga overnemen, dat ik niet tussendoor teruggekoppeld heb, behalve schriftelijk.” (SPV i.1)*

Hoe bezien huisartsen hun eindverantwoordelijkheid met betrekking tot het handelen van de SPV in de eerste lijn en hoe maken ze die waar? Een van de veertien huisartsen, die sinds kort in het project participeert, geeft aan het nog moeilijk te vinden patiënten door te verwijzen naar de GGZ-verpleegkundige. Hij wijst op zijn lange staat van dienst als huisarts waarin hij gewend is geraakt ‘alles in eigen hand te houden’. Het zelf behandelen van patiënten maakt deel uit van zijn taakopvatting als huisarts. “Doorverwijzen is nogal wat.” Meerdere huisartsen geven aan dat ze nog steeds het liefst zelf zouden behandelen.

*“Als je in mijn hart kijkt zou ik patiënten zelf behandelen. Dat deed ik vroeger ook veel meer en vind ik hartstikke leuk. Het is de jus van het vak. Maar door tijdgebrek kom ik er niet meer toe.” (huisarts i.4)*

Verschillende huisartsen zien zich gedwongen, door tijdgebrek of anderszins, taken af te staan. De meeste van de geïnterviewde huisartsen ervaren dat zij de taakopvatting en de hierbij behorende verantwoordelijkheden niet in overeenstemming kunnen brengen met de dagelijkse praktijk. Zij hebben het gevoel te weinig tijd te hebben om de problemen van patiënten boven tafel te kunnen krijgen. In deze context zien de meeste huisartsen in de komst van de SPV dan ook een mogelijkheid om de verantwoordelijkheid ten aanzien van psychische en psychosociale problematiek te kunnen delen, en soms zelfs beter waar te kunnen maken. De SPV heeft meer tijd om ‘problemen uit te vragen’ en kan daarom tot andere en zelfs betere conclusies komen ten aanzien van de aard van de problematiek. Dat laat natuurlijk onverlet dat huisartsen eindverantwoordelijk blijven. Wat dat betreft valt op dat de meeste huisartsen weinig tijd uittrekken voor onderling overleg met de SPV. Alle geïnterviewde huisartsen geven aan dat ze goed geïnformeerd worden door de SPV-en. Dat gebeurt in de meeste gevallen telefonisch door de SPV, en in sommige gevallen mondeling. Eén huisarts meldt dat dit mondeling overleg is gestart op verzoek van de SPV. Hij vindt een schriftelijke rapportage voldoende inzicht geven in het beleid ten aanzien van een patiënt. Twee van de 14 huisartsen geven aan persé geen overleg-in-de-wandelgangen te willen; zij hebben bewust gekozen om regelmatig mondeling te overleggen over de patiënten die zijn doorverwezen naar de SPV.

#### *De poortwachtersfunctie van de huisarts*

Naast de wet BIG maakt ook de poortwachtersfunctie van de huisarts deel uit van het formele kader waarin huisartsen en SPV-en invulling geven aan de taken en bevoegdheden van de SPV-en. De consultatieve functie van de SPV is onder meer in het leven geroepen om de huisarts in het uitoefenen van deze functie te ondersteunen. Het bewaken van de poort naar de tweede lijn blijkt volgens de geïnterviewde huisartsen niet eenvoudig. Alle geïnterviewde huisartsen geven aan al jaren nauwelijks zicht te hebben op de behandelingsmogelijkheden in de tweedelijns GGZ. Juist hier hebben de SPV-en een belangrijke ondersteunende functie. Hoe ervaren zij die ondersteuning in de praktijk? Veel SPV-en ervaren deze functie als een belangrijke verantwoordelijkheid. Zij vinden dat ze goed geïnformeerd moeten zijn over het aanbod aan zorgvoorzieningen en de kwaliteit ervan, zowel binnen de eerste als de tweede lijn. Zij vinden ook dat zij een verantwoordelijkheid hebben om na te gaan wat de huisarts met een door hen geadviseerde doorverwijzing doet. Sommige SPV-en plaatsen zichzelf in de functie van poortwachter. Een van hen geeft aan moeite te hebben met het feit dat zij mede bepaalt “waar patiënten gebruik van kunnen maken, en wie waar recht op heeft.” Verschillende SPV-en geven aan dat het leren kennen van het zorgaanbod veel tijd kost, die niet is inbegrepen in het aantal berekende uren. Sommigen zien het zelfs als een onderdeel van de competenties die voor het eerstelijns werk nodig zijn.

De praktijk waarin huisartsen en SPV-en de bevoegdheden en taken van SPV-en invullen, geeft een aantal knelpunten te zien rondom de eindverantwoordelijkheid van de huisarts, de informatie-overdracht en de verantwoordelijkheid voor de doorverwijzing van patiënten. Waar de huisarts ervaart verantwoordelijkheden te kunnen delen, ervaart de SPV juist aan het pionieren te zijn en er alleen voor te staan.

### 8.4.3 Kortdurend behandelen in de eerste lijn

De taken en bevoegdheden van SPV-en in de eerste lijn worden ook bepaald door de projectregels: de mogelijkheden en beperkingen die de projecten zelf creëren. Overigens maken projectregels ook onderdeel uit van het formele kader, maar met het verschil dat wat binnen de projecten is afgesproken, beperkt blijft tot de reikwijdte en duur van het project. Bovendien kunnen de afspraken gaandeweg het project worden bijgesteld. Het meest in het oog springend is het verschil over de vraag óf de SPV-en kortdurend mogen behandelen in de eerste lijn en zo ja, onder welke voorwaarden dat dan zou kunnen. Zoals we al hebben vastgesteld verschillen de projecten met name met betrekking tot de mogelijkheid om kortdurend te behandelen in de eerste lijn (zie paragraaf 2). In project I en III vindt in het kader van het consultatieproject in principe geen kortdurende behandeling plaats in de eerste lijn: in project I heeft men bij aanvang van het project bewust gekozen om consultatie en advies centraal te stellen; in project III heeft men ervoor gekozen om cliënten die voor een kortdurende behandeling in aanmerking komen door te verwijzen naar de tweede lijn. In beide projecten is de overweging dat het kortdurend behandelen in de eerste lijn niet in overeenstemming is met de doelstelling van consultatie. Het consultatieproject heeft een dienstverlenend karakter, en is bedoeld om eerstelijns hulpverleners te ondersteunen; het kortdurend behandelen van patiënten heeft curatie als doel en moet daarom onder de verantwoordelijkheid van de GGZ-instelling plaatsvinden. Ook spelen overwegingen omtrent de formeel-juridische voorwaarden waaronder een behandeling in de eerste lijn zou kunnen plaatsvinden. De vraag is of een huisarts wel eindverantwoordelijk kan zijn voor een dergelijke behandelvorm in de eerste lijn.

**In project II maakt het kortdurend behandelen van cliënten in de eerste lijn vanaf het begin deel uit van de mogelijke interventies, terwijl project IV in een latere fase is overgegaan tot het kortdurend behandelen. Daar heeft vooral de behoefte onder huisartsen aan de mogelijkheid om patiënten kortdurend in de praktijk te kunnen laten behandelen doorslag gegeven om dit aan te bieden. Een dergelijk aanbod zou in overeenstemming zijn met het uitgangspunt van dienstverlening aan de huisarts. Hoe ziet de praktijk eruit?**

*“Ik ben waarschijnlijk wel de enige SPV die kortdurend behandeld, maar dat is wel het surplus” (SPV iii.3).*

Zeven van de elf SPV-en geven aan kortdurend te behandelen in de eerste lijn. Dat doen ze niet vaak en maar één van de zeven SPV-en ziet patiënten soms vaker dan vijf keer. De meesten geven aan cliënten gemiddeld twee tot drie keer te behandelen. Drie SPV-en doen dit in projecten waarbinnen kortdurende behandeling niet tot het aanbod aan de eerstelijns hulpverleners behoort.

***SPV: Het is geen consultatie, nee, maar zoals ik het heb begrepen...wij hebben eraan toegevoegd dat kortdurende behandeling ook binnen ons traject past. En wij hebben ons gericht naar wat huisartsen willen. Huisartsen willen dit graag en dit vragen ze ook van ons. Daar zijn zij mee geholpen.***

*Interviewer: Is dat ook de doelstelling waar jij je achter kan scharen?*

*SPV: Ja, en de patiënt is er ook heel erg mee geholpen, omdat het snel is. Het is bij de huisarts.”*  
*(SPV i.1)*

De huisartsen geven in de interviews aan behoefte te hebben aan het vergroten van de behandel mogelijkheden van SPV-en in de huisartspraktijk. Een huisarts beschrijft zijn overwegingen in een casus waarin een manisch depressieve patiënt een behandeling in de tweede lijn weigert en de huisarts samen met de SPV uiteindelijk een “op voorhand mislukte verwijzing toch weet te realiseren”:

*Huisarts: “Je moet naar zo’n stap [naar de tweede lijn, m.s.] toewerken [...] Je moet zo’n persoon overtuigen dat er veel meer moet gebeuren. De patiënt kijkt je aan met zo’n blik: ‘waar heeft die het over’. Je moet patiënten uitleggen hoe het zit. Vooral bij manische mensen krijg je allerlei argumenten terug, allerlei afleidingen. En dan komen ze terug. Je moet deze mensen vaak een paar keer zien en dan hup....dat is het trappetje naar de ggz. Dat gaf in het begin nog wel eens het probleem: wij willen niet alleen consultatie, wij willen het [de GGZ-consultatie] ook wel eens even als een parkeersituatie gebruiken, dat kan helpen. Je moet dat niet keihard stellen, van alleen die consultatie.*

*Interviewer: Is er een maximum aantal behandelingen afgesproken?*

*Huisarts: Vijf.*

*Interviewer: En dat wordt ook bewaakt?*

*Huisarts: Ja, ja.*

*Interviewer: Maar komt het wel eens voor dat het zes keer wordt als de behandeling het vereist?*

*Huisarts: Ik zou het niet weten, ik hoop het wel eigenlijk. Nee, ik hou er wel aan vast.*  
*(huisarts i.1)*

Uit dit citaat blijkt dat de huisarts een kortdurende behandeling op meerdere manieren begrijpt. Het gaat om een manier om de patiënten te overtuigen van het nut van een doorverwijzing naar een tweedelijns GGZ-instelling. Daarmee wordt tegelijkertijd ‘tijd’ overgedragen van de huisarts naar de GGZ-verpleegkundige. Huisartsen voeren ook andere redenen aan om SPV-en patiënten vaker te laten zien. Soms spelen verschillende problemen tegelijkertijd, en vinden huisartsen het zaak om eerst te onderzoeken of de problematiek wel zwaar genoeg is om door te verwijzen. Ook bestaan er verschillende interpretaties van de lengte van het kortdurend contact. Een van de veertien huisartsen meent dat het kortdurend behandelen van patiënten inhoudt dat er een maximaal aantal van tien behandelingen in de huisartspraktijk kan worden uitgevoerd door de SPV-en. Voor anderen geldt vijf als maximum. Een van de veertien

huisartsen vindt dat de SPV patiënten te vaak ziet, waardoor een wachtlijst ontstaat. Een andere huisarts vindt dat de lengte van het contact aan de SPV moet worden overgelaten. “Wachttijden zijn niet van mij. Als zij vindt dat zij er meer tijd in moet steken, is dat aan haar. Zij bepaalt mijn spreekuur ook niet.”

Voor SPV-en gaat het kortdurend behandelen vaker om een oplossingsgerichte en intensieve therapie-vorm op basis van een duidelijke hulpvraag. De mogelijkheden van de SPV zijn echter aan grenzen gebonden. Een van de SPV-en geeft aan dat het qua tijd niet mogelijk is om in de eerste lijn kortdurend te behandelen, bijvoorbeeld met behulp van het vijf gesprekken model. De voorwaarde daarvoor is dat in het eerste gesprek hulpverlener en cliënt een scherpe focus op het probleem kunnen ontwikkelen. Andere SPV-en die wel kortdurend behandelen, geven aan dat ze er vooral toe overgaan, wanneer het “klikt” met een cliënt. Dan zou het “stom zijn om te laten liggen wat je in huis hebt.” Ze constateren tegelijkertijd op dat de ondersteuning vanuit de eigen organisatie voor deze vorm van behandeling nog tekort schiet. Het overleg dat in het kader van het project in de eigen instelling plaatsvindt, betreft nog vaak beleidsmatige kwesties, terwijl de inhoudelijke ondersteuning achterwege blijft.

De vier SPV-en, die zeggen niet kortdurend te behandelen in de eerste lijn, vinden dat ze hiervoor onvoldoende tijd hebben, dat het niet strookt met de doelstelling van het project en dat het risico op wachtlijsten ontstaat. Een van de elf SPV-en die cliënten kortdurend behandelt, ontwikkelt daadwerkelijk een wachtlijst.

Over de vraag of SPV-en naast consultatie en advies ook kortdurend kunnen behandelen in de eerste lijn zijn de meningen verdeeld. Die verdeeldheid wordt onder meer veroorzaakt door de wijze waarop huisartsen en SPV-en kortdurende behandeling begrijpen. Voor de huisartsen gaat het vooral om de mogelijkheid patiënten vaker te zien, met als doel dat sommige tijdrovende taken kunnen worden overgedragen. SPV-en definiëren een kortdurende behandeling vaker inhoudelijk, als therapievorm. Om deze intensieve therapievorm succesvol te kunnen toepassen in de eerstelijns praktijk, ervaren zij nog te weinig ondersteuning.

#### **8.4.4 Specifieke afspraken over bevoegdheden van SPV-en**

Naast de formele juridische regels en de projectregels vullen SPV-en en huisartsen ook de handelingsruimte in door met elkaar specifieke en informele afspraken te maken over wat de SPV-en wel en niet doen in de eerste lijn.

Zo is een SPV met de huisarts overeengekomen patiënten maar eenmalig te zien en vervolgens door of terug te verwijzen. Dat wijkt af van de formele projectregels, die een maximum van drie patiëntcontacten toestaan. Volgens de huisarts is de reden dat er geen situatie kan ontstaan dat er oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de rol van de SPV. Hij kan zich hierin overigens goed vinden, omdat zijn taakopvatting is dat de huisarts zich moet richten op het screenen en doorverwijzen van patiënten.

Een SPV geeft aan dat ze regelmatig in discussie is met de huisartsen over het soort problematiek dat zij kan zien. Vanwege het ontbreken van goede doorverwijsmogelijkheden naar het maatschappelijk werk, verwijzen huisartsen patiënten met onder meer financiële problemen door, omdat zij vinden dat zij deze problemen kan

oplossen. De SPV hoopt dat een formele functie-omschrijving uitkomst zal bieden om dit soort doorverwijzingen te beperken.

Een van de SPV-en meldt dat zij uitvoerige verslagen schrijft van haar activiteiten ten aanzien van de cliënten. De huisartsen lezen deze verslagen nauwelijks, maar daardoor weet zij zichzelf “ingedekt”. Deze informele manieren om de handelingsruimte af te bakenen ontstaan op die momenten dat juridische regels en projectregels in de praktijk te weinig houvast bieden.

#### **8.4.5 Besluit**

De wet BIG, de poortwachtersfunctie van de huisarts en de projectregels bakenen de ruimte af waarbinnen huisarts en SPV al werkend vormgeven aan de functie van de SPV in de eerste lijn. De huisartsen wil de SPV meer taken geven, maar dan ook die taken overdragen. De SPV-en werken solistisch en ervaren op verschillende aspecten weinig steun voor hun eerstelijns werk, zowel vanuit de huisartsen als vanuit de eigen organisatie. Dat geldt voor het kortdurend behandelen, de registratie en informatie-overdracht en de doorverwijzing.

Meer duidelijkheid over wat men onder kortdurende behandeling verstaat, over de verantwoordelijkheid met betrekking tot de informatie-overdracht, en over de doelstelling van de projecten, zou het mogelijk kunnen maken dat de SPV meer ondersteuning krijgt en er tegelijkertijd beter tegemoet kan worden gekomen aan de vraag van de huisarts.

### **8.5 Het verplaatsen van kennis en kunde tussen de lijnen**

#### **8.5.1 Inleiding**

Een belangrijke doelstelling van de versterking van de eerstelijns GGZ is het overdragen van kennis en kunde op dit terrein van de tweede naar de eerste lijn. De mate waarin het mogelijk is om kennis en kunde over te dragen wordt door sommigen beschouwd als een belangrijke indicator in de beoordeling van consultatiemodellen (De Vries 2001). In het klassieke consultatiemodel (Caplan 1970) raadpleegt een professional, de consultatievrager, een andere professional, de consultatiegever, om een werkprobleem te helpen oplossen. Idealiter vindt tussen de professionals een overdracht plaats van kennis: de consultatiegever adviseert de consultatievrager waarbij de laatste niet alleen in staat is om het voorliggende probleem op te lossen, maar ook om de aangereikte kennis in de toekomst voor soortgelijke problemen te gebruiken. De veronderstelling is dat door het contact met de consultatiegever de deskundigheid van de consultatievrager toeneemt en daarmee de kwaliteit van zijn of haar werk.

**In deze paragraaf onderzoeken we hoe de professionals in de praktijk kennis en kunde overdragen dan wel verwerven, op welke problemen ze dan stuiten en welke kennis of kunde op het gebied van de GGZ de verschillende professionals (willen) overdragen. Evenals in de vorige paragraaf het geval was, stellen we het koppel huisarts-SPV centraal en vergelijken we de visies en ervaringen van de SPV-en met die van de huisartsen. Daarnaast gaan we**

**kort in op de vraag in hoeverre er sprake van is dat de patiënt als gevolg van het consult met de SPV meer inzicht verwerft in zijn of haar situatie. Dat zou er immers toe kunnen leiden dat de patiënt langer in de eerste lijn blijft. In de volgende analyse-ronde zullen we de hier gepresenteerde analyse uitbreiden met de ervaringen van de maatschappelijk werkers en eerstelijns psychologen.**

### 8.5.2 De projectplannen en middelen om kennis en kunde te verplaatsen

In de onderzochte projecten geldt deskundigheidsbevordering van eerstelijns hulpverleners als een van de oogmerken. Een van de projecten (I) heeft als doelstelling geformuleerd om de deskundigheid ten aanzien van psychische problematiek *in de eerste lijn* te verhogen, terwijl een ander project (III) er volgens het projectplan op is gericht dat de *hulpverlener* (consultatievrager) zich deskundiger gaat voelen (zie paragraaf 2). Sommige van de middelen, die volgens de projectplannen worden ingezet en die we in paragraaf 2 hebben beschreven, richten zich direct op het vergroten van de deskundigheid van de huisartsen. Dat geldt voor de casuïstiekbespreking met huisartsen (beoogd in project I), de nascholing voor huisartsen of de psycho-educatie, die zich zowel op de huisarts als op de patiënt richt (in het consultatiemenu in project III). Andere middelen zijn niet direct gericht op het vergroten van de deskundigheid van de consultatievrager. Ze dragen echter wel de mogelijkheid in zich de deskundigheid te bevorderen, omdat door de inzet van deze middelen kennis en kunde wordt *verplaatst*. Dat is met name het geval wanneer een SPV in de huisartspraktijk consultatie geeft aan een huisarts op het gebied van psychische en psychiatrische problematiek of een advies geeft over een doorverwijzing van een patiënt naar een hulpverlener.

In de vier onderzochte projecten kunnen kennis en kunde vanuit de tweede lijn zich in principe langs twee wegen verplaatsen naar de huisartspraktijk. Ten eerste kan de SPV kennis en kunde overdragen naar de huisarts. Ten tweede kan de SPV de kennis en kunde inzetten in de huisartspraktijk door taken over te nemen van de huisarts. Afgaand op de projectplannen valt op dat er op projectniveau weinig afspraken zijn over *hoe* de SPV kennis aan de consultatievragers overdraagt. Een SPV kan consultatie geven zonder de patiënt te zien, maar ook door de patiënt te zien. De SPV kan dan in principe kennis en kunde overdragen op de patiënt en op de huisarts. Overleg met de huisarts over een patiënt kan in de wandelgangen plaatsvinden, maar ook kan er een formeel overleg worden gepland. Op projectniveau wordt niet ingegaan op het soort kennis of kunde waarmee de eerstelijns GGZ moet worden versterkt. Het gaat in principe om kennis en kunde ten aanzien van psychische en psychiatrische problematiek in de breedste zin van het woord. De vraag is dus: langs welke wegen verplaatsen de kennis en kunde zich in de praktijk.

### 8.5.3 Een tekort aan deskundigheid?

De meeste geïnterviewde *huisartsen* ervaren in de praktijk geen tekort aan kennis en kunde waar het de psychische en psychiatrische problemen van hun patiënten betreft. Zij

hebben een gebrek aan tijd om “uit te dokteren waar het probleem zit”(huisarts iii.4) en ervaren dat de SPV bijdraagt aan het verhelderen van de problematiek en in die zin aanvullend werkt.

Zij ervaren ook een tekort aan kennis over de sociale kaart. Zij geven aan dat zij moeilijk in staat zijn om de weg te vinden in het voor hen nauwelijks te doorgronden GGZ-land. In de praktijk maken zij daarom veelvuldig gebruik van de kennis van de SPV over *doorverwijzingsmogelijkheden*. Hoewel de psychische en psychiatrische problematiek van de patiënten die de huisartsen doorverwijzen naar de SPV uiteenlopen, classificeren de meeste huisartsen deze problematiek als behorende tot ‘het grijze gebied’. Hieronder scharen zij problematiek van patiënten waarvan zij niet weten *waar* deze het beste kan worden behandeld. De SPV beschikt over meer *tijd* om inzicht te krijgen in de achtergrond van het probleem van de patiënt. Gecombineerd met kennis over de sociale kaart is de SPV daardoor in staat tot een goed advies over doorverwijzing te komen. Sommige huisartsen geven aan ook gebruik te maken van de ‘second opinion’ van de SPV ten aanzien van de problematiek of behandeling van een patiënt. Hierin gaat het niet zoeer om de tijd die een SPV heeft, maar om een andere *visie* op het voorliggende probleem.

*Huisarts: De SPV benadert de patiënten vanuit haar kennis en ervaring. Huisartsen willen alles oplossen. De SPV brengt in dat sommige problemen bij de persoon horen en altijd zullen terugkomen.*

*Interviewer: Hoe ervaar je dat?*

*Huisarts: Soms blijkt het probleem van een patiënt na één of twee gesprekken met de SPV opgelost. Dat heb ik dan merkbaar zwaarder ingeschat. Of dat over twee jaar nog zo is, moet nog blijken, maar het is wel een eye-opener, dat problemen soms bij bepaalde structuren van mensen passen. Dat weet je natuurlijk wel, maar mensen komen hier soms helemaal over de toeren. Het is grappig om te ervaren dat zij daar veel sneller wat rust in brengt. (Huisarts i.4)*

De geïnterviewde *SPV-en* zijn een andere mening toegedaan. Zij merken op dat huisartsen psychische en psychiatrische problemen van patiënten vaak *niet signaleren*. Sommigen leiden dat af uit het verwijsgedrag van de huisartsen. Een SPV meldt dat één van de huisartsen in de loop van het project zegt dat hij meer patiënten met psychosociale problematiek naar haar verwijst, omdat het aantal patiënten met psychosociale problemen toeneemt; de SPV werpt als aanvullende verklaring op dat de ‘blinde vlek’ onder huisartsen afneemt (SPV iii.3). Andere SPV-en constateren dat de mate waarin zij psychiatrische problematiek in de eerste lijn tegenkomen veel groter is dan zij hadden verwacht. Een van de geïnterviewde SPV geeft aan dat ze een aantal malen patiënten heeft moeten doorverwijzen voor een langdurige zorgbehandeling. Zij verbaast zich erover hoe lang patiënten soms kampen met hun klachten in de eerste lijn. De SPV-en zoeken de oorzaak voor het niet signaleren van psychische en psychiatrische problematiek enerzijds, en net zoals de huisartsen, in het feit dat de huisarts weinig tijd heeft voor een consult met een patiënt. Dat tekort aan tijd kan ertoe leiden dat problemen van de patiënt over het hoofd worden gezien of dat de huisarts een verkeerd spoor volgt



waardoor de patiënt niet opknapt. Een van de SPV-en constateert dat er vaak “veel meer achter de klachten zit, dan de huisarts had vermoed” (SPV, iv.1). Anderzijds merkt een aantal SPV-en op dat huisartsen tijdens het consult niet gericht vragen naar psychiatrische problemen. Een SPV stelt vast dat hij door *methodischer* te onderzoeken in staat is om een andere kijk te ontwikkelen op de problematiek waarmee patiënt de huisarts heeft geconsulteerd. Een andere SPV signaleert dat hier een verandering onder de huisartsen. Zij Een SPV merkt bijvoorbeeld op dat huisartsen inmiddels vaker informeren hoe ze vragen kunnen stellen aan een patiënt met psychiatrische klachten.

Huisartsen en SPV-en hebben verschillende verwachtingen over de toename van kennis en kunde over psychische en psychiatrische problematiek in de huisartspraktijk. De huisartsen verwachten met name dat de SPV aanvullende zorg biedt voor de patiënt ten behoeve van probleemverheldering en doorverwijzing. De meeste SPV-en erkennen de tijddruk van de huisartsen, maar zijn ook van mening dat de huisartsen meer deskundigheid kunnen verwerven. Dat betreft dan vooral de gespreksvoering.

#### 8.5.4 Obstaten in de verplaatsing van kennis en kunde

De meeste *huisartsen* staan ambivalent tegenover de doelstelling van consultatie. Zoals we hiervoor al aangaven, ervaren zij geen tekort aan eigen kennis en kunde op het gebied van psychische en psychiatrische problematiek. Aanvullend merken sommige huisartsen op dat een toename van de deskundigheid niet past in hun taakopvatting als huisarts. In die taakopvatting moet de huisarts patiënten vooral screenen en doorverwijzen. Hieruit volgt dat de meeste huisartsen minder behoefte hebben aan het gezamenlijk zien van patiënten of het consulteren van de SPV zonder dat deze de patiënt ziet. Tegelijkertijd constateren de huisartsen wel dat de SPV-en aanvullende zorg bieden in de huisartspraktijk. Tekenend voor het verschil in perspectief tussen huisarts en SPV is het antwoord van een huisarts op de vraag waarom hij niet gezamenlijk met een SPV een patiënt ziet: deze huisarts is van mening dat zijn persoonlijkheid een mogelijke oorzaak kan zijn van de problemen in de behandeling van de betreffende patiënt.

De meeste geïnterviewde *SPV-en* hechten grote waarde aan de consultatieve functie van hun werk en zij streven ernaar dat deze functie in de hierboven geschetste ‘klassieke’ betekenis van het begrip tot zijn recht komt. Sommige SPV-en waren er, toen ze met dit werk begonnen, door de ervaringen van voorgangers op voorbereid dat het werk in de praktijk minder van doen zou hebben met ‘pure consultatie’ aan huisartsen, en meer met het consulteren van patiënten zelf. Maar toch beschouwen ook zij het overdragen van kennis door het geven van consultatie en het adviseren van huisartsen op het terrein van psychi(atr)ische problematiek als een wezenlijk aspect van hun werk in de huisartspraktijk.

De praktijk laat een ander beeld zien. De meeste SPV-en zien maar weinig mogelijkheden om de consultatieve functie vorm te geven. Ten eerste blijkt de consultatievorm waarin de consultatieve functie goed uit de verf komt – de vorm waarin huisarts en SPV gezamenlijk een patiënt zien – in de praktijk lastig te organiseren. De meeste SPV-en wijten dat aan de werkdruk van beide professionals. In de twee gevallen waarin SPV-en wel af en toe samen met de huisarts een patiënt zien, is de aanleiding niet het overdragen van kennis, maar het totstandbrengen van een gezamenlijk beleid ten aanzien van een

patiënt. Op de tweede plaats geven de meeste SPV-en aan dat het voor de consultatie noodzakelijk is om mondeling te overleggen met de huisarts, formeel dan wel in-de-wandelgangen. In paragraaf 4 is aan de orde geweest dat de SPV-en ervaren dat het moeilijk is om hierover tot afspraken te komen. Hierin treden wel veranderingen op. Verschillende SPV-en geven aan hierover afspraken te willen maken. Ten derde krijgen SPV-en zelden een consultatieve vraag van de huisarts. In de meeste gevallen zien zij alleen de patiënt en rapporteren hierover.

Al met al zien de geïnterviewde SPV-en vooral patiënten zonder dat de huisarts daarbij aanwezig is. Op deze manier hebben zij een belangrijke dienstverlenende functie voor de huisarts, die echter botst met hun verwachtingen ten aanzien van de consultatie. Voor twee van de elf SPV-en geldt dat zij minder “illusies” hebben over hun bijdrage aan het bevorderen van de professionaliteit van de huisarts. Zij vinden dat hun functie primair ondersteunend en dienstverlenend is.

De SPV wil graag consulteren, maar ervaart dat die functie in de praktijk te weinig uit de verf komt. Dat is het gevolg van het feit dat de huisarts zijn of haar kennis en kunde vooral wil aanvullen en taken wil delegeren aan de SPV.

#### **8.5.5 Welke kennis verplaatsen de SPV-en naar de eerste lijn?**

De huisartsen verschillen van mening over welke kennis en kunde de SPV-en verplaatsen naar de huisartspraktijk. Een van de huisartsen die sinds drie jaar met een SPV werkt, constateert een verschuiving. Terwijl de SPV aanvankelijk vooral patiënten zag, gaat het nu vooral om ‘pure consultatie’.

*Interviewer: En wat is puur consultatie?*

*Huisarts: Zit ik op de goede lijn met mijn medicijnen of zit ik op de goede lijn met mijn verwijzing. Als dat duidelijk is, dan heb je elkaar niet nodig. Dan gaat de patiënt naar de psycholoog of je belt met de psychiater. Je zou dus kunnen stellen dat het idee van nascholing werkt, want de huisarts kan zelf meer aan.*

*Interviewer: Het kan dus zo zijn dat kennis is toegenomen, waardoor het minder vaak nodig is te verwijzen naar de SPV.*

*Huisarts: ja, dat kan.*

*Interviewer: Maar u kijkt wat bedenkelijk.*

*R. Ja, kennis, ja...[...] een duidelijk inzicht in de persoon. Met tijden even dieper op de patiënt ingaan. In een gesprek met haar kom je daar op, dan zie je dat beeld, dan zie je die persoon ook en dat geeft inzicht in de persoon. Kennis...het is meer inzicht in de persoon, in het verhaal van die persoon.*

Meerdere huisartsen geven aan dat de SPV-en vooral een andere ‘kijk’ op een vastgelopen problematiek inbrengen. Sommige huisartsen zijn van mening dat de SPV-en

vooral goed kunnen 'labelen', terwijl één van de huisartsen vindt dat de SPV goed kan behandelen, maar als 'minpuntje' aantekent dat de SPV niet goed met de DSM-IV overweg kan. Zij neemt volgens de huisarts vaak haar toevlucht tot de beschrijvende diagnostiek. Voor een deel spelen hier de 'klassieke' verschillen tussen de verschillende beroepsgroepen een rol, in combinatie met een statusverschil tussen huisarts en SPV. Dit belemmert een mogelijke uitwisseling van visies tussen professionals, die op gelijkwaardige voet met elkaar staan. Uit de interviews komt hierover geen scherp beeld naar voren. Een huisarts stelt te verwachten in 'medisch-technisch' opzicht meer te kunnen leren van een psychiater. Op hun beurt ervaren sommige SPV-en dat ze zich moeilijk op gelijkwaardige voet tot de huisartsen kunnen verhouden en geven aan dat huisartsen soms directief kunnen zijn en moeilijk aanspreekbaar.

Uit de interviews met SPV-en komt naar voren dat consultatie vooral moet gaan over het uitwisselen van visies ten aanzien van een voorliggende problematiek. De SPV-en willen graag weten welke afweging een huisarts maakt op basis van een gegeven advies. De SPV-en hebben echter niet veel zicht op de mate waarin de huisarts leert van hun activiteiten. Dat ligt anders wanneer we het niveau van de patiënt in ogenschouw nemen. Op dat niveau lijkt de consultatieve functie van de SPV beter uit de verf te komen. De patiënt is weliswaar geen 'professional' met een werkprobleem, maar een cliënt met een psychisch of psychiatrisch probleem. Veel SPV-en geven echter aan dat zij patiënten vaak in een paar gesprekken inzicht kunnen geven in de aard van hun klachten, handvatten kunnen aanreiken hoe zij met deze klachten kunnen omgaan en hen kunnen wijzen op vervolgmogelijkheden, omdat ze problemen in een pril stadium ziet. Veel SPV-en constateren dat ze door middel van een paar gesprekken patiënten weer 'op de rails' kunnen krijgen en dus binnen de eerste lijn weten te houden. Vier van de veertien huisartsen onderschrijven een dergelijke functie van de SPV in de huisartspraktijk. Volgens hen kan de SPV kennis overdragen op patiënten door hun inzicht te geven in psychosomatiek of in de achtergronden van bepaalde psychische of psychiatrische problemen. Een van de huisartsen merkt op dat de SPV in de huisartspraktijk een klassieke huisartstaak, namelijk de psycho-educatie, op zich neemt.

### 8.5.6 Conclusie

Het klassieke consultatiemodel krijgt in de praktijk van de door ons onderzochte consultatieprojecten nauwelijks invulling. Waar de SPV-en consultatie nastreven en de deskundigheid van de huisarts willen vergroten, dragen de huisartsen liever taken over aan de SPV. De verschillen in verwachting tussen huisarts en SPV komen naar voren in de termen waarin ze elkaars deskundigheden bespreken. De huisartsen praten over de meerwaarde van de SPV in termen van 'meer tijd' (voor patiënten), 'andere persoonlijkheid' (van arts of patiënt), en de bekendheid van de SPV met de sociale kaart en met verwijsmogelijkheden. De SPV-en daarentegen spreken in termen van kennis van psychiatrie, zoals het signaleren en diagnosticeren van problemen. Het zijn met name de SPV-en die problemen ervaren met deze verschillen. Want in de praktijk is het vooral de huisarts die een stempel drukt op de wijze waarop aan de 'deskundigheidsbevordering' vorm wordt gegeven. De weg die de huisarts hiervoor kiest is die van het delegeren van

taken naar de SPV. De deskundigheid van de SPV is vooral een aanvulling op die van de huisarts en wordt niet, althans niet expliciet, overgedragen van de SPV op de huisarts.

## 8.6 Besluit

In dit hoofdstuk hebben we verslag gedaan van de uitkomsten van de eerste onderzoeksfase. Dit verslag levert het volgende, voorlopige beeld op. De vier projecten vertonen in verschillende opzichten sterke overeenkomsten. Met betrekking tot de doelstelling willen de vier projecten volgens de projectplannen een snelle en adequate doorverwijzing van patiënten realiseren, het doorverwijzingsproces naar de gespecialiseerde GGZ bekorten en de drempel naar de GGZ verlagen. Ook wil men in het kader van de projecten de hulpverleners in de eerste lijn zoveel mogelijk ondersteunen alsmede hun deskundigheid ten aanzien van psychische en psychiatrische problematiek bevorderen. In drie van de vier projecten worden deze doelen in het brede kader van vermaatschappelijking van de GGZ geplaatst. Het lijkt er dan vooral om te gaan dat de gespecialiseerde GGZ uit haar ivoren toren treedt en haar aanbod afstemt op de vraag naar ondersteuning en zorg op het terrein van de GGZ binnen de eerste lijn. Voor één van deze drie projecten vormt de verbetering van de concurrentiepositie op de GGZ-markt een aanvullend kader waarbinnen het consultatieproject vormkrijgt. Het vierde project (project II) heeft primair een snelle en adequate hulpverlening op het oog. Dit project wijkt in verschillende opzichten af van de andere projecten. In tegenstelling tot de andere drie projecten streeft dit project geen groei na. Met betrekking tot de implementatiestrategie wordt in dit project van onderop vormgegeven aan de versterking van de eerste lijn. De huisartsen zijn de initiatiefnemers, terwijl in de andere drie projecten een GGZ-instelling initiator is.

Ook de volgens het projectplan ingezette middelen geven vooral overeenkomsten te zien en een paar verschillen. In alle vier de projecten geldt de inzet van een SPV in de eerste lijn als een belangrijk middel om de doelen te bereiken. In een project zet men daarnaast relatief veel psychiateren in in de eerste lijn. De SPV-en kunnen consultatie en advies bieden en in twee van de vier projecten ook een kortdurende behandeling aanbieden. Men richt zich in alle projecten inmiddels niet alleen op de huisartsen, zoals aanvankelijk wel gebeurde, maar ook, zij het in mindere mate, op het maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologen.

Kijken we naar de processen die de projecten doormaken, dan valt - op projectniveau - op dat de consultatieprojecten aanvankelijk vooral op de lagere niveaus van de organisatie invulling kregen, maar dat inmiddels de Raden van Bestuur van de GGZ-instellingen een groot gewicht toekennen aan deze consultatieprojecten. Dat blijkt een belangrijke bevorderende factor, onder meer in de groei van de projecten. Binnen de initiërende GGZ-instellingen van drie projecten is inmiddels, mede als gevolg van de consultatieprojecten, een ingrijpend en gecompliceerd proces in werking gezet waarin wordt vormgegeven aan de inhoudelijke en organisatorische inbedding van de consultatieprojecten in de organisatie.

Onder de geïnterviewde professionals nemen we over het algemeen instemming met en enthousiasme over het consultatieproject waar. Opvallend is dat de verschillende professionals de doelen van de versterking van de eerstelijns GGZ anders interpreteren en vooral andere verwachtingen hebben van de consultatieprojecten. In de analyse van de interviews hebben we ons uitsluitend gericht op het koppel huisarts-SPV. Uit die analyse blijkt dat huisartsen, als gevolg van een grote taakbelasting, graag taken willen delegeren aan de SPV-en. Zij beschouwen het werk van de SPV-en als aanvullend op de

huisartsenzorg. Hoewel dienstverlening aan de huisarts in eerste instantie ook een belangrijk uitgangspunt is in het werk dat de SPV-en verrichten in de eerste lijn, willen zij niettemin niet alleen taken van de huisarts overnemen, maar ook consulteren en adviseren.

Het is belangrijk om aan te tekenen dat in de in dit hoofdstuk gepresenteerde analyse de visies en ervaringen van het AMW en de ELP niet zijn meegenomen. In de volgende rapportage doen we van hun ervaringen met en visies op de versterking van de eerstelijns GGZ wel verslag. Datzelfde geldt ook voor de ervaringen van degenen die wellicht de belangrijkste toetssteen vormen voor de versterking van de eerstelijns GGZ: de cliënten.

# 9 Beschouwing

## 9.1 Inleiding

Het doel van het evaluatie-onderzoek “Versterking eerstelijns GGZ” is het evalueren van het pakket aan maatregelen dat het Ministerie van VWS heeft uitgezet om te komen tot een sterkere en meer samenhangende eerstelijns GGZ. De maatregelen bestaan uit de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW, de Consultatieregeling, ondersteuning van de versterking GGZ-poortwachtersrol van huisartsen, kwaliteitsprojecten, samenwerkingsprojecten (Korte Lijnen, Diabolo-project, onderzoek Financiële Toegankelijkheid eerstelijnspsychologen). Bij de voormeting is weergegeven hoe de eerstelijns GGZ vóór dan wel in de startfase van de versterkende maatregelen functioneerde op de indicatoren capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking, verwijzstromen en hulpverlening. De resultaten van de voormeting uit de eerste interim-rapportage staan beschreven in de inleiding (hoofdstuk 1, paragraaf 1.4), de resultaten van de voormeting uit de tweede interim rapportage in de samenvatting (hoofdstuk 2). Deze resultaten laten zien dat er een aantal knelpunten bestaan in het functioneren van de eerstelijns GGZ. In deze beschouwing worden de gevonden knelpunten besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de potentiële rol van de VWS-maatregelen ten aanzien van de knelpunten. Als de versterkende maatregelen een positief effect hebben, zouden deze knelpunten verminderd moeten zijn aan het eind van de evaluatieperiode, dus op de nameting. Ten slotte zetten we uiteen op welke aspecten de aandacht bij de evaluatie in de eindrapportage in 2004 gericht zal worden.

## 9.2 Knelpunten in de eerstelijns GGZ vóór dan wel in de startfase van de versterkende maatregelen

### **Binnen de eerstelijns GGZ:**

- De beoogde **GGZ-poortwachtersrol van de huisarts** levert knelpunten op. Via deze poortwachtersrol heeft de huisarts de taak patiënten met psychische en sociale problemen te herkennen en voor hen een passend zorgaanbod te zoeken, door patiënten te onderscheiden die binnen de eerste lijn behandeld kunnen worden van patiënten die gespecialiseerde hulp nodig hebben. De resultaten met betrekking tot de GGZ-hulpverlening van huisartsen laten zien dat huisartsen relatief veel tijd kwijt zijn met GGZ-problematiek. De duur van een consult bij psychische en sociale problematiek is gemiddeld twee keer zo lang als een somatisch consult, patiënten met psychische problemen bezoeken de huisarts ruim anderhalf keer zo vaak als patiënten met een somatische diagnose en ze komen vaker voor hetzelfde (GGZ-) probleem bij de huisarts. Ook uit de enquête die in 2001 onder huisartsen is gehouden door de WOK en het NIVEL bleek dat een gebrek aan tijd en een te groot takenpakket een

belangrijk knelpunt is in het verlenen van GGZ-zorg. De meeste geënquêteerde huisartsen gaven te kennen dat zij hun taakopvatting omtrent diagnostiek en behandeling van GGZ-problematiek en de hierbij behorende verantwoordelijkheden niet in overeenstemming kunnen brengen met de dagelijkse praktijk. Uit de regionale casestudies kwam eveneens naar voren dat veel huisartsen zich gedwongen zien door tijdgebrek of anderszins taken af te staan. Uit de geregistreerde hulpverlening blijkt dat huisartsen psychische klachten vaker met psychofarmaca behandelen dan in een aantal gevallen wenselijk is en ze daarentegen maar een relatief klein aantal patiënten verwijzen naar andere eerstelijns- of tweedelijns GGZ-hulpverlening. Aangaande de poortwachtersrol van de huisarts dient ook opgemerkt te worden dat niet alle patiënten met GGZ-problematiek via de huisarts in de hulpverlening terecht komen. Bij het AMW komt bijvoorbeeld bijna de helft van de cliënten op eigen initiatief terecht, bij de eerstelijnspsycholoog geldt dit voor een vijfde deel van de cliënten. Ook deze eerstelijnsdisciplines moeten dus kunnen beoordelen of deze patiënten misschien beter op hun plaats zijn bij een andere hulpverlener, in de eerstelijns dan wel de tweedelijns. Voor deze situaties is een goede samenwerking met andere hulpverleners binnen de eerste- en tweedelijns GGZ essentieel.

- De frequentie van overleg tussen de eerstelijnsdisciplines is over het algemeen vrij laag, en beperkt zich tot overleg over hulpverlening aan patiënten. Slechts een kwart van de huisartsen heeft bijvoorbeeld regelmatig overleg met het AMW en slechts 12% van de huisartsen heeft regelmatig overleg met een eerstelijnspsycholoog. Er vindt weinig overleg plaats over onderlinge samenwerking tussen hulpverleners: overlegsituaties zijn weinig geformaliseerd en er wordt weinig tijd uitgetrokken voor overleg over structurele aspecten van samenwerking, zoals bijvoorbeeld taakafbakening, verwijscriteria of samenwerkingsprotocollen. Dit kwam ook in de regionale casestudies op beleidsmatig niveau naar voren. Het overleg is vooral ad hoc en afhankelijk van persoonlijke ervaringen en relaties met andere hulpverleners. Ook de kwaliteit van de berichtgeving van AMW aan huisartsen wordt als onvoldoende beoordeeld. Bovendien zijn er weinig afspraken gemaakt over terugkoppeling van het AMW aan eerstelijnspsychologen en vice-versa over hulp aan doorverwezen patiënten. Zoals uit de regionale casestudies blijkt speelt hetzelfde probleem zich ook af op beleidsmatig niveau. Voor zover er op beleidsmatig niveau samengewerkt wordt is dit niet geformaliseerd of geprotocolleerd. Toch blijkt uit de casestudies op beleidsniveau dat er wel behoefte is aan afspraken over bijvoorbeeld verantwoordelijkheden in een situatie waarbij meerdere partijen met één en dezelfde cliënt te maken hebben.

Een belangrijke reden voor het feit dat er weinig overleg is over structurele aspecten van samenwerking is tijdgebrek. Huisartsen en eerstelijnspsychologen krijgen geen vergoeding voor dergelijk overleg en moeten dit in hun vrije tijd plannen, terwijl de werkdruk sowieso al hoog is. Het AMW kan het overleg weliswaar in diensttijd plannen, maar dit verhoogt weer de druk op de directe hulpverlening.

- Huisartsen hebben last van de lange wachttijden bij AMW en eerstelijnspsychologen. Dit werd in de WOK/NIVEL-enquête door bijna de helft van de huisartsen als



belangrijkste knelpunt genoemd. Het capaciteitsprobleem bij AMW en eerstelijnspsychologen wordt bevestigd door de hulpverleningsgegevens: bij het AMW was de wachttijd gemiddeld 24 dagen, waarbij een kwart van de cliënten langer dan een maand moest wachten. Bij eerstelijnspsychologen was de wachttijd gemiddeld 12 dagen in 1998, welke zelfs is toegenomen tot 17 dagen in 2002; bij 10% van de cliënten was de wachttijd langer dan een maand. De ontoereikende capaciteit lijkt dus inderdaad een belemmering te zijn om binnen de eerstelijns GGZ door te verwijzen. Bovendien kan dit ook een belemmering zijn voor de tweedelijns GGZ om patiënten zodra dit mogelijk is (terug) te verwijzen naar de eerstelijns GGZ.

- Er is een onduidelijke taakafbakening tussen de diverse beroepsgroepen die de huisarts in de eerstelijns ter zijde zouden moeten staan. De komst van de GGZ-verpleegkundige in de eerstelijns heeft deze situatie nog minder helder gemaakt. Duidelijke afspraken over wie welke patiënten kan behandelen kan ervoor zorgen dat het AMW, eerstelijnspsychologen en GGZ-verpleegkundige elkaar meer gaan aanvullen in plaats van als afzonderlijke/onafhankelijke disciplines te functioneren. Eerstelijnspsychologen zijn gespecialiseerd in diagnostiek van psychische problematiek, het AMW is gespecialiseerd in begeleiding in relatie tot de sociale situatie van de cliënt. De GGZ-verpleegkundige kan gelden als deskundig op het gebied van ernstige psychische problemen en als een goede zaakvertegenwoordiger van de eerstelijns binnen de gespecialiseerde GGZ. Als alle partijen beter op de hoogte zijn van wederzijdse kernkwaliteiten en werkzaamheden zal dit de onderlinge verhoudingen ten goede komen en een gunstig resultaat op wachtlijsten kunnen hebben.

#### **Knelpunten in relatie tot de tweedelijns GGZ**

- De eerstelijnspartijen zijn relatief onbekend met de tweedelijns GGZ. Huisartsen zijn bijvoorbeeld wel redelijk bekend met ambulante GGZ, maar slechts een derde van de huisartsen is goed bekend met hulpverlening van psychiatrie, vrijgevestigde (andere – niet eerstelijns – psycholoog, psychiater of psychotherapeut) en verslavingszorg. Bovendien worden huisartsen over het algemeen slecht op de hoogte gehouden van hulpverlening door de tweedelijns GGZ bij doorverwezen patiënten. Vooral de berichtgeving van vrijgevestigden en verslavingszorg op dit gebied is onvoldoende. De onbekendheid van huisartsen met de tweedelijns GGZ blijkt ook uit het feit dat ze grote behoefte hebben aan een sociale kaart van de GGZ-hulpverlening en aan een geautomatiseerd overzicht van wachtlijsten bij de verschillende GGZ-instellingen. De regionale casestudies op hulpverleningsniveau bevestigen dit beeld: ook daarin kwam naar voren dat huisartsen nauwelijks zicht hebben op de behandelmogelijkheden in de tweedelijns GGZ. De GGZ-verpleegkundige heeft voor dergelijke informatie vaak een ondersteunende functie. Huisartsen ervaren meer problemen in de samenwerking met ambulante GGZ en verslavingszorg dan met psychiatrie/PAAZ en vrijgevestigde. Ook eerstelijnspsychologen zijn onbekend met sommige hulpverleners van de tweedelijns GGZ, te weten de GGZ-verpleegkundige en de verslavingszorg. De onbekendheid met de tweedelijns GGZ belemmert een adequate doorverwijzing. Als eerstelijnsdisciplines niet voldoende zicht hebben op het hulpaanbod, zowel

inhoudelijk als qua capaciteit, kunnen ze niet goed beoordelen door welke hulpverlener de patiënt het beste behandeld kan worden (de juiste patiënt op de juiste plaats).

- Het overleg van huisartsen met de tweedelijns GGZ is voornamelijk incidenteel, en beperkt zich tot overleg over hulpverlening aan patiënten. Overleg over onderlinge samenwerking vindt weinig plaats, evenals overleg op beleidsniveau. Bovendien zijn er weinig afspraken over berichtgeving aan huisartsen met betrekking tot hulpverlening over doorverwezen patiënten. Ook de meeste eerstelijnspsychologen ontvangen nooit bericht van de tweedelijns GGZ over hulpverlening aan doorverwezen patiënten. Een gebrek aan (afspraken over) goede onderlinge communicatie staat de uitwisseling van deskundigheid in de weg. Dit kan de eerstelijns hulpverlener belemmeren om een juiste inschatting te maken of een patiënt het beste kan worden verwezen, en welke GGZ-specialist de meest geschikte is. Ook is het zo dat een gebrek aan goede communicatie eventuele mogelijkheden voor terugverwijzing van de patiënt naar de eerstelijns hulpverlener in de weg kan staan.
- Er zijn lange wachttijden bij de ambulante GGZ, de psychiatrie/PAAZ en de vrijevestigden. Uit de WOK/NIVEL-enquête bleek dat 81% van de huisartsen de wachttijd bij de ambulante GGZ als een knelpunt ervaart; voor de psychiatrie/PAAZ en vrijevestigde was dit resp. 59% en 48%. De lange wachttijden belemmeren de mogelijkheid om patiënten vanuit de eerstelijns naar de tweedelijns GGZ te verwijzen.
- In de regionale casestudies op beleidsniveau zijn enkele knelpunten aan het licht gebracht met betrekking tot de coördinatie van de uitvoering van het pakket maatregelen. De drie eerstelijns GGZ-partijen zien elkaar (nog) niet of nauwelijks als samenwerkingspartners. Er vindt geen aansturing plaats op de doelen van het programma van VWS, deels omdat er weinig motivatie is om tot beleidsmatige samenwerking te komen en deels omdat er geen eenduidige visie is op de eerstelijns GGZ. Met name de geringe betrokkenheid van de gemeenten bij de maatregelen is opvallend, omdat zij in principe een regierol vervullen in het op gang brengen van beleidsmatige samenwerking. Zij horen in principe een rol te hebben in het lokale gezondheidsbeleid, dus ook in het beleid ten aanzien van de eerstelijns GGZ. De bij het onderzoek betrokken gemeenten voelden zich echter niet verantwoordelijk voor het realiseren van het doel van het versterkingsprogramma als geheel. Daarbij moet opgemerkt worden dat er bij de invoering van de maatregelen geen aandacht is geweest voor een coördinerende taak van de gemeente inzake de versterkende maatregelen. Gemeenten bleken bijvoorbeeld geen overzicht hebben over het totaalpakket aan versterkende maatregelen. De vraag is dus in hoeverre het reëel is om in zo'n situatie te verwachten dat gemeenten een regierol op zich kunnen nemen. Ook bleek dat nagenoeg geen enkele andere partij (zorgkantoren, huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen, tweedelijns GGZ) in 2001 op de hoogte was van het complete pakket aan maatregelen van VWS. De partijen hadden alleen zicht op en waren alleen betrokken bij de maatregelen waar ze zelf mee te maken hebben. Dit belemmert de initiatieven en inspanningen om tot een samenhangende eerstelijns GGZ te komen.

### 9.3 Rol van de versterkende maatregelen in het oplossen van de knelpunten

#### *Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW*

De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet om de capaciteit van het AMW uit te breiden. Gezien het feit dat huisartsen de capaciteit van onder andere het AMW als knelpunt ervaren, dat de wachttijd bij het AMW gemiddeld 24 dagen is, en dat een kwart van de cliënten niet binnen een maand geholpen kan worden, kan de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel een belangrijke bijdrage leveren aan het oplossen van dit capaciteitsprobleem. Uitbreiding van de capaciteit zou moeten leiden tot een afname van de wachtlijsten bij het AMW, met als indirect gevolg een toegenomen mogelijkheid tot doorverwijzingen naar het AMW; capaciteitsuitbreiding zal de verwijsstroom naar het AMW dus stimuleren.

Het is echter nog maar de vraag of met de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel de capaciteit voldoende uitgebreid kan worden, aangezien maximaal 20% van de gevraagde uitbreiding mogelijk is. Een zodanige capaciteitsuitbreiding dat de verwijsmogelijkheden naar het AMW niet meer wordt belemmerd door wachtlijsten zal dus niet overal bereikt worden na afloop van de stimuleringsperiode. VWS heeft dit voorzien en heeft daarom toegezegd dat de gelden om de AMW-capaciteit uit te breiden na 2003 structureel beschikbaar komen via het Gemeentefonds.

Een andere opmerking die in dit verband gemaakt moet worden, is dat er in de voormeting geen correlatie is aangetroffen tussen de regionale capaciteit van het AMW en het geschatte aantal verwijzingen door huisartsen in die betreffende regio's binnen de eerstelijns-GGZ (dit is AMW en eerstelijnspsycholoog tezamen genomen). De voormetingsgegevens bieden dus vooralsnog geen steun voor de veronderstelling dat het aantal verwijzingen naar het AMW zal toenemen als de capaciteit bij het AMW toeneemt.

#### *Consultatieregeling*

Uit het feit dat er ongeveer 120 consultatieprojecten lopen en dat de laatste twee jaar de regeling uitputtend gebruikt werd, blijkt dat de behoefte aan de Consultatieregeling groot is. Het oorspronkelijke doel van de Consultatieregeling was tweeledig: de mogelijkheid voor eerstelijns GGZ om advies te vragen aan de tweedelijns GGZ en het vergroten van de deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek binnen de eerste lijn. Daardoor zouden meer patiënten met GGZ-problematiek binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden, met als gevolg een afname in de verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ. De deskundigheidsoverdracht via de Consultatieregeling komt in de praktijk echter lang niet overal van de grond, zoals blijkt uit de consultatieregistraties en de regionale casestudies op hulpverleningsniveau. Bij het merendeel van de projecten blijft de kennis bij de consultatiegever, meestal een GGZ-verpleegkundige, die zonder de consultatievrager de patiënt ziet. Hoewel de consultatiegever wel in de praktijk van de huisarts werkt, is er niet direct sprake van deskundigheidsoverdracht naar de huisarts zelf.

Wat ook niet overeen komt met de oorspronkelijke doelstelling van de Consultatieregeling is het feit dat de regeling vaak gebruikt wordt om GGZ-problematiek in de huisartspraktijk door een GGZ-verpleegkundige te laten behandelen. In slechts een kwart van de gevallen zet de consultatievrager de behandeling zelf voort. Bovendien is er in bijna de helft van de gevallen sprake van een doorverwijzing, meestal naar de tweedelijns GGZ. Het lijkt er dus op dat de huisarts in veel gevallen vooral behoefte heeft

aan een verruiming van zijn verwijsmogelijkheden. Dit is een onbedoeld effect van de Consultatieregeling: ze kan juist leiden tot een toename van verwijzingen naar de tweedelijns in plaats van een afname. Met ondersteuning van een GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan problematiek gesignaleerd worden die anders onopgemerkt of onbesproken zou zijn gebleven. Ook worden patiënten gemakkelijker gemotiveerd om hulp te zoeken in de tweedelijns GGZ. Uit de registratie van consultatieve contacten blijkt dat dit ook geschiedt bij psychosociale problemen, waarvan men veronderstelt dat die goed in de eerstelijns behandeld kunnen worden.

De vraag is hoe de rol van de Consultatieregeling op deze punten (geen deskundigheidsoverdracht, behandeling in plaats van consultatie, meer doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ) in de toekomst vorm moet gaan krijgen.

Behalve een adviserende en deskundigheidsbevorderende rol binnen de eerstelijns kan de Consultatieregeling ook een rol vervullen in het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. In dit kader is het belangrijk om de consultatieprojecten meer te richten op het AMW en eerstelijnspsychologen dan tot nu toe het geval is, om ook de samenwerking van deze disciplines met de tweedelijns GGZ te stimuleren. De koepelorganisaties van het AMW en eerstelijnspsychologen hebben te kennen gegeven hier wel behoefte aan te hebben. Deze disciplines zijn pas op een laat tijdstip betrokken bij de Consultatieregeling; in de eerste instantie was de regeling alleen toegespitst op huisartsen, waardoor het beschikbare geld voor het grootste deel besteed is aan projecten met de huisarts als consultatievrager. Daarnaast is er in het veld discussie over het feit dat AMW en eerstelijnspsychologen niet kunnen fungeren als consultatiegever. Meer mogelijkheid hiertoe zou ertoe bijdragen dat deskundigheden toegankelijker worden waar het nodig is.

De huidige gang van zaken bij veel consultatieve projecten leidt ook tot discussie over de rol van de GGZ-verpleegkundige in de eerste lijn. Dit blijkt niet zozeer uit de kwantitatieve gegevens als wel uit de regionale casestudies. Bij GGZ-verpleegkundigen die in dienst zijn van een huisarts is vaak onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld ten aanzien van verantwoordelijkheid voor doorverwijzing van patiënten. Deze verschillen namelijk per project (Bosman & Lange, 2002). De meeste GGZ-verpleegkundigen zeggen meer taken te verrichten dan alleen het geven van consultatie en advies in de eerste lijn. Er wordt weinig tijd uitgetrokken voor onderling overleg tussen huisarts en GGZ-verpleegkundige om de taken en verantwoordelijkheden helder af te bakenen.

#### *Kwaliteitsprojecten*

De kwaliteitsprojecten zijn vanuit het Samenwerkingsconvenant opgezet om een eenduidige visie op de eerstelijns GGZ te krijgen. De uitwerking hiervan is bij alle drie de disciplines gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van deskundigheid op het gebied van de GGZ-hulpverlening. Van deze kwaliteitsprojecten wordt een effect op het niveau van deskundigheid in de eerstelijns verwacht. Deze processen zijn weliswaar in werking gezet, maar een aantal uitkomsten ervan (kwaliteitsbeleid bij het AMW en eerstelijnspsychologen) zullen eerder voorwaardenscheppend zijn dan rechtstreeks van invloed op het primaire proces.

Kwaliteitsprojecten die – per district verschillend – onder huisartsen worden ingevoerd zijn meer op het primaire proces gericht. Met de implementatie ervan is pas in de loop van 2002 een begin gemaakt. Effecten ervan worden bestudeerd door de WOK, maar er kan niet worden verwacht dat in het komende jaar al effecten gemeten kunnen worden..

### *Samenwerkingsprojecten*

#### *Korte Lijnen*

Dit project heeft tot doel om de structurele samenwerking binnen de eerstelijns GGZ te verbeteren. Zoals uit de knelpunten naar voren kwam, was er in de startfase van de maatregelen nog nauwelijks sprake van gestructureerde samenwerking. Bovendien vond dit voornamelijk op uitvoerend niveau plaats. Het is noodzakelijk dat alle drie de partijen bereid zijn om tijd en energie te steken in structurele samenwerking, wil men komen tot een samenhangende eerstelijns GGZ. Daartoe is het nodig om eerst binnen elke beroepsgroep op beleidsmatig niveau draagvlak en structuur te creëren voor samenwerking. Dit dient vervolgens als basis voor een structurele samenwerking op uitvoerend niveau, onder andere via implementatie van samenwerkingsprotocollen. Het project Korte Lijnen beoogt de samenwerking tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen via de zojuist genoemde weg te stimuleren, met als doel dat er frequenter overlegd wordt, de kwaliteit van het overleg verbetert, er meer energie gestoken wordt in overleg over samenwerking, en dat de frequentie en kwaliteit van de onderlinge berichtgeving toeneemt. Indirect kunnen door het project de verwijfsstromen vanuit huisartsen naar het AMW en eerstelijnspsychologen toenemen.

#### *Diaboloproject*

Het Diaboloproject heeft tot doel om zowel de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ als met de tweedelijns GGZ te verbeteren. Uit de knelpunten blijkt dat het inderdaad zinvol is om ook de samenwerking met de tweedelijns GGZ te stimuleren. Eerstelijnsdisciplines zijn over het algemeen vrij slecht bekend met het hulpaanbod en de wachtlijsten van de tweedelijns GGZ. Een betere samenwerking met de tweedelijns GGZ kan ertoe bijdragen dat de eerstelijns beter op de hoogte is van wat de tweedelijns GGZ te bieden heeft. Bovendien kan een betere samenwerking ook de uitwisseling van deskundigheid stimuleren. De activiteiten van het Diaboloproject bevorderen dus een efficiënter verwijfsgedrag: de eerstelijns kan beter inschatten of patiënten doorverwezen moeten worden naar de tweedelijns GGZ, en als dit het geval is naar welke hulpverlener het beste verwezen kan worden, zowel qua hulpaanbod als qua capaciteit. Ook voor de Diabolo-deelprojecten geldt hetgeen al eerder gesteld is: op veel plaatsen zijn ze nog in het stadium van projectidee of beginnende implementatie en op die plaatsen kunnen we bij de nameting nog geen effecten verwachten.

#### *Project Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen*

Doel van dit project is om te onderzoeken in hoeverre een verlaging van de financiële drempel het aantal verwijfsingen van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog doet toenemen. Het project is dus gericht op het stimuleren van de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ.

Het project haakt weliswaar niet rechtstreeks aan op de knelpunten die binnen deze evaluatiestudie gesignaleerd zijn, maar onderzoekt juist het vermoeden dat de financiële drempel voor hulp van een eerstelijnspsycholoog een knelpunt is voor verwijzing naar deze hulpverlener. De resultaten bevestigen dit vermoeden: door het verlagen van de financiële drempel neemt het aantal verwijzingen van huisartsen naar eerstelijnspsycholoog toe, terwijl er een afname van 10% is van verwijzingen naar de ambulante GGZ. Een verlaging van de financiële drempel lijkt dus inderdaad bij te dragen aan een toename van de verwijsstromen vanuit huisartsen binnen de eerstelijns GGZ en een afname van verwijsstromen vanuit huisartsen naar de tweedelijns GGZ. Uit de bevindingen van het kwaliteitsproject bij huisartsen bleek eveneens dat huisartsen verlaging van de financiële drempel bij eerstelijnspsychologen een noodzakelijke randvoorwaarde vinden om de GGZ-poortwachtersrol goed te kunnen vervullen.

Ten aanzien van deze samenwerkingsprojecten (en dat lijkt te gelden voor alle projecten die met extra middelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ worden opgezet) moet opgemerkt worden, dat ze met name plaats lijken te vinden in regio's die wat betreft hun samenwerking binnen eerstelijns respectievelijk met de tweedelijns-GGZ hoger dan gemiddeld scoorden. Uit de regionale case-studies op beleidsniveau blijkt dat bij regio's waar meer initiatieven en projecten lopen de verschillende partijen elkaar op beleidsniveau meer tegenkomen. Uit de regionale analyse van de voormeting blijkt dat op uitvoerend niveau hetzelfde geldt: in regio's waar veel initiatieven en projecten zijn is de samenwerking beter. Regio's die al gemotiveerd zijn voor samenwerking nemen blijkbaar eerder het voortouw in de versterkende maatregelen dan regio's waar de samenwerking nog niet goed functioneert. De maatregelen worden dus niet per definitie daar optimaal ingezet waar ze het meest nodig zijn.

Bovenstaande beschrijving geeft aan dat het totaalpakket aan versterkende maatregelen in principe een stimulans biedt om tot een meer samenhangende en sterkere eerstelijns GGZ te komen. Alle maatregelen afzonderlijk hebben de potentie om bij te dragen aan het verminderen van de geconstateerde knelpunten in de eerstelijns GGZ. Er zijn echter de nodige kanttekeningen bij geplaatst die onze verwachtingen voor de uitkomst van de evaluatie over een jaar moeten nuanceren.

#### **9.4 Verwachtingen omtrent de effecten van de versterkende maatregelen die in 2004 gerapporteerd kunnen worden.**

Het pakket van maatregelen dat we met de onderhavige studie evalueren betreft de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts zou de eerste opvang van psychische en sociale problemen zijn. Deze problemen zouden onder regie van de huisarts – waar mogelijk en verantwoord – binnen de eerstelijns worden opgevangen. Waar specialistische hulp geïndiceerd is zou de huisarts zorgen dat deze patiënten naar de gespecialiseerde GGZ verwezen worden. De huisarts zou hiermee inzake psychische problemen dezelfde rol vervullen die hij ook inzake somatische problemen van oudsher vervult: eerste diagnostiek, waar mogelijk zelf

behandelen (of door een ander binnen de eerstelijns laten behandelen c.q. verzorgen: de thuiszorg, de paramedici in de eerstelijns) en anders verwijzen naar een specialist. De hulp die daarbij de huisarts – en zijn partners in de eerstelijns-GGZ: het AMW en de eerstelijnspsycholoog – in het vooruitzicht werd gesteld bestond uit een toename in de capaciteit van de partners van de huisarts, deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-hulp en een verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen eerstelijns en tweedelijns-GGZ.

Deze drie aspecten worden in onze evaluatie gezien als voorwaardenscheppend voor de bedoelde uitkomsten: een ombuiging van verwijsstromen van specialistische GGZ naar eerstelijns en een betere hulpverlening aan patiënten met psychische problemen op de meest geëigende plek. Immers, om patiënten met psychische problemen op de meest geëigende plek te behandelen is het zinvol om het principe van stepped care te hanteren (vgl. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002): een behandeling inzetten met middelen die zo licht mogelijk zijn, en pas wanneer dit faalt een zwaarder middel proberen. Dit is in feite het principe waarop ook het hele huisartsgeneeskundige handelen bij somatische klachten gebaseerd is. Om een stepped care benadering te kunnen toepassen is het nodig dat:

- de huisarts deskundig genoeg is om zogenaamde ‘common mental disorders’ (ofwel de meeste ongecompliceerde vormen van angst en depressie) zelf te behandelen,
- de partners van de huisarts in de eerstelijns-GGZ de deskundigheid hebben om een tweede stap voor hun rekening te nemen, met inachtneming van hun specifieke deskundigheden,
- de partners van de huisarts over voldoende capaciteit beschikken
- de samenwerkingslijnen binnen eerstelijns en tussen eerstelijns en tweedelijns-GGZ zodanig zijn dat volgende stappen in stepped care moeiteloos gezet kunnen worden.

Het evaluatie-onderzoek was er dus op gericht om na te gaan of de maatregelen van VWS om zo’n stepped care benadering te faciliteren het gewenste effect had op de genoemde voorwaarden: capaciteit, deskundigheid en samenwerking. De gewenste uitkomst zou daar uit voort moeten komen.

Afgeleid uit de vorige paragrafen kunnen we de volgende kanttekeningen plaatsen bij deze uitgangspunten:

- In principe zijn de geplande maatregelen van VWS wel uitgevoerd, waarbij aangetekend is dat de ene maatregel sneller geëffectueerd is dan de andere, en dat de ene regio sneller is met de invoering ervan dan de andere.
- Niet iedere maatregel heeft een even expliciet effect op de door ons gehanteerde indicatoren: capaciteitsuitbreiding bij het AMW is concreter en op kortere termijn meetbaar via de capaciteitsveranderingen van het AMW dan bijvoorbeeld invoering van een kwaliteitsbeleid bij eerstelijnspsychologen dat beoogt de deskundigheid van deze groep te bevorderen.
- Maatregelen lijken soms gebruikt te worden door groepen of gebieden die ze niet het meeste nodig zouden hebben.

- Effecten van de samenwerkingsprojecten kunnen alleen in die regio's gemeten worden waar deze projecten lopen. Landelijke effecten zijn alleen te verwachten als de samenwerkingsprojecten breder worden ingezet.
- Het blijft de vraag of het basisidee van de huisarts als regievoerder voor de eerstelijns-GGZ wel breed genoeg gedragen wordt. Deels lijken eerstelijns-GGZ versterkende maatregelen ook gebruikt te worden om een goede uitweg naar de gespecialiseerde GGZ te creëren.
- Het doel van de evaluatiestudie is om te onderzoeken wat de effecten zijn van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ. De maatregelen van VWS lopen nog tot eind 2003, maar de nameting van de evaluatiestudie kan echter niet later plaats vinden dan halverwege 2003. Dit betekent dat de nametingsgegevens grotendeels op het jaar 2002 gebaseerd zullen zijn, waardoor de evaluatie geen effecten van de *gehele* stimuleringsperiode kan weergeven. Veel effecten zullen pas na afloop van de stimuleringsperiode zichtbaar worden omdat de activiteiten pas op langere termijn doorwerken op de indicatoren voor een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ: deskundigheidsbevordering, samenwerking, verwijfsstromen en hulpverlening. Willen we een goed beeld krijgen van het effect van de maatregelen, dan is het noodzakelijk om ruim na afloop van de stimuleringsperiode (bijvoorbeeld één tot twee jaar later) nogmaals de stand van zaken binnen de eerstelijns GGZ te evalueren.
- Willen de versterkende maatregelen daadwerkelijk kunnen leiden tot het uiteindelijke doel: samenwerkingslijnen die zodanig zijn dat het stepped care principe kan worden gevolgd, dan is het van essentieel belang dat er een continue aansturing plaatsvindt om deze doelstelling centraal te houden binnen de eerstelijns GGZ. Zonder een gemeenschappelijk gedragen visie bij huisartsen AMW en eerstelijnspsychologen ontbreekt de basis voor een samenhangende eerstelijns GGZ, en daarmee voor de versterkende maatregelen.

Deze overwegingen in aanmerking nemend, zullen we ons in onze nameting waarover we in maart 2004 rapporteren op de volgende effecten gaan richten:

#### *Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW*

Naarmate de capaciteit van het AMW meer is toegenomen:

- kortere wachttijden AMW in 2002
- toegenomen verwijfsstromen naar het AMW (voornamelijk via de huisarts)

#### *Consultatieregeling*

- indien consultatieprojecten zich richten op consultaties aan eerstelijns hulpverleners: toegenomen GGZ-deskundigheid binnen de eerste lijn
- voor zover de betreffende GGZ-instelling bij een consultatieproject betrokken is: betere (=efficiëntere) samenwerking met de tweedelijns GGZ

Bij aanvang van de studie verwachtten we tevens de volgende effecten van de Consultatieregeling:

- afgenomen verwijfsstromen van huisartsen die in consultatieve projecten participeren naar de tweedelijns GGZ



- meer behandeling van GGZ-problematiek door huisartsen die in consultatieve projecten participeren

Echter, op grond van de ervaringen tot nu toe bij de werkwijze bij de meeste consultatieve projecten, verwachten we deze effecten op dit moment niet meer, maar zullen we deze bij de nameting nog wel evalueren.

#### *Korte Lijnen*

In regio's waar deze samenwerkingsprojecten worden ondernomen, respectievelijk bij huisartsen die daaraan participeren verwachten we:

- toegenomen samenwerking tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen: frequenter overleg, hogere kwaliteit overleg, meer overleg over samenwerking, toegenomen onderlinge berichtgeving
- toegenomen verwijsstromen naar AMW en eerstelijnspsychologen

#### *Project Verruiming Financiële Toegankelijkheid Eerstelijnspsychologen*

In de experimentele regio's verwachten we, in vergelijking met de rest van Nederland

- toegenomen verwijsstroom van huisartsen naar eerstelijnspsychologen

#### *Diaboloproject*

In regio's waar diablo-deelprojecten draaien, respectievelijk bij huisartsen die daarin participeren verwachten we:

- toegenomen samenwerking tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen: frequenter overleg, hogere kwaliteit overleg, meer overleg over samenwerking, toegenomen onderlinge berichtgeving
- toegenomen samenwerking van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen met de tweedelijns GGZ: frequenter overleg, hogere kwaliteit overleg, meer overleg over samenwerking, toegenomen onderlinge berichtgeving
- toegenomen verwijsstromen naar AMW en eerstelijnspsychologen

Daarnaast zullen we rapporteren over de over-all veranderingen in verwijsstromen en hulpverlening door de drie betrokken beroepsgroepen die zich met eerstelijns-GGZ bezighouden. Gezien de verschillende doorkruisende voorwaarden verwachten we echter in deze opzichten geen grote veranderingen die toe te schrijven zijn aan de versterkende maatregelen. Het komt er op neer dat veranderingen hopelijk worden aangetroffen op het gebied van de voorwaarden onder welke een stepped care benadering kan worden toegepast: capaciteitsuitbreiding van het AMW en eerstelijnspsychologen, deskundigheidsbevordering en betere samenwerking.



# Literatuur

Bijl RV, Ravelli A, Zessen GJ van . *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33, 587-595

Bloemheuvel AG, Kasdorp JP, Mimpfen LJM, Zenderen LAM van. *Richtlijnen ontwerpen van plannen ziekenhuisvoorzieningen*. Gezondheidszorg Wetgeving, deel 1, A IVc-3. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 1998

Boer C . *Werk- en jaarplan 2003 e.v. van het Diaboloproject* (interne publicatie)2002.

Boer C . *Rapportage 2002 van het Diaboloproject* (interne publicatie)2003.

Bosman M, Lange J de. *De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken*. Utrecht: Trimbos Instituut 2002

Caplan G. *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. New York: Basic Books 1970

Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A van den, Bensing J, Maeseneer J de. *Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries*. *British Medical Journal* 2002; 325, 7362, 472-474

Gersons BPR. *De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie*. Alphen aan den Rijn: Samsom 1977

Groenewegen PP, Hutten JBF. *Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature*. *Social Science and Medicine* 1991; 32(10), 1111-1119.

GGZ Nederland. *Naar een transparante GGZ. Brancherapport GGZ 1993-1997*. Den Haag: Sdu Uitgevers 1999

Haen F de, Algra J. *Harmonisering van GGZ-regio 's*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut 1990

Heiligers PhJM., Verhaak PFM. *De GGZ-poortwachterspositie van de huisarts*. Utrecht: NIVEL 2000

Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press 1987

Lamberts H. (1991). *Het huis van de Huisarts*. Lelystad: Meditekst.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van Velen*. Eindrapport. Den Haag: LCGV.

- LHV (2001). *Werkplan Kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen*. Utrecht: LHV (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, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003). *Rapportages Kwaliteitsprojecten eerstelijnspartijen*. Utrecht: Stuurgroep 02-087 (interne publicatie).
- LHV/NHG-projectgroep GGZ (2003). Kwaliteitsbeleid geestelijke gezondheidszorg-huisartsen. Jaarverslag 2002 (interne publicatie, concept).**
- LHV, LVE, MOgroep (2003). *Jaarrapport 2002 en verdere planning van het gezamenlijke project Korte Lijnen* (interne publicatie, concept).
- LVE (2001). LVE Beleidsnotitie. *Aanpak ICT-beleid van 2001 tot 2003*. Amsterdam: LVE (interne publicatie).
- Meijer, SA, Zantinge, EM, Verhaak, PFM, Kornalijnslijper, N, Smeets, KAPW, Schoenmakers, CJHH (2002). *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een beleidsprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te versterken. Eerste Interim Rapportage: maart 2002*. Utrecht: NIVEL/SGBO.
- Mesman J, Verhaak PFM (2001). *De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen*. Utrecht: NIVEL
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Brief Tussenrapportage Stiumuleringsregeling AMW*.
- Ravenzwaaij JF (1972). *Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Meppel: Boom.
- Vries, W.L. de (2001). Consultatie in de eerste lijn: betweterij of hemels geschenk? In: *Huisarts en Wetenschap*, 12, november 2001, 559-562.
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM (2003). *De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: aanleiding en methoden*. Huisarts en Wetenschap, 46 (1).
- Verhaak PFM (1995). *Mental Disorder in the Community and in General Practice: Doctors' Views and Patients' Demands*. Avebury: Aldershot
- Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG (2002). *Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie?* Huisarts en wetenschap, 45 (13), 722-725
- Verhaak PFM, Zantinge EM, Boer ME de, Berg JF van den, Voordouw I (2003). *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2002)*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut.

Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R (2002). *De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête*. Nijmegen: WOK.

Wentink M, Hattum MJC van, Hutschemaekers G (2002). *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Westert GP, Hoonhout LHF, Bakker DH de, Hoogen HJM van den, Schellevis FG (2002). *Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen*. Huisarts en Wetenschap, 45 (2).

Wilson A (1991). *Consultation length in general practice: a review*. British Journal of General Practice, 41, 119-122.

IJland CM, Drouven LE (2002): *Evaluatie project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen*. Enschede: Hoeksma, Homans & Mentink.

Zantinge EM, Verhaak PFM, Berg JF van den, Voordouw I (2002). *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten 2002*. NIVEL/Trimbos-instituut, juli 2002.



## Lijst met afkortingen

AMW:	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DHV:	Districts Huisartsen Vereniging
DKB:	Deskundigheidsbevorderings-produkten (huisartsen)
DPO:	Driepartijenoverleg (huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen)
EGGZ:	Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
ELP:	Eerstelijnspsycholoog / eerstelijnspsychologen
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
HIS:	Huisarts Informatie Systeem
HKZ:	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICPC:	International Classification of Primary Care
ICT:	Informatie- en Communicatie Technologie
KH:	Kaderopleiding Huisartsen
LHV:	Landelijke Huisarts Vereniging
LINH:	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LVE:	Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen
LVG:	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
MOgroep:	Maatschappelijke Ondernemersgroep
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIZW:	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NS2:	Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
NVMW:	Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk
OGGZ:	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
P-diagnose:	Diagnose "Psychische problemen"
RIAGG:	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ROAM:	Regionaal Overlegorgaan van het AMW
ROEP:	Regionaal Overleg Eerstelijnspsychologen
RPCP:	Regionale Patiënten en Consumenten Platform
SPD:	Sociaal Pedagogische Dienst
SPV:	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
TCA:	Tricyclische Antidepressiva
SSRI:	Serotonine heropnameremmers
VOG:	Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang
VWS:	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK:	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsen
WZV:	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
Z-diagnose:	Diagnose "Sociale problemen"





## Bijlage 1

### Aantal en percentage deelcontacten met P en Z-diagnoses (N=24.533; 88 praktijken)

P en Z diagnoses	Aantal deelcontacten	%
P76 Depressie	4254	17,3
P06 Slapeloosheid/andere Slaapstoornis	2873	11,7
P01 Angstig/nerveus/gespannen Gevoel	2528	10,3
P74 Angststoornis/angsttoestand	1469	6,0
P78 Neurasthenie/surmenage	1295	5,3
P03 Down/depressief Gevoel	1173	4,8
P02 Crisis/voorbijg.stress Reactie	987	4,0
P17 Tabaks Misbruik	672	2,7
Z12 Relatieproblemen Met Partner	643	2,6
Z05 Problemen Met Werksituatie	595	2,4
Z15 Verlies/overlijden Van Partner	578	2,4
P70 Seniele Dementie/alzheimer	425	1,7
P15 Chronisch Alcohol Misbruik	380	1,5
P20 Geheugen/concentr./orientatie St.	374	1,5
P29 Andere Psychische Sympt./klacht.	331	1,3
P79 Andere Neurotische Stoornis/aand.	306	1,2
P99 Andere Psychische Stoornissen	301	1,2
P00 Psychische Problemen	270	1,1
P80 Persoonlijk./karakter Stoornissen	270	1,1
P22 Andere Zorgen Gedrag Kind	248	1,0
P24 Specifiek Leerprobleem	215	,9
Z16 Relatieproblemen Met Kind	211	,9
P75 Hysterie/hypochondrie	210	,9
P73 Affectieve Psychosen	207	,8
Z14 Problemen Met Ziekte Van Partner	205	,8
P72 Schizofrenie Alle Vormen	184	,8
P21 Overactief Kind/hyperkin.syndroom	169	,7
P12 Enuresis [Ex.u04]	158	,6
P98 Andere/niet Gespec.psychosen	158	,6
Z23 Verlies/overlijden Ouders/familie	157	,6
P19 Drugs Misbruik	155	,6
Z22 Problemen Ziekte Ouders/familie	143	,6
Z03 Problemen Huisvesting/buurt	137	,6
P18 Geneesmiddel Misbruik	136	,6
Z20 Relatieproblemen Ouders/familie	131	,5
P04 Prikkelbaar/boos Gevoel/gedrag	126	,5
Z25 Problemen Tgv Geweld	125	,5
Z29 Andere Sociale Problemen Neg	125	,5

<b>P en Z diagnoses</b>	3.1 Aantal deelcontacten	%
Z18 Problemen Met Ziekte Kind	118	,5
P71 Andere Organische Psychosen	106	,4
P08 Sexuele Bevred.verlies/vermind.	102	,4
P50 Medicatie/recept/injectie	100	,4
Z13 Problemen Met Gedrag Partner	91	,4
Z08 Problemen Soc.verzek./welzijnszorg	83	,3
Z10 Probl.toegank./beschikb.gez.zorg	82	,3
Z11 Problemen Met Ziek Zijn	58	,2
Z28 Sociale Functiebeperking/handicap	58	,2
P11 Eetproblemen Bij Kind	57	,2
Z21 Problemen Gedrag Ouders/familie	54	,2
Z19 Verlies/overlijden Van Kind	53	,2
P77 Suicide Poging	52	,2
P10 Stamelen/stotteren/tics	46	,2
P25 Levensfaseprobleem Volwassene	45	,2
P23 Andere Zorgen Gedrag Adolescent	42	,2
P07 Libido Verlies/vermindering	38	,2
Z01 Armoede/financiele Problemen	38	,2
Z07 Problemen Met Opleiding	35	,1
P16 Acuut Alcohol Misbruik/intoxicatie	32	,1
P05 Zich Oud Voelen/gedragen	31	,1
Z04 Probl.sociale/culturele Systeem	30	,1
Z00 Sociale Problemen	26	,1
Z50 Medicatie/recept/injectie	25	,1
P58 Therapeutisch Gesprek/counselen	23	,1
P85 Mentale Retardatie/intell.achterstand	23	,1
Z06 Problemen Met Werkloosheid	21	,1
Z09 Problemen Met Justitie/politie	21	,1
P27 Angst Voor Psychische Ziekte	18	,1
Z24 Relatieproblemen Met Vrienden	15	,1
P09 Bezorgdheid over Sexuele Voorkeur	13	,1
P13 Encopresis	13	,1
P28 Functie bep./handicap Psych.probl.	9	,0
Z02 Problemen Met Voedsel/water	5	,0
Z27 Angst Een Sociaal Probl.te Hebben	5	,0
Z45 Advies/observatie/voorlicht./dieet	5	,0
P45 Advies/observatie/voorlicht./dieet	3	,0
Z58 Therapeutisch Gesprek/counselen	3	,0
P41 Rontgen/beeldvormend Onderzoek	1	,0
P43 Ander Diagnostisch Onderzoek Neg	1	,0
P47 Overleg Met Specialist	1	,0
P67 Verwijzing Specialist/ziekenhuis	1	,0
Z49 Andere Preventieve Verrichtingen	1	,0
Overige P of Z diagnose	25	,1

<b>P en Z diagnoses</b>	3.1	Aantal deelcontacten	%
<b>Totaal</b>		<b>24533</b>	<b>100,0</b>

## Bijlage 2

### De eerstelijnspsycholoog als partner binnen de eerstelijns GGZ

- 5 Tabel 1: Gevolgde en gewenste thema's voor bij- en nascholing bij eerstelijnspsychologen

Thema's m.b.t. diagnostiek <sup>a</sup>	% respondenten	
	Gevolgd (n=404)	Gewenst (n=394)
Psychopathologie, as I, as II, gebruik DSM IV	34	21
Psychodynamische concepten en theorieën, structurele psychodiagnostiek	30	17
Ontwikkelingspsychopathologie	8	17
Systeemtheorieën en systeembehandeling	24	25
Psychobiologische aspecten v.h. menselijk functioneren	11	17
Somatische aandoeningen + effecten psychisch funct.	18	18
Psychofarmacologie	17	37
Diagnostiek mbv psychol. tests en vragenlijsten	34	20
Anders	11	4
<b>Thema's m.b.t. behandeling<sup>a</sup></b>		
Indicatiestelling	21	20
Korte focale psychodynamische psychotherapie	17	32
Communicatievaardigheden	10	10
Anders	45	19

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

Tot de categorie 'anders' bij diagnostiek behoren onderwerpen zoals persoonlijkheidsdiagnostiek, interculturele diagnostiek, symboliek van tekeningen, testgebruik of speldiagnostiek. Tot de categorie 'anders' bij behandeling behoren onderwerpen zoals gedragstherapie, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), oplossingsgerichte therapie, werkgerelateerde behandelingen en relatie-/gezinstherapie.

Tabel 2: Problematiek behandeld in bij- en nascholing bij eerstelijnspsychologen

Problematiek <sup>a</sup>	% respondenten	
	Gevolgd (n=360)	Gewenst (n=387)
Depressiviteitsklachten	62	12
Burn-out, overspannenheid	59	24
Relatieproblemen	54	40
Trauma, rouw, scheiding	50	26
Fobie, vage angsten, paniekaanvallen	49	9
Psychosomatische klachten	45	15
Spanningsklachten	39	8
Dwangmatige klachten (obsessies)	38	17
Gezinsproblemen	35	20
Gedragsproblemen	34	5
Opvoedingsproblemen	22	12
Identiteitsproblemen, negatief zelfbeeld	35	21
Werk- /studieproblemen	30	8
Assertiviteitsproblemen	33	5
Agressie, woede	27	16
Sexuele problemen	27	19
Eetproblemen	25	12
Levens- en zingevingproblemen	23	19
Identiteitsstoornis	21	15
Slaapproblemen	20	9
Psychose, decompensatie	16	11
Verslaving	16	5
Anders	15	9

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

Tabel 3: Gemiddeld percentage respondentent dat nooit, incidenteel dan wel regelmatig overleg heeft met 2<sup>de</sup>-lijns GGZ-instellingen over individuele cliënten

Frequentie van overleg	Gemiddeld % respondentent	
	2000 (n=327-356)	2002 (n=354-382)
<b>Ambulante GGZ<sup>a</sup></b>		
nooit	27	18
incidenteel	72	70
regelmatig	1	12
<b>Psychiatrie/PAAZ<sup>a</sup></b>		
nooit	28	23
incidenteel	70	73
regelmatig	2	4
<b>Vrijgevestigde<sup>a</sup></b>		
nooit	24	17
incidenteel	65	70
regelmatig	11	13
<b>Verslavingszorg<sup>a</sup></b>		
nooit	64	58
incidenteel	36	41
regelmatig	0	1
<b>SPV<sup>a</sup></b>		
nooit	83	76
incidenteel	17	23
regelmatig	1	1

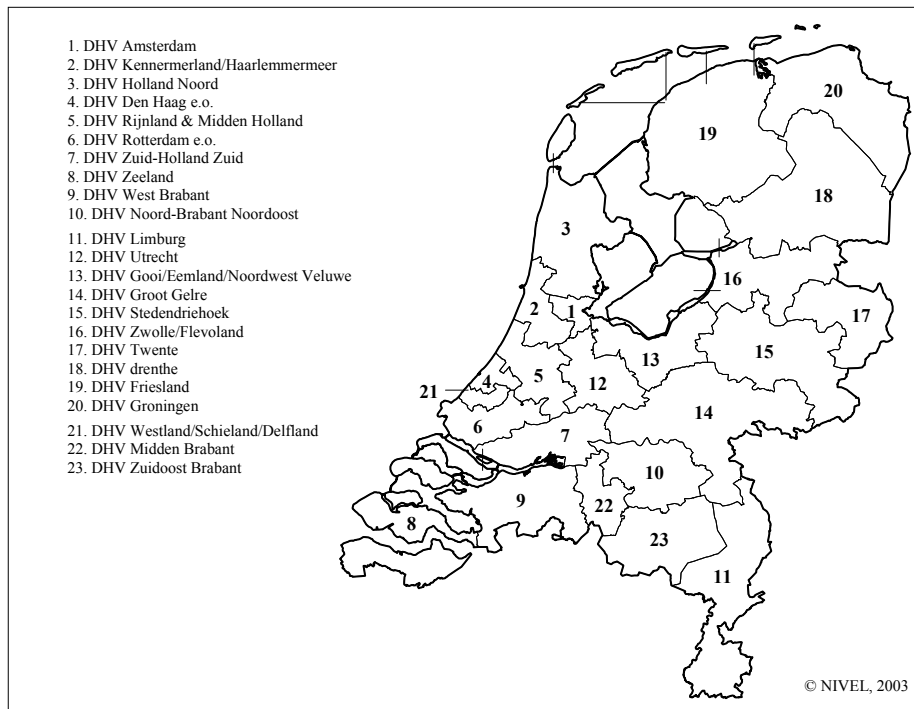
<sup>a</sup> p < .01

Tabel 4: Percentage eerstelijnspsychologen dat bekend is met hulpverleningsaspecten van de tweedelijns GGZ

% eerstelijnspsychologen (n=338)					
Bekend met:	Ambulante GGZ	Psychiatrie/PA AZ	Vrijgevestigden	Verslavings-zorg	SPV
Spreekuurtijden	35	14	31	10	4
Aanmeldingen/intake	76	50	54	22	7
Namen hulpverleners	43	39	66	7	9
Hulpverleningsaanbod	74	54	58	25	10
Consultatiemogelijkheden	54	35	37	12	6
Wachtlijsten	48	19	40	4	3
Bekend met $\geq 1$ aspect	85	64	72	33	16
Gem. aantal aspecten	3.1 (SD1.9)	2.0 (SD 1.9)	2.7 (SD 2.2)	0.8 (SD 1.4)	0.4 (SD 1.0)

## Bijlage 3

### Indeling van Districts Huisarts Verenigingen (DHV-en)





## Bijlage 4

### Methodische verantwoording hoofdstuk 6

#### Regionale verschillen in versterking van de eerstelijns ggz bij de voormeting

Bestanden uit de eerste interim rapportage die gebruikt zijn ten behoeve van de regionale analyse

- VWS-registratie m.b.t. subsidie-aanvragen voor de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW (gegevens van 1998).
- Registratie Consultaties 2001 (Consultatieregeling, registratie en monitoring van het Steunpunt Tussen de Lijnen)
- WOK/NIVEL-enquête 2001 (deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijsstromen vanuit huisartsen)
- NIVEL-enquête AMW 2001 (AMW-enq '01: capaciteit, samenwerking AMW)
- Cliëntenregistratie AMW 1999 (capaciteit en samenwerking AMW)
- Enquête Trimbos-Instituut eerstelijnspsychologen 1998 (Ti-enq ELP98: capaciteit, verwijsstromen eerstelijnspsychologen)

Tevens bevat de regionale database een overzicht van waar de verschillende samenwerkingsprojecten ingezet zijn. Deze informatie is ten behoeve van de eerste interim rapportage verzameld via schriftelijke documentatie van de betreffende projecten.

Om deze gegevens op regionaal niveau te analyseren moest aan elk databestand een DHV-indeling toegevoegd worden. Omdat de gegevens van de databestanden op verschillende niveau's geordend waren, is de toekenning van DHV's op verschillende manieren tot stand gekomen. Hoe dat bij elk databestand gedaan is, staat hieronder beschreven.

#### Niveau's van de bestanden

- De NIVEL-enquête AMW 2001 bevat gegevens per AMW-instelling. Elke AMW-instelling is toegekend aan een DHV-regio op basis van de gemeente waardoor de instelling wordt gefinancierd. Ook de cliëntenregistratie AMW 1999 kon op deze manier ingedeeld worden, omdat geregistreerd was van welke AMW-instelling de cliëntgegevens afkomstig waren.
- De WOK/NIVEL-enquête 2001 bevat gegevens van 1336 huisartsen, inclusief een DHV-indeling. De steekproef was gestratificeerd op DHV.
- De consultatiegegevens zijn oorspronkelijk ingedeeld op basis van zorgkantoor-regio's. Ten behoeve van de regionale analyse moest de zorgkantoor-indeling dus worden omgezet naar een DHV-indeling. Dit is gebeurd op basis van de gemeenten die tot een bepaald zorgkantoor behoren. Gekeken is onder welke DHV (het merendeel van) de gemeenten van het betreffende zorgkantoor vallen. Zorgkantoren waarvan de bijbehorende gemeenten min of meer gelijk over twee DHV's verspreid zijn, zijn aan die DHV toegekend waarbij de gemeenten samen het grootste totale inwonertal hadden.
- De VWS-registratie bevat gegevens op gemeente-niveau. De DHV's zijn toegekend op basis van deze gemeenten.

- Bij de Trimbos-enquête eerstelijnspsychologen 1998 zijn postcodes van praktijkadressen van de respondenten gebruikt om de gegevens in te delen in DHV-regio's.

Nadat de landelijke gegevens op DHV-niveau waren ingedeeld is per bestand geselecteerd welke informatie relevant was voor regionale vergelijking. Om het aantal variabelen verder te reduceren zijn de variabelen waar mogelijk omgerekend naar een samenvattende maat. Als in het oorspronkelijke databestand bijvoorbeeld geregistreerd was of de respondent bericht heeft ontvangen over elk van de volgende onderwerpen: aankomst, voortgang hulpverlening, beëindiging hulpverlening en resultaat hulpverlening, dan is één maat berekend waarin bekend is of de respondent *over de 4 onderwerpen samen* al dan niet bericht heeft ontvangen.

Vervolgens zijn de geselecteerde variabelen uit de verschillende bestanden geaggregeerd op DHV-niveau (op basis van gemiddelde scores) en samengevoegd in één databestand. Dit betekent concreet dat er voor elk van de 23 DHV's gegevens over capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking en verwijfsstromen van zowel huisartsen, AMW als eerstelijnspsychologen in één bestand beschikbaar zijn. Hierdoor was het mogelijk om de genoemde gegevens aan elkaar te koppelen en onderlinge verbanden te onderzoeken. Met de oorspronkelijke databestanden konden deze gegevens niet gekoppeld worden, omdat de bestanden verschillende registratieniveau's hadden (o.a. cliënten, eerstelijnspsychologen, gemeenten, AMW-instellingen).

Voor de regionale analyse zijn alleen indicatoren gebruikt die bij aggregatie op DHV-niveau op voldoende cases per regio gebaseerd waren om een betrouwbaar regionaal beeld te geven. Dit bleek niet het geval te zijn voor samenwerkings- en verwijzingsindicatoren uit de NIVEL-enquête AMW '01 en uit de AMW-cliantenregistratie '99, dus deze databestanden zijn niet gebruikt voor de regionale analyse. Alle indicatoren van het geaggregeerde bestand bestaan uit gemiddelde scores van de landelijke cijfers.

### **Data-analyse algemeen**

Waar de data dit toelieten is eerst op het niveau van de oorspronkelijke bestanden getoetst of er significante verschillen bestonden tussen de 23 regio's op de gebruikte indicatoren. Dit is gedaan met een principale componentenanalyse. Daaruit bleek dat bij geen van de indicatoren significante verschillen tussen de regio's konden worden aangetoond. Daarom hebben we ons beperkt tot het beschrijven van relatieve verschillen tussen de regio's, ofwel de mate waarin regio's afwijken ten opzichte van het *gemiddelde van de 23 regio's* op elk van de onderzochte indicatoren. Hiertoe zijn de geselecteerde indicatoren omgezet in z-scores. Op basis van die z-scores zijn de uitkomsten ingedeeld in 5 groepen, afhankelijk van de mate waarin de z-score afwijkt van het gemiddelde: zeer laag ( $SD < -0,9$ ), laag ( $-0,9 < SD < -0,3$ ), gemiddeld ( $-0,3 < SD < 0,3$ ), hoog ( $0,3 > SD > 0,9$ ) en zeer hoog ( $SD > 0,9$ ). De indeling is zodanig gekozen dat elke groep ongeveer 20% van de z-scores bevat.

**Data-analyse onderzoeksvraag 1: Welke regio's zijn het meest actief in het inzetten van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ in de periode van de voormeting?**

Deze staat beschreven in hoofdstuk 6.

Data-analyse onderzoeksvraag 2: Hoe kenmerken de regio's zich op het gebied van capaciteit, deskundigheidsbevordering, (knelpunten in de) samenwerking en verwijsstromen?

*Capaciteit en deskundigheidsbevordering*

De gegevens over capaciteit van het AMW zijn afkomstig van de VWS-registratie 1998; de gegevens over capaciteit van eerstelijnspsychologen zijn afkomstig van de registratiegegevens van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (zie hoofdstuk 5 van dit rapport); de gegevens over deskundigheidsbevordering bij huisartsen zijn afkomstig uit de WOK/NIVEL-enquête 2001.

*Samenwerking*

Voor (knelpunten in de) samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, (knelpunten in de) samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ, verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en verwijsstromen van de eerstelijns- naar de tweedelijns GGZ waren meerdere indicatoren beschikbaar uit verschillende databestanden. Om de samenwerking en verwijsstromen grafisch weer te kunnen geven was het nodig het aantal overgebleven indicatoren te reduceren tot één per onderwerp. Daartoe is voor elk van de zes onderwerpen eerst een betrouwbaarheidsanalyse gedaan om te zien of de indicatoren voldoende met elkaar samenhangen om samengevoegd te kunnen worden. Bij de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en bij de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ bleken vijf indicatoren voldoende samen te hangen om te kunnen worden samengevoegd (Cronbach's alpha is resp. 0,86 en 0,65). Bij verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en bij verwijsstromen van de eerstelijns- naar de tweedelijns GGZ bleken de beschikbare indicatoren niet voldoende samen te hangen om samengevoegd te kunnen worden tot één nieuwe indicator. Daarom is voor elk van deze onderwerpen één indicator geselecteerd om grafisch weer te geven. De manier waarop de indicatoren samengevoegd dan wel geselecteerd zijn, is hieronder beschreven.

17 a) *Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ*

- Bekendheid van huisartsen met het AMW en met eerstelijnspsychologen. Deze indicator is een samenvoeging van vragen over bekendheid met spreekuurtijden, aanmelding en intakeprocedure, namen van hulpverleners, hulpverleningsaanbod, mogelijkheden om advies te vragen en wachtlijsten.
- Frequentie berichtgeving van AMW en van eerstelijnspsychologen aan huisartsen. Deze indicator is een samenvoeging van berichtgeving omtrent intake, voortgang, beëindiging en resultaat van de hulpverlening.
- Kwaliteit van berichtgeving aan huisartsen van AMW en eerstelijnspsychologen.
- Frequentie van overleg tussen huisartsen enerzijds en AMW en eerstelijnspsychologen anderzijds. Deze indicator is een samenvoeging van overleg over patiënten en overleg over samenwerking.

- Kwaliteit van overleg over patiënten met AMW en eerstelijnspsychologen.

Deze gegevens komen alle uit de WOK/NIVEL-enquête 2001.

Ten behoeve van een grafische weergave van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zijn de bovengenoemde indicatoren samengevoegd tot één maat. Dit is gedaan door de z-scores van de 5 indicatoren bij elkaar op te tellen en die samenvattende maat opnieuw om te zetten in een z-score.

**b) Samenwerking met de tweedelijns GGZ (ambulante GGZ, PAAZ, psychiater en verslavingszorg)**

- Bekendheid van huisartsen met de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg. Deze indicator is een samenvoeging van vragen over bekendheid met spreekuurtijden, aanmelding en intakeprocedure, namen van hulpverleners, hulpverleningsaanbod, mogelijkheden om advies te vragen en wachtlijsten.
- Frequentie van berichtgeving van de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg. Deze indicator is een samenvoeging van berichtgeving omtrent intake, voortgang, beëindiging en resultaat van de hulpverlening.
- Kwaliteit van berichtgeving van de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg
- Frequentie van overleg met de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg. Deze indicator is een samenvoeging van overleg over patiënten en overleg over samenwerking
- Kwaliteit van overleg over patiënten met de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg

Ten behoeve van een grafische weergave van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ zijn de bovengenoemde indicatoren samengevoegd tot één maat. Hiertoe zijn voor de bekendheid met de tweedelijns GGZ, de frequentie van berichtgeving aan huisartsen en de frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ de scores van RIAGG, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg bij elkaar opgeteld, zodat er voor elk van deze indicatoren één score voor de tweedelijns GGZ overbleef. Van de kwaliteit van de berichtgeving en de kwaliteit van het overleg is het gemiddelde over de scores van de 4 GGZ-hulpverleners berekend. Daardoor bleven er 5 indicatoren over voor de samenwerking met de tweedelijns GGZ. Over elk van deze 5 indicatoren is een z-score berekend, en deze 5 z-scores zijn vervolgens bij elkaar opgeteld om tot één samenwerkingsmaat te komen. Ook die samenwerkingsmaat is omgezet naar een z-score voor de 23 regio's, zodat deze ingedeeld konden worden op de mate waarin ze afwijken van het gemiddelde.

**17.1.1 c) Knelpunten in de samenwerking**

Aan huisartsen is gevraagd in hoeverre ze knelpunten ervaren in de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners: AMW, eerstelijnspsychologen, ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg (WOK/NIVEL-enq '01). Het gaat om de volgende tien knelpunten:

- Lange wachttijd
- GGZ-instelling of hulpverlener is geografisch moeilijk te bereiken

- Patiënten zijn moeilijk te motiveren naar de betreffende GGZ-instelling of hulpverlener
- De behandeling is doorgaans niet adequaat de bij GGZ-instelling of hulpverlener
- De GGZ-instelling of hulpverlener biedt onvoldoende mogelijkheden aan patiënten voor kortdurende behandelingen
- De mogelijkheden tot gezamenlijke behandeling door de huisarts met de GGZ-instelling of hulpverlener is onvoldoende
- De adviezen van de GGZ-instelling of hulpverlener over de nazorg van de behandelde patiënten zijn onvoldoende

Om tot één samenvattende indicator te komen voor de mate waarin huisartsen knelpunten in de samenwerking met de eerstelijns GGZ ervaren, zijn de scores van de genoemde knelpunten m.b.t. het AMW en eerstelijnspsychologen (range 1-5) bij elkaar opgeteld en omgerekend tot een score van 1-10.

Voor een samenvattende indicator ten aanzien van knelpunten in de samenwerking met de tweedelijns GGZ zijn de scores (range 1-5) op elk van de 10 knelpunten van de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg zijn bij elkaar opgeteld en omgerekend tot een score van 1-10.

#### *Verwijzingen*

##### *a) Verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ*

- Aantal verwijzingen van huisarts naar AMW en eerstelijnspsychologen (WOK/NIVEL-enq '01)
- Percentage huisartsen dat nooit naar het AMW verwijst (AMW-enq '01)
- Percentage huisartsen dat regelmatig naar het AMW verwijst (AMW-enq '01)
- Percentage cliënten bij de eerstelijnspsycholoog dat via de huisarts is aangemeld (Ti-enq ELP98)
- Percentage cliënten bij de eerstelijnspsycholoog dat via het AMW is aangemeld (Ti-enq ELP98)
- Frequentie waarmee AMW cliënten naar de eerstelijnspsycholoog doorverwijst (AMW-enq '01)
- Percentage cliënten dat door de eerstelijnspsycholoog naar het AMW verwezen is, t.o.v. het totaal aantal doorverwezen cliënten (Ti-enq ELP98)

Ten behoeve van een grafische weergave van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is het gemiddeld aantal verwijzingen van de huisarts naar het AMW en eerstelijnspsycholoog geselecteerd, omdat dit de meest informatieve maat was. Het aantal verwijzingen naar het AMW en de eerstelijnspsycholoog zijn bij elkaar opgeteld om tot één overkoepelende score voor verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ te komen.

##### *b) Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ*

- Aantal verwijzingen naar de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg (WOK/NIVEL-enquête '01)
- Percentage cliënten dat van het AMW naar de GGZ is verwezen (AMW cliëntenregistratie 1999)

- Frequentie waarmee het AMW naar de GGZ verwijst (AMW-enq '01)
- Percentage cliënten die door de eerstelijnspsycholoog naar de tweedelijns GGZ worden verwezen, t.o.v. totaal aantal verwezen cliënten (Ti-enq ELP98).

Ten behoeve van een grafische weergave van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ is het gemiddeld aantal verwijzingen van de huisarts naar het AMW en eerstelijnspsycholoog geselecteerd, omdat dit de meest informatieve maat was. Daartoe zijn het aantal verwijzingen naar de ambulante GGZ, PAAZ, psychiatrie en verslavingszorg bij elkaar opgeteld om tot één overkoepelende verwijzingscore van de eerste- naar de tweedelijns GGZ te komen.

## Bijlage 5

### Checklist casestudies Samenwerking op regionaal niveau (Versterking Eerstelijns GGZ)<sup>14</sup>

Onder het “Programma” Versterking Eerstelijns GGZ verstaan we het geheel aan maatregelen van VWS. Per interview wordt duidelijk gemaakt over welke onderdelen van het programma we praten.

#### 1 Wat merkt betreffende partij van het Programma Versterking Eerstelijns GGZ?

- Met welke maatregelen uit dit programma heeft de betreffende partij te maken?
- Met welke partijen uit de eerstelijns GGZ en eventueel tweedelijns GGZ komt de betreffende partij door dit programma in aanraking?
- Welke maatregelen zijn bekend? Op welke fronten zijn welke maatregelen doorgedrongen?
- Vindt u dat de maatregelen die het Rijk heeft getroffen om de eerstelijns GGZ te versterken, de juiste en meest effectieve? Waarom wel, niet? Welke wel, niet en reden?

#### 2 Onderlinge samenwerking en afstemming met andere partijen ter versterking van de eerstelijns GGZ op regionaal niveau

- met welke partijen (gemeenten/AMW instellingen/zorgkantoor/DHV/GGZ/eerstelijns psycholoog) vindt onderlinge samenwerking/afstemming plaats? Is dat op beleids- en/of uitvoerend niveau?
- hoe ziet samenwerking (subsidierelatie indien van toepassing) eruit?
- Zijn er afspraken vastgelegd en waarover (bijvoorbeeld taakafspraken: poortwachtersfunctie/nazorg/verbeteren kwaliteitszorg/deskundigheidsbevordering, financiering, informatieoverdracht etc), op welke manier, voor welke termijn? **Stukken opvragen.**
- Vindt er overleg plaats? Waarover? Op beleids-of uitvoerend niveau? Welke partijen zijn erbij betrokken? Wie heeft welke rol (op gelijk niveau?). Op welke momenten vindt er overleg plaats: structureel of incidenteel?
- Knelpunten/positieve ervaringen in samenwerking?
- Oplossingsmogelijkheden?
- Wordt de betreffende partij op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen in de regionale samenwerking binnen de eerstelijns GGZ?

#### 3 Relatie Programma Versterking Eerstelijns GGZ en ontwikkelingen in lokaal/regionaal beleid

- Hoe kijkt de betreffende partij aan tegen het project/programma (positief/negatief en reden)?
- Wat is volgens de betreffende partij haar rol in het programma (taken)?
- Welke partijen spelen in de betreffende regio een rol in dit programma (namen partijen eerste en tweedelijns GGZ)?

---

<sup>14</sup> Op basis van de gevoerde gesprekken in de eerste casestudie (case A) is de concept-checklist bijgesteld.

- Huidige stand van zaken in regio m.b.t. eerstelijns GGZ? (mbt. poortwachterfunctie/-doorverwijzingen eerste-tweedelijns GGZ, nazorg etc). Kan er op dit moment gesproken worden van een samenhangende eerstelijns GGZ (waarom wel/niet)?
- Hoe moet de samenhangende eerstelijns GGZ er uiteindelijk uitzien (qua disciplines, taakverdeling, verantwoordelijkheid etc.)?
- Wat is er goed aan het huidige beleid en wat moet er nog veranderen om dit doel te realiseren?
- Welke activiteiten/projecten heeft de gemeente in het kader van de versterking van de eerstelijns GGZ al ondernomen en wat zijn de plannen/nieuwe initiatieven mbt de eerste en tweedelijns GGZ in de regio (nabije toekomst/langere termijn)?
- Welke knelpunten en positieve ervaringen worden hierin ervaren (leuke voorbeeldprojecten)? **Stukken hierover opvragen.**
- Eventuele oplossingen voor knelpunten?

#### 4 **Visie op en ervaringen met capaciteit eerstelijns GGZ**

- Heeft de betreffende partij zicht op de capaciteit in de eerstelijns GGZ in de regio (eerstelijns psychologen, AMW, en huisartsen)?
- Beschikt de eerstelijns GGZ in uw gemeente/regio over voldoende capaciteit? -Is de capaciteit de laatste tijd gegroeid?
- Is er samenhang tussen capaciteitsveranderingen en het totstandkomen van een samenhangende eerstelijns GGZ?
- Weet u waarvoor de extra eerstelijns GGZ-capaciteit is ingezet? (bijvoorbeeld: versterking consultatiefunctie van de gespecialiseerde GGZ naar de eerstelijns GGZ/ kwaliteitsverbetering (nazorg, poortwachterfunctie, doorverwijzen) Zo ja, wat vindt u hiervan?
- (goed/niet goed + toelichting).
- Heeft u inbreng gehad waarop de extra capaciteit is ingezet? Zo ja, op welke manier? Zo nee, wat vindt u daarvan?



## Bijlage 6

### Topiclijst interview consultatievrager en consultatiegever eerste ronde

#### a) Consultatievrager

##### Visie op rol en taken van consultatievrager

Subthema's:

- Visie van de consultatievrager op de rol en de taken ten aanzien van patiënten met ggz-problematiek?
- Visie op de rol en de taken van andere ggz-partners in de eerste en in de tweede lijn t.a.v. psychische/psychiatrische problematiek?
- Knelpunten in relatie tussen verwachtingen en praktijk?
- Ervaringen mbt veranderingen in ggz-problematiek.

##### Signalering /behandeling van ggz-problematiek door consultatievrager

Subthema's:

- Knelpunten mbt het signaleren en diagnosticeren van ggz-problematiek?
- Twijfel mbt zelf behandelen/doorverwijzen? Grond van de twijfel?

##### Doorverwijzen

Subthema's:

- Afwegingen tav doorverwijzing naar eerste of tweede lijn. Welke problematiek? Welke afwegingen spelen hierin een rol?
- Naar wie wordt doorverwezen en waarom naar deze hulpverleners?
- Knelpunten mbt doorverwijzen van patiënten/cliënten naar een andere hulpverlener?
- Zijn er hiaten in het aanbod binnen de eerstelijns ggz?

##### Consultatie

Subthema's:

- Beschrijving huidige praktijk van consultatie vanuit de tweede lijn.
- Behoeft aan ondersteunende interventies vanuit de tweede lijn.
- Motivatie om aan project deel te nemen
- Verwachtingen tav resultaten van deze interventies
- Verwachtingen tav behandelen en/of doorverwijzen van de patiënt
- Voorwaarden voor consultatie (zijn er afspraken gemaakt over vorm, frequentie e.d).

##### Kennis en kunde

Subthema's:

- Beoordeling van kennis en kunde op het gebied van ggz-problematiek.
- Behoeft aan het vergroten van kennis/verbeteren van vaardigheden.
- Verwachtingen tav consultatiegever/effecten van het project op eigen deskundigheid.

## **Samenwerking binnen en tussen de lijnen**

Subthema's:

- Ervaring met samenwerking binnen de eerste lijn
- Ervaring met samenwerking tussen de lijnen
- Visie op samenwerking
- Verwachtingen tav het project

## **b) Consultatiegever**

### **Visie op rol en taken van de consultatiegever in de eerste lijn**

Subthema's:

- Taken van consultatiegever in eerste lijn in kader project
- Verwachtingen tav rol of functie in de eerste lijn
- Verschillen tussen verwachting en praktijk?
- Visie/beeld van rol en taken van andere ggz-partners in de eerste lijn m.b.t. de ggz-problematiek.

### **Signalering en behandeling door consultatievragers**

Subthema's:

- Ervaring met signalering psychische problematiek door consultatievrager.
- Ervaring met diagnosticeren psychische problematiek door consultatievrager
- Ervaring met behandeling psychische problematiek door consultatievrager
- Visie op verbetering?

### **Interventie/consultatie**

Subthema's:

- Motivatie om als consultatiegever te werken
- Beschrijving interventies van consultatiegever
- Visie op sterkte/zwakte van de interventies.
- Visie op voorwaarden waaronder interventies kunnen plaatsvinden. Werkafspraken/rol consultatievrager.
- Visie op doel van de interventies
- Visie op organisatie van project
- Verwachtingen t.a.v. resultaten

### **Doorverwijzen**

- Ervaring met doorverwijzing binnen de eerste lijn: hoe, naar wie, hiaten in de eerste lijn, wachtlijsten/tijden, andere knelpunten.
- Ervaring met doorverwijzing naar tweede lijn (vaste contactpersonen, wachtlijsten, andere knelpunten).

### **Kennis en kunde**

Subthema's:

- Benodigde deskundigheid om als consultatiegever in de eerste lijn te kunnen werken?
- Visie op kennis en kunde van consultatievragers tav psychische problematiek.

- Verwachtingen t.a.v. vergroten van kennis en vaardigheden van de consultatievrager.

### **Samenwerking tussen de lijnen**

Subthema's:

- Ervaring met samenwerking in de eerste lijn.
- Visie op samenwerking met eerste en tweede lijn (gewenste veranderingen)

Verwachting t.a.v. project